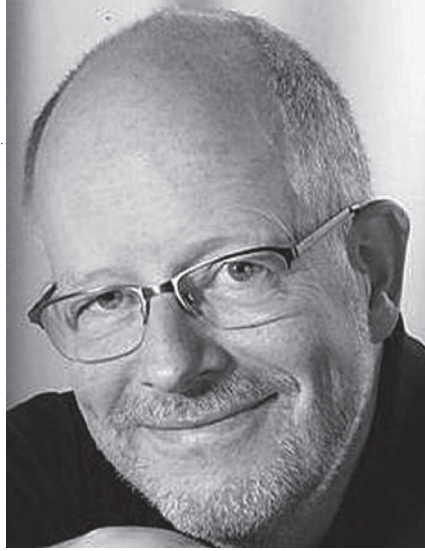


Leitlinien – für Wiederkäuer oder für Könnner?



Verehrte Leserin, verehrter Leser,

es gibt Themen in unserem Beruf, die sich zu „unendlichen Geschichten“ entwickeln. Hierzu gehört offensichtlich das Thema „Leitlinien“, wie das Editorial von Dr. Thomas Hering in der Juni-Ausgabe dieser Zeitschrift zeigt. Mit Verve konstruiert der Autor – wieder einmal – einen Gegensatz zwischen >>gutem ärztlichen Handeln auf der Grundlage individueller „Fähigkeit und Einsicht“<< einerseits und >>Fremdbestimmtheit und Konfusion des Arztes durch den Leitlinien-Overkill<< andererseits. Ich habe auf Initiative des Herausgebers das Vergnügen, einige der Einschätzungen kommentieren zu dürfen.

1. Sind Leitlinien und deren Autoren belende Hunde, die eine Herde von ärztlichen Opferlammern vor sich her treiben?

Nein. Ärzte sind keine Opfer von Leitlinienautoren, Leitlinien sind keine Folterwerkzeuge oder Gängelungsinstrumente und die meisten meiner Kollegen würden sich nicht als unselbständige Schafe bezeichnen lassen wollen – wohl aber als autonom entscheidende Ärzte, die eine klinische Orientierungshilfe angesichts von Stapeln neuer Publikationen, Lehrbüchern, Broschüren und Prospekten zu schätzen wissen. Leitlinien-Gruppen nehmen dem klinisch Tätigen zumindest einen Teil der Weiterbildung ab: Leitlinien als Kompass im Informations-Dickicht. Aber auch ein Kompass kann nur die Richtung vorgeben – Anpassungen an die individuellen Geländegegebenheiten werden dem Nutzer nicht abgenommen.

Ärztliche Leitlinien werden (noch) von ärztlichen Autoren und nicht von Krankenkassen oder staatlichen Gesundheitsbe-

Prof. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger

Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

hörden erstellt und sind daher nicht deren legitimierte „Pressionsinstrumente“. Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist im Interesse aller Ärzte, und Qualitätssicherung soll und muss von der Ärzteschaft und entsprechend auch von den Fachgesellschaften und Berufsverbänden ausgehen. Eine aktive Mitbeteiligung bei der Entwicklung von Leitlinien statt destruktivem Nörgeln über „die Leitliniengabe“ sollte den Umgang mit dem Thema bestimmen. Ärztliche „Leitliniengabe“ sichern ihren ärztlichen Kollegen die Therapiehoheit. Eine zur Qualitätssicherung unfähige Ärzteschaft riskiert die Fremdbestimmung durch staatliche Einrichtungen oder Kostenträger.

2. Brauchen wir bessere Leitlinien und einen Leitlinien-TÜV?

Ja. Keine Leitlinie ist so gut, dass sie nicht noch besser werden könnte. Ohne Zweifel existieren eine Vielzahl themengleicher Leitlinien und darunter auch intransparente und interessengesteuerte, die eine klinische Orientierung eher erschweren als erleichtern. Dies sollte jedoch nicht zu der Annahme verleiten, das Konzept der Leitlinie an sich wäre falsch.

Was zeichnet eine gute und anwenderfreundliche Leitlinie aus? Wie im besagten Editorial erwähnt, wünschen wir Ärzte uns Leitlinien, die auf einer soliden und praxisrelevanten Evidenzgrundlage stehen, die von einem breiten fachübergreifenden

Konsens unabhängiger klinisch erfahrener Kollegen getragen werden, Patienten konsequent einbeziehen und kontinuierlich aktualisiert werden. Diese zu Recht geforderten Gütekriterien bilden bereits die Basis für die Erstellung von S3-Leitlinien nach der Klassifikation der AWMF (www.awmf-leitlinien.de) und Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL).

Auf der Suche nach guten Leitlinien wäre also die Auswahl von S3-Leitlinien und NVL kein schlechter Start. Wie wäre es, wenn Kliniker und Methodiker gemeinsam auf der Basis der geforderten Gütekriterien und des bereits gebräuchlichen DELBI-Bewertungsinstrument (www.delbi.de) die „Spreu vom Weizen“ trennen und so das Bild der Leitlinie vom bedrohlich belenden Hütehund gegen das des treuen Begleiters eintauschen?

„Können ist Wissen plus Training plus Individualität“ meint Gabriele Fischer, Chefredakteurin des Wirtschaftsmagazins brand eins. Und sie fährt fort: „In jedem Beruf entscheidet der Einzelne, was er daraus macht“. Wie eben die einzelne Ärztin bzw. der einzelne Arzt Wissen (u.a. aus vertrauenswürdigen und praxisnahen Leitlinien) im Sinne des Patienten anzuwenden hat. Ergo: Leitlinien sind nichts für Wiederkäuer. Sie sind etwas für Könnner.

Meint

Günter Ollenschläger



MEINUNG.....

Leitlinien – Für Wiederkäufer oder Könner?*Von Günter Ollenschläger.....3*BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6**Diabetiker brauchen keine speziellen Lebensmittel**

Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Berliner Gesellschaft für Geschichte der Medizin 1906 - 2006*Von Manfred Stürzbecher..... 21***Berliner Positionen erfolgreich in Ulm umgesetzt**Bericht vom 111. Deutschen Ärztetag
*Von Sascha Rudat..... 24***Erfolgreicher Austausch zwischen Haupt- und Ehrenamt**

Der erste Kammertag brachte haupt- und ehrenamtlich tätige Mitarbeiter

der Ärztekammer Berlin in anregender und entspannter Atmosphäre zusammen. Neben der Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille boten zahlreiche Kurzreferate Einblick in die aktuelle Kammerarbeit.

*Von Sybille Golkowski 29***Berlins erste akademische Krankenschwestern***Von Sybille Golkowski 33*

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

TITELTHEMA.....

OFF-LABEL-USE**Medikation in der Grauzone**

Der Off-Label-Use von Arzneimitteln ist höchst umstritten. Rechtliche, medizinische und gesundheitspolitische Probleme kennzeichnen das Thema, das für Patienten und Ärzte zahlreiche Chancen, aber auch Risiken birgt.

*Von Wolf-Dieter Ludwig 14***Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 22

FEUILLETON.....

Die Seele im Backenzahn

Vor 100 Jahren starb der begnadete Zeichner und Humorist Wilhelm Busch. Er war nicht nur der Erfinder von Max und Moritz, sondern hat auch viel Tiefgründiges zum Thema Gesundheit verfasst.

*Von Rosemarie Stein 34***Impressum..... 42**

Illustration: Sehstern, BERLINER ÄRZTE 11/2000

Charité

Karl Max Einhäupl wird neuer Chef

Führungswechsel an der Charité: Professor Karl Max Einhäupl wird neuer Vorstandsvorsitzender der Universitätsklinik. Das gab der Aufsichtsrat nach einer Sondersitzung Anfang Juni bekannt. Der 61-jährige Neurologe übernimmt bereits am 1. September die Geschäfte von Professor Detlev Ganten. Einhäupl ist seit 1992 an der Charité beschäftigt, seit 2006 ist er Ärztlicher Leiter des CharitéCentrums für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Daneben war er fünf Jahre lang Vorsitzender des Wissenschaftsrates. „Mir ist bewusst, dass meine neue Aufgabe keine leichte sein wird. Die finanzielle Situation in der Universitätsmedizin ist schwierig, die Charité hat einen hohen Investitionsbedarf und wir müssen an unseren Standorten komplementäre Schwerpunkte herausarbeiten und die Kooperation mit den außeruniversitären Forschungseinrichtungen intensivieren“, sagte Einhäupl nach der Entscheidung.

Ganten wurde vom Aufsichtsratsvorsitzenden Senator Jürgen Zöllner gebeten, die Verantwortung für die Vorbereitung der 300-Jahr-Feier der Charité zu übernehmen und seine Aufgaben im Stiftungsrat der Stiftung Charité fortzuführen. „Diesen Wünschen des Senators folge ich gerne“, sagte Ganten.

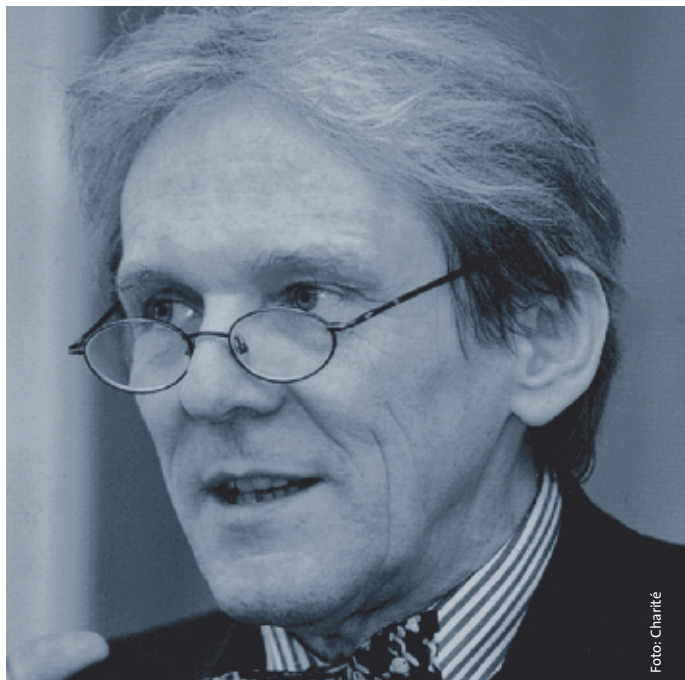


Foto: Charité

Deutsch-Baltische Ärztesgesellschaft

ANZEIGE

Symposium zur Herzinsuffizienz in Vilnius

Die
Deutsch-Baltische
Ärztesgesellschaft veranstaltet in
Zusammenarbeit mit der Litauischen
Herzassoziation vom 2. bis 5. Oktober 2008
(An- und Abreisetag) in Vilnius (Litauen) das
1. Baltisch-Deutsche Symposium zum Thema:

Über die Rehabilitation Herzkranker –
Perspektiven von Patienten mit schwerer
Herzinsuffizienz

Anmeldeschluss ist der 1. August. Das
Programm kann bei der Geschäftsstelle der
Deutsch-Baltischen Ärztesgesellschaft,
Angerburger Allee 17, 14055 Berlin, Tel.
030/30207495 (Dienstag und
Donnerstag von 8.00
bis 12.00 Uhr) an-
gefordert
werden.

Neues Online-Portal für niedergelassene Ärzte



Das Helios Klinikum Buch hat ein neues Online-Portal für niedergelassene Ärzte geschaffen.

Über das Arztportal können den Angaben zufolge niedergelassene Ärzte ihre Patienten im Krankenhaus online besuchen, den Behandlungsverlauf verfolgen und wichtige Daten (Laborbefunde, OP-Berichte, Verlegungen innerhalb der Klinik, Arztbrief und demnächst auch Röntgenbilder) aufrufen.

Auch der Arztbrief könne online abgerufen werden. Mit dieser schnellen Datenüber-

mittlung will Helios nach der Entlassung aus der Klinik die Weiterbehandlung im ambulanten Bereich erleichtern. Doppeluntersuchungen sollen vermieden werden.

Das Online-Portal sei das erste dieser Art in einer Berliner Klinik. Nach Angaben von Helios ist das Interesse der niedergelassenen Ärzte groß, über 200 ambulant tätige Ärzte könnten den Behandlungsverlauf ihrer Patienten bereits online verfolgen. Kosten entstünden den Ärzten nicht. Ein PC mit Internetanschluss reiche.

Der Datenschutz der Patienten soll bei dem Projekt voll gewahrt bleiben. „Der Patient muss vor jedem neuen Klinikaufenthalt bestimmen, welcher Arzt einen Zugriff auf seine Daten im Arztportal erhält. Der Patient bleibt zu jeder Zeit der Herr seiner Daten“, betont Falk Erzgräber, Leiter der Abteilung Medizinische Netzwerke im Klinikum Berlin-Buch, der das Projekt betreut.

Ähnliche Arztportale werden derzeit auch in den Helios Kliniken Emil von Behring (Zehlendorf) und in Bad-Saarow eingerichtet.

ANZEIGE

Arbeitsgemeinschaft

Klinische Geriater gesucht

Die Arbeitsgemeinschaft „Ambulante Geriatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie erstellt derzeit eine Liste mit allen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Deutschland, die die Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“ erworben haben. Ärztinnen und

Ärzte, die sich gerne auf dieser Liste eintragen möchten, können sich an den Vorsitzenden der AG „Ambulante Geriatrie“,

Dr. Thomas Hermens, per Mail (Thomashermens@aol.com)

oder per Fax (0281/953479) wenden.

Falsche Telefonnummern

In den Artikel „Neue Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung“ in Heft 5/2008 (S. 6) haben sich zwei falsche Telefonnummern eingeschlichen.



Die korrekte Nummer des Zentrums Charlottenburg-Wilmersdorf lautet 030/9029-16880, die Nummer des Zentrums Friedrichshain-Kreuzberg ist 030/9029-88363

Zusatzweiterbildung

Kurs Ernährungsmedizin jetzt an der Charité

Der Kurs „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer 2007 wird im kommenden Jahr in Berlin an der Charité, Campus Virchow Klinikum, stattfinden. Der Kurs wurde bisher mit Erfolg am DIFE/Nuthetal-Potsdam durchgeführt. Dieser Wechsel

wurde erforderlich, da Kurse nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin immer im jeweiligen Kammergebiet stattfinden müssen. Da die Landesärztekammer Brandenburg in der Weiterbildungsordnung die Ernährungsmedizin als Zusatzweiterbildung nicht ver-

ankert hat, können Kurse aus diesem Gebiet nicht anerkannt werden. 2009 wird der Kurs in der Charité, Campus Virchow Klinikum, Hörsaal 6, Mittelallee 10 (innen), Augustenburger Platz 1 13353 Berlin stattfinden.

Termine:

14.3. – 15.3.2009
28.3. – 29.3.2009
25.4. – 26.4.2009
9.5. – 10.5.2009
13.6. – 14.6.2009

Jeweils an jedem Tag von 9.00 bis 18.00 Uhr

Zeiten für das Praktikum werden bei Kursbeginn angegeben.

Anfragen und Anmeldungen

sind zu richten an:
Berliner Diabetesgesellschaft
Dr. Thea Schirop
Uhlandstr. 173/174
10719 Berlin
Tel.: 030/881 22 50
Fax: 030/887 25 682

Der Kurs ist als Weiterbildung für Berlin anerkannt; die Zertifizierung als Fortbildung wird beantragt.



— ANZEIGE

*Grunderkrankungen***imitierende UAW**

Die deutsche Überwachungsbehörde reagiert aktuell auf zwei Arzneistoffgruppen, deren Vertreter die Symptome der jeweils zu behandelnden Grunderkrankung als unerwünschte Wirkung (UAW) erzeugen oder verstärken können. Das Erkennen dieser UAW erfordert besondere Aufmerksamkeit für Ärztinnen und Ärzte, die diese Arzneistoffe anwenden.

*Schöllkraut***Leberschäden**

Die Indikation „Leber/Gallerkrankungen“ bei Schöllkraut-haltigen Arzneimitteln lässt erst spät erkennen, dass auftretende Leberfunktionseinschränkungen nicht auf die Grunderkrankung, sondern möglicherweise auf die Einnahme des Phytopharmakons zurückzuführen sind. Bereits 1999 wurden 49 Fälle von medikamentös-toxischen, dosisabhängigen Leberschäden bis hin zum Leberversagen unter der Einnahme von Schöllkraut in eine Dissertationsschrift aufgelistet. Das BfArM widerruft nun die Zulassung Schöllkraut-haltiger Arzneimittel, bei denen entsprechend ihrer Dosierungsanleitung pro Tag mehr als 2,5 mg Gesamtalkaloide (bei Kindern: gewichtsadaptierte Höchstdosis) zugeführt werden sollen. Hersteller von Präparaten mit niedrigeren Dosierungsempfehlungen müssen den Grenzwert durch validierte Gehaltsbestimmungen gewährleisten, bei einer Anwendung über mehr als 4 Wochen die Kontrolle von Leberfunktionswerten

vorschreiben und bestehende Lebererkrankungen als Kontraindikation auflisten..

Quellen: Dtsch.ApoZtg. 2008; 148: 1640, Dissertation der medizinischen Klinik I der Universität des Saarlandes, Saarbrücken 1999

*Antidepressiva***Suizidgedanken/Suizide**

Bis zu 15 % der Patienten mit schweren rezidivierenden Depressionen sterben durch Suizid, wobei die Zahl der Suizidversuche circa 10-fach über der der Suizide liegt. Alle Antidepressiva (Trizyklika, SSRI und MAO-Inhibitoren) können bei bis zu 25-Jährigen zusätzlich das Risiko von Suizidgedanken erhöhen (bei Älteren überwiegt eine Verminderung der Suizidalität), substantielle Unterschiede zwischen den einzelnen Wirkstoffgruppen existieren nicht. Europaweit wurde deshalb ein Stufenplanverfahren beschlossen, die Fachinformationen und den „Beipackzettel“ (= Gebrauchs-

information) zu spezifizieren. Patienten mit Depressionen sollen bis zum Eintritt einer Besserung engmaschig überwacht werden, insbesondere zu Beginn einer Behandlung und bei Dosisanpassungen sowie Patienten mit entsprechender Anamnese und junge Patienten. Die Patienten müssen darüber informiert werden, bei Gedanken an Selbstverletzung oder Suizid sofort einen Arzt aufzusuchen.

Da Antidepressiva Suizidalität nicht ausreichend verhindern können, sind eine enge und vertrauensvolle therapeutische Beziehung, ein engmaschiges Einbestellen zu konkreten Terminen, eventuell eine stationäre Einweisung und/oder eine vorübergehende zusätzliche Verordnung von Benzodiazepinen erforderlich.

Quellen: Therapieempfehlungen der AkdÄ: Depression. 2. Aufl. 2006, Pharm.Ztg. 2008; 153: 1388, www.akdae.de

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Diabetiker brauchen keine speziellen Lebensmittel

Das strikte Zucker-Verbot für Diabetiker ist überholt. Im Sinne einer gesunden Ernährung gelten für Diabetiker keine anderen Empfehlungen als für die Allgemeinbevölkerung: Der Zuckerkonsum ist dabei nur einer von vielen Aspekten. Das erfordert ein Umdenken in der Diabetes-Therapie: Noch immer verzehren knapp 50 Prozent der Diabetiker regelmäßig spezielle Lebensmittel, die „für Diabetiker geeignet“ sind. Bei diesen Lebensmitteln ist herkömmlicher Zucker (Glukose) durch Fruktose oder andere Zuckeraustauschstoffe ersetzt. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass dieser Austausch keine Vorteile bringt. Spezielle Diabetiker-Lebensmittel sollten von den Ärzten deshalb nicht mehr empfohlen werden. Weitaus wichtiger für diese Patienten sind Schulungen über gesunde Ernährung und viel Bewegung. Eine differenzierte Information zum Fettgehalt und der Art der Kohlehydrate auf den Lebensmittelverpackungen würde die Auswahl geeigneter Lebensmittel erleichtern, nicht nur für Diabetiker, sondern für alle Verbraucher.



mit geringem Kohlehydratanteil zu empfehlen. Oft sind mehrere Ernährungsmaßnahmen und individuelle Ernährungspläne notwendig, wie etwa die Reduktion der Energiezufuhr und die Reduktion gesättigter Fettsäuren, die Zufuhr kohlehydratreicher Nahrung mit niedrigem glykämischen Index sowie eine erhöhte Ballaststoffzufuhr. Die Aufnahme freier Zucker sollte 10 Prozent der Gesamtenergie (bis zu 50 g/Tag) nicht überschreiten. Weiter werden eine moderate Alkoholaufnahme (bis zu 10 g/Tag bei Frauen und bis zu 20 g/Tag bei Männern) und eine Reduktion von Kochsalz in der täglichen Nahrung empfohlen.

Flexible Ernährung

Auch die Festlegung von Kohlehydrat-Austauscheinheiten (KHE) auf 10 g bzw. 12 g Kohlehydrate ist für die Mehrzahl der Typ-2-Diabetiker nicht mehr gerechtfertigt. Broteinheiten sind keine Berechnungsparameter, sondern höchstens Schätzeinheiten zur praktischen Orientierung von insulinpflichtigen Diabetikern. Die moderne Insulintherapie und neue Medikamente ermöglichen Diabetikern heute große Flexibilität in ihrer Kost. Ärzte und Diabetesberater in Kliniken oder Praxen sollten Diabetiker im Sinne dieser neuen Empfehlungen beraten.

www.bfr.bund.de/

Fettstoffwechsel wichtig

Diabetes mellitus betrifft nicht nur den Kohlehydratstoffwechsel, sondern auch Störungen des Protein- und insbesondere des Fettstoffwechsels. Vor allem für Typ-2-Diabetiker (ca. 90 Prozent der Menschen mit Diabetes) umfassen die Therapieziele deshalb nicht nur die Optimierung des Zuckerhaushalts, sondern auch die Behandlung von Adipositas und Hypertonie, Hyperlipoproteinämie und Insulinresistenz sowie von arteriosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen.

Aus ernährungsmedizinischer Sicht ist es daher falsch, Diabetikern spezielle Lebensmittel oder Nahrung

Interview

„Der Gesundheitsförderung treu geblieben“

Die Geschäftsführerin der MUT Gesellschaft für Gesundheit, Dr. med. Helga Schick, wird am 31. Juli in den Ruhestand gehen. BERLINER ÄRZTE sprach mit ihr und ihrer Nachfolgerin Bettina Lange über die besondere Arbeit der MUT und ihrer Mitarbeiter.

Frau Dr. Schick, wenn Sie an die Anfänge der MUT zurückdenken, hätten Sie gedacht, dass die MUT sich so entwickeln würde?

Schick: Wir haben von Anfang an hart für unsere MUT und unsere selbst gestellten Ziele gearbeitet. Dass sich fast alles über die 17 Jahre unseres Bestehens so gut und stabil entwickelt hat, konnten wir nicht immer erwarten, aber es macht uns alle heute schon recht glücklich. Wir hatten ja bereits Ende 1990 angefangen, zunächst ehrenamtlich, um ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu helfen, die im Zuge der Wende vor gravierenden beruflichen Problemen standen. Die Umstrukturierung des Ostberliner Gesundheitswesens führte ja insbesondere bei älteren Kolleginnen und Kollegen zu ganz

erheblichen Beschäftigungsproblemen. Heute hat die MUT ganz andere Tätigkeitsschwerpunkte. Geblieben aber ist unsere Zielsetzung: Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Welche Meilensteine gab es in über 17 Jahren MUT?

Schick: Es gibt viele bis heute beispielgebende Projekte, die unter dem Dach der MUT initiiert, mit nachhaltiger Wirkung umgesetzt oder übernommen und weiter ausgebaut worden sind. Beispielsweise ist die MUT seit 1994 Träger einer Suchtberatungsstelle, sie bildet in Sonderprogrammen und in Zusammen-

arbeit mit zahlreichen Berliner Arztpraxen Arzt- und Zahnarzt-helferinnen aus. Bislang konnten 520 Arzt- und Zahnarthelferinnen nach erfolgreichem Abschluss ins Berufsleben einsteigen.

Die Obdachlosenpraxen am Ostbahnhof und in Berlin-Lichtenberg sind weit über die Grenzen Berlins hinaus bekannt. Ist dieser große Bekanntheitsgrad ein Segen oder auch manchmal Fluch, weil sich der Fokus der Öffentlichkeit besonders stark darauf richtet?

Schick: Unsere beiden Obdachlosenpraxen sind zweifelsohne die bekanntesten unserer Projekte. Über die Grenzen der Stadt

hinaus. Wir haben seit 1994 in mehr als 75.000 allgemeinärztlichen und 12.000 zahnmedizinischen Konsultationen Menschen ohne festen Wohnsitz und Bedürftige behandelt, versorgt und beraten. Ein solches Projekt kann auf Dauer nur mit Hilfe von Spenden und ehrenamtlichen Helfern funktionieren. Öffentlichkeit ist da durchaus von uns gewollt! Denn wir brauchen die Hilfe vieler, um Menschen am Rande der Gesellschaft helfen zu können.

Mit welchen Schwierigkeiten hatten Sie besonders zu kämpfen?

Schick: Unsere inhaltlichen Vorstellungen und Zielsetzungen zu verwirklichen, war nicht immer leicht. Wir hatten stets viel Kontakt- und Aufklärungsarbeit zu leisten, um unsere Anliegen deutlich zu machen. Das hat oftmals viel Energie gekostet und Kräfte gebunden. Und wenn wir dann am Monatsende vorzeigbare Arbeitsergebnisse mit unseren Projekten hatten und dann auch noch die Gehälter pünktlich zahlen konnten – dann war das schon recht befriedigend.

Was sehen Sie als größten Erfolg der MUT?

Schick: Die MUT ist nach 17 Jahren was sie immer war: ein stabiler und verlässlicher Partner in einer sich ständig wandelnden Trägerlandschaft!



von links: Dr. med. Helga Schick und Bettina Lange

Foto: S. Rudat

Die MUT in Fakten

Die MUT Gesundheit ist eine gemeinnützige GmbH. Sie wurde 1991 als Beratungsinitiative von Ärzten für Ärzte gegründet. Hauptgesellschafter ist die Ärztekammer Berlin. Zweck der Gesellschaft ist die Gesundheitsförderung im Land Berlin auf vielfältigen Ebenen. Dazu gehören die Förderung in den Bereichen öffentliches Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Bildung, Umweltschutz und Altenhilfe. Die MUT ist als freier Beschäftigungsträger in diesen Bereichen tätig. Es werden Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte entwickelt und umgesetzt, die den von Arbeitslosigkeit betroffenen Mitarbeitern im Gesundheits- und Sozialwesen bei der Reintegration in das Berufsleben helfen sollen. Rund 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt die MUT heute fest, rund 310 befinden sich in Maßnahmen, 126 davon sind Auszubildende. Seit 1991 waren 3.799 Menschen bei der MUT beschäftigt, 435 von ihnen waren Ärztinnen und Ärzte. Das bundesweit bekannteste Projekt der MUT sind die Obdachlosen-Praxen mit sozialpflegerischer Betreuung am Ostbahnhof und in Lichtenberg. Kürzlich wurde die MUT im Rahmen der Initiative „Deutschland – Land der Ideen“ als einer von 365 ausgewählten Orten ausgezeichnet, wo beispielhafte Ideen erfolgreich umgesetzt werden.

Die scheidende Geschäftsführerin, die Arbeitsmedizinerin Dr. med. Helga Schick, hat die MUT 1991 mit ins Leben gerufen. Ihre Nachfolgerin Bettina Lange ist seit 1994 bei der MUT, seit 1999 ist die Diplom-Ökonomin Leiterin der Finanzen. Dr. Schick wird am 31. Juli verabschiedet. Ort der Verabschiedung ist die Zwingli-Kirche in der Nachbarschaft der MUT in der Rudolfstraße. Die seit Jahrzehnten ungenutzte und inzwischen säkularisierte Kirche ist an diesem erstmals wieder für Besucher zugänglich.

www.mut-gesundheit.de

Wir denken schon, dass wir eine erfolgreiche Bilanz ziehen können. In den 17 Jahren haben circa 3.800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorübergehend unter dem Dach der MUT eine sinnvolle Beschäftigung gefunden und berufliche Qualifizierung erhalten. Viele konnten danach in eine Festanstellung gehen oder vermittelt werden. Von Beginn an haben wir defizitäre Tätigkeitsfelder im Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt aufgespürt, besetzt und somit nachhaltig Versorgungslücken schließen helfen.

Welche Eigenschaften sollte man als MUT-Geschäftsführerin mitbringen?

Schick: Die wichtigsten Eigenschaften sind wohl Kreativität, Beharrlichkeit und Flexibilität, das Reagieren-Können auf sich immer neu und anders stellende Herausforderungen. Einerseits des Arbeitsmarktes als auch zum anderen auf Gegebenheiten und den Bedarf eines sich wandelnden sozialen Gefüges in unserer Stadt.

Lange: Besonders wichtig ist es, die Mitarbeiter immer wieder zu motivieren, auch neue Ideen zu entwickeln, die mit Hilfe von Kooperationspartnern umgesetzt werden können.

Was wünschen Sie sich von der Zukunft?

Schick: Wir hatten in der Vergangenheit sehr viel Unterstützung durch die Ärztekammer aber auch genug Freiräume. Diese Unterstützung wünsche ich mir auch weiterhin für meine Nachfolgerin.

Lange: Wir wollen weiterhin unsere Arbeit auf dem Gebiet der arbeitsmarktorientierten Beschäftigungsförderung fortsetzen, neue Ideen entwickeln und mit allen Partnern konstruktiv zusammenarbeiten. Sicher ist dafür harte und ernste Arbeit notwendig, denn ohne sie gibt es keinen Erfolg.

Das Interview führte Sascha Rudat.

Fortbildung I

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

Diagnostik und Behandlungsaspekte bei traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen

In der psychotherapeutischen und ärztlichen Versorgung von durch Krieg, Verfolgung und Flucht traumatisierten Kindern und Jugendlichen spielt eine unsichere Lebenssituation der Betroffenen eine zentrale Rolle bei der Behandlung der häufig komplexen Gesamtsymptomatik. Neben sprachlichen und kulturellen Differenzen stellt eine in der Regel jahrelange Aufenthaltsunsicherheit und deren Auswirkungen auf die Familiendynamik eine besondere Schwierigkeit für die Bearbeitung traumatischer Ereignisse dar. Aspekte von Schweigepflicht, von alters- und kulturspezifischem Coping, von Verlust und Verfolgung müssen bei der Behandlung einer kriegs- und fluchtbedingten Traumafolgestörung besondere Beachtung finden.

In dieser Fortbildungsveranstaltung können interessierte Therapeuten und Ärzte, die Kinder und Jugendliche behandeln, ihre Behandlungskompetenzen erweitern, um einen Beitrag zur (psychischen) Gesundheit traumatisierter Flüchtlingskinder, auch derer mit unsichertem Aufenthaltsstatus, zu leisten. Besondere Beachtung wird der Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge gewidmet.

Termin: Freitag, 17.10.2008, 14:00-17:30 Uhr und Samstag, 18.10.2008, 09:00-17:30 Uhr

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Ärztekammer Berlin und der Psychotherapeutenkammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusam-

menarbeit. Mitwirkung: Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Die Veranstaltung ist mit 20 Punkten anerkannt.

Fortbildung II

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin in Kooperation mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin und der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte.

Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern

Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Absolventen des Curriculums *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen* oder an traumatherapeutisch erfahrene Psychotherapeuten bzw. Psychiater.

Die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer bringt besondere Anforderungen mit sich: Arbeit zumeist im interkulturellen Setting und ggf. mit Dolmetschern sowie Behandlung extremtraumatisierter, meist an chronischen und komplexen Störungen leidender Menschen. Gleichzeitig befinden sich die Klienten durch Entwurzelung und Belastungen im Exil in einem von vielen Faktoren determinierten Bewältigungs- und Anpassungsprozess.

Die schematische Anwendung von Traumatherapiemodulen greift hier oftmals nicht, auch wenn diese

wichtige Bestandteile der traumaintegrierten Behandlung liefern.

Es bedarf der Anpassung der Behandlungsform an die besondere innere und äußere Situation der Flüchtlinge. Ebenso unterliegt die Gestaltung der therapeutischen Beziehung speziellen Anforderungen. Sozialarbeiterische und niedrigschwellige Angebote sowie ggf. psychiatrische oder psychosomatisch orientierte ärztliche Behandlung können oftmals eine sinnvolle Ergänzung der psychotherapeutischen Arbeit sein. Hierfür ist Kooperation und Vernetzung notwendig – zugleich liegt hierin auch die Möglichkeit, einer Überlastung befasster Therapeuten entgegen zu wirken.

In dem hier angebotenen Seminar geht es nicht um die Grundlagen der Traumabehandlung, es ersetzt keine Traumatherapieausbildung. Erprobte Behandlungsansätze werden dargestellt und in der Arbeit erfahrene Therapeuten stellen sich der Diskussion. Von Kollegen immer wieder gestellte Fragen werden im Sinne der derzeitigen „Best Praxis“ beantwortet. Ziel ist, durch Fortbildung und Austausch das therapeutische Versorgungsnetz für psychisch belastete Migranten und traumatisierte Flüchtlinge/Folteropfer zu vergrößern und die Kooperation vorhandener Ressourcen zu fördern.

Termin: Freitag, 12.09.2008, 09:00-18:00 Uhr und Samstag, 13.09.2008, 09:00-18:00 Uhr

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der oben genannten Institutionen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist mit 20 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

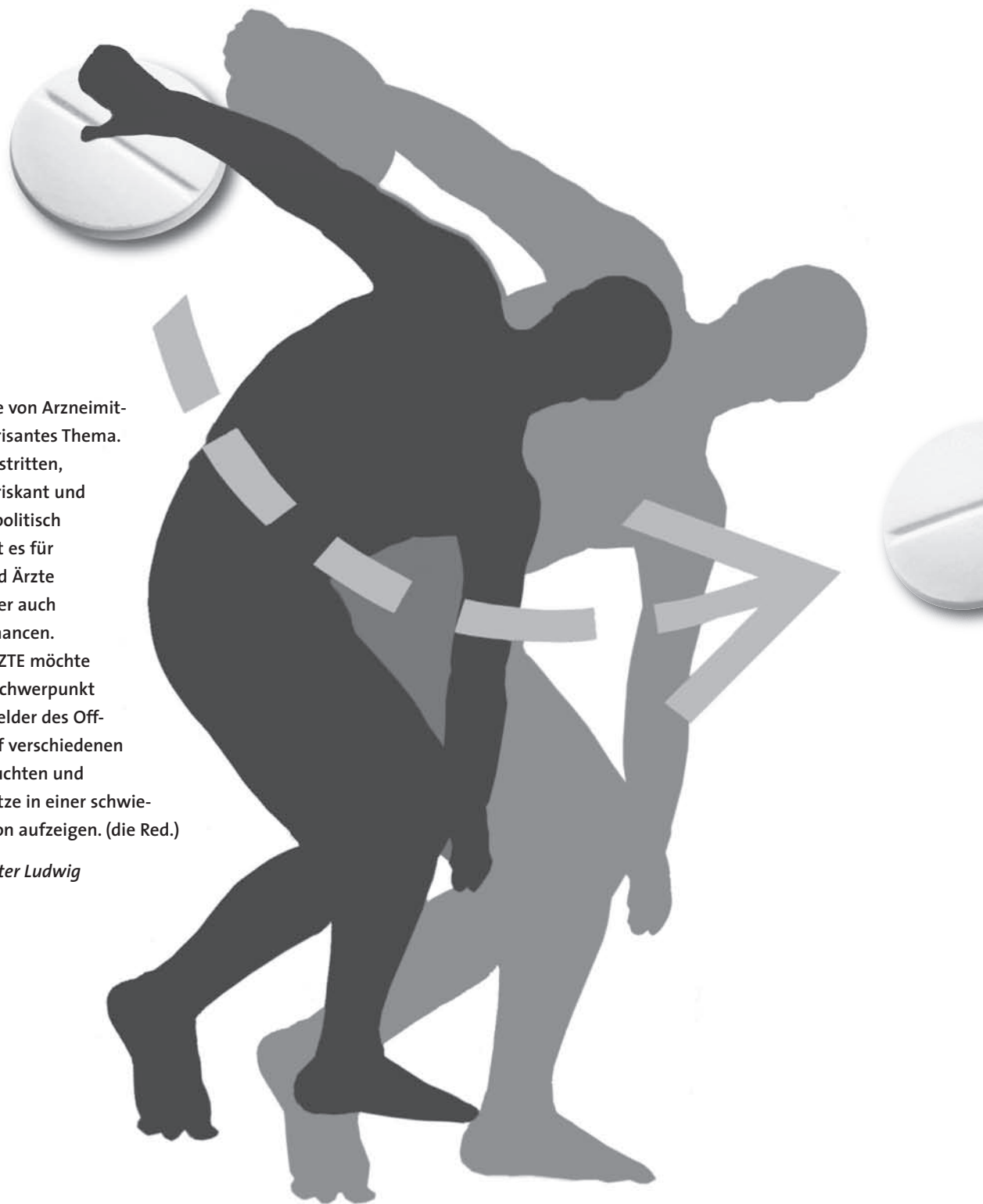
Für beide Veranstaltungen:

Veranstaltungsort: Haus der Diakonie, Paulsenstr. 55/56, 12163 Berlin
Anmeldung erforderlich/Information: Frau Hofmann-Britz (Psychotherapeutenkammer Berlin): Tel.: 88 71 40-0; Fax: 88 71 40-40
Teilnehmergebühr: jeweils 220 €

Off-Label-Use von Arzneimitteln

Off-Label-Use von Arzneimitteln ist ein brisantes Thema. Rechtlich umstritten, medizinisch riskant und gesundheitspolitisch explosiv birgt es für Patienten und Ärzte Gefahren, aber auch zahlreiche Chancen. BERLINER ÄRZTE möchte mit diesem Schwerpunkt die Problemfelder des Off-Label-Use auf verschiedenen Ebenen beleuchten und Lösungsansätze in einer schwierigen Situation aufzeigen. (die Red.)

Von Wolf-Dieter Ludwig



Hintergründe und Lösungsansätze

Einleitung

Der Off-Label-Use (OLU) von Arzneimitteln, seit langer Zeit in verschiedenen Fachgebieten der Medizin praktiziert, wird heute zunehmend als wichtiges, vielschichtiges Problem mit rechtlicher Unsicherheit für Ärzte und Patienten, nicht eindeutig abschätzbaren Risiken und erheblichen sozioökonomischen Auswirkungen wahrgenommen⁽¹⁻⁴⁾. Für den Arzt bedeutet der OLU einen schwierigen Spagat zwischen Arzneimittel-, Sozial-, Haftungs- und Berufsrecht. Ein Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahre 2002, aber auch zahlreiche Leistungsverweigerungen bzw. Regressforderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Vertragsärzte, vorwiegend Onkologen, und Berichte über schwer wiegende, vereinzelt auch tödlich verlaufene unerwünschte Ereignisse infolge OLU von Arzneimitteln haben zu intensiven, häufig kontrovers geführten Diskussionen dieses Themas in der Öffentlichkeit geführt⁽⁵⁾. Ärzte, Patienten, GKV, pharmazeutische Unternehmer, Juristen und Gesundheitspolitiker haben sich an diesen Diskussionen beteiligt, zum Teil sehr unterschiedliche Positionen vertreten und Vorschläge für aus ihrem Blickwinkel geeignete Lösungsansätze unterbreitet. Die Interessenvielfalt dieser Gruppen macht es notwendig, dass mehr Transparenz über die medizinischen, juristischen, aber auch ökonomischen Dimensionen des OLU hergestellt wird.

Im Rahmen dieser Übersicht werden zunächst Definition, rechtliche Grundlagen, Erscheinungsformen und Häufigkeit des OLU kurz dargestellt. Ausführlicher wird auf vermeintliche bzw. medizinisch gerechtfertigte Gründe für einen OLU von Arzneimitteln und auf die Risiken des OLU eingegangen.

Abschließend werden sozialrechtliche Lösungsansätze und weitere Maßnahmen diskutiert, die zu einer Eindämmung des wissenschaftlich nicht begründeten OLU beitragen bzw. eine Leistungspflicht der GKV bei medizinisch begründeten und durch wissenschaftliche Erkenntnisse ausreichend belegten OLU auslösen können. Eine detaillierte Darstellung der unterschiedlichen Facetten des OLU, sowohl aus ärztlicher als auch aus juristischer Sicht, findet sich in kürzlich publizierten Übersichtsarbeiten bzw. Editorials⁽¹⁻⁶⁾.

Definitionen

Unter *Off-Label-Use* versteht man die Nutzung von Arzneimitteln außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden geprüften und genehmigten Gebrauchs. Der OLU, auch als zulassungsfremde oder zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln bezeichnet, bezieht sich nicht nur auf den Einsatz eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation(en) oder Altersgruppen, sondern berücksichtigt alle weiteren, in der Zulassung definierten Parameter (zum Beispiel Dosierung, Dosierungsintervall, Darreichungsform, Behandlungsdauer und Begleiterkrankungen).

Vom OLU begrifflich abzugrenzen ist der *Unlicensed-Use* und der *Compassionate-Use*. Unter Unlicensed-Use versteht man die Anwendung eines (noch) nicht zugelassenen Arzneimittels, das der Zulassungspflicht unterliegt. Sozial- und zivilrechtliche Regelungen des Unlicensed-Use ähneln denen des OLU (siehe unten). Der Compassionate-Use (Gebrauch aus Mitleid) wurde aufgrund der EG-Verordnung Nr. 726/2004 auch in nationales

Recht in die 14. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) aufgenommen. Danach können nicht zugelassene Arzneimittel aus humanen Erwägungen Patienten zur Verfügung gestellt werden, die an einer zu Invalidität führenden chronischen oder schweren Erkrankung leiden oder deren Krankheit als lebensbedrohend gilt und die mit einem genehmigten Arzneimittel nicht zufrieden stellend behandelt werden können. Voraussetzung ist, dass das betreffende Arzneimittel entweder Gegenstand eines Antrags auf Erteilung einer Genehmigung für das in Verkehrbringen nach Artikel 6 der EG-Verordnung oder Gegenstand einer noch nicht abgeschlossenen klinischen Prüfung ist.^(6,8)

Häufigkeit des Off-Label-Use

Die Angaben zur Häufigkeit des OLU in den verschiedenen Fachgebieten der Medizin variieren sehr stark. Nur für die Pädiatrie liegen in Deutschland repräsentative Untersuchungen vor.^(9,10) Eine aktuelle Auswertung, basierend auf Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse (Gmünder Ersatzkasse), bestätigt den hohen Anteil des OLU in der Pädiatrie.⁽¹⁰⁾

Bei Neugeborenen bzw. Säuglingen war der Anteil zulassungskonform verordneter Wirkstoffe mit 20-40 % besonders niedrig. Andere Autoren gehen davon aus, dass über 50 % der in Europa zur Behandlung von Kindern verwendeten Arzneimittel nicht für diese zugelassen sind oder anders als in der Zulassung vorgesehen verwendet werden.^(11,12) Auf Kinderintensivstationen sind es sogar 90 %.⁽¹¹⁾ Bei OLU in der Pädiatrie handelt es sich jedoch um eine spezielle Problematik, die nicht mit dem zulassungsfremden Einsatz von Arzneimitteln bei

Erwachsenen verglichen werden kann. Wichtige Gründe hierfür sind das aus Sicht des pharmazeutischen Herstellers eher geringe Marktpotenzial pädiatrischer Indikationen sowie die hohen Anforderungen an Planung und Durchführung klinischer Studien an nicht oder nur beschränkt einwilligungsfähigen Minderjährigen. Ziel der am 26.01.2007 in Kraft getretenen EU-Verordnung über Kinderarzneimittel (1901/2006/EG) ist es deshalb, dass bei der Zulassung von neuen Arzneimitteln bei Erwachsenen verpflichtend ein pädiatrischer Entwicklungsplan vor der (möglichen) Anwendung des beantragten Arzneimittels bei Kindern und Jugendlichen vorgelegt wird. Neben der Verpflichtung zu mehr Investitionen in Forschung und Entwicklung von speziell für Kinder angepasste Arzneimittel soll durch eine Zunahme pädiatrischer Studien eine solide Datenbasis geschaffen und die Zugänglichkeit von Arzneimitteln zur Verwendung bei Kindern und Jugendlichen erheblich gesteigert werden. Ein wesentliches Ziel der Kinderarzneimittelverordnung ist somit auch die Verringerung des OLU.^(11, 12)

Spärliche Datenlage

Verglichen mit den Untersuchungen zum OLU in der Pädiatrie sind die Daten zur Häufigkeit des OLU bei Erwachsenen sehr spärlich. Schätzungen aus dem Bereich der Onkologie besagen, dass in Deutschland bei mehr als 50 % der Tumorkranken im Rahmen der Regelversorgung ein OLU erfolgt.⁽³⁾ Eine repräsentative Untersuchung aus den USA zum OLU von 160 ambulant häufig verschriebenen Arzneimitteln ergab, dass bei etwa 21 % dieser Verordnungen ein OLU vorlag, für den in etwa 73 % der Fälle keine überzeugenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur therapeutischen Wirksamkeit vorhanden waren.⁽¹³⁾ Wirkstoffklassen, die besonders häufig Off-Label verordnet wurden, waren Antipsychotika, Antikonvulsiva, Antibiotika und Biopharmazeutika.



Rechtliche Grundlagen und Erscheinungsformen des Off-Label-Use

Die Qualität des Produkts Arzneimittel und der Arzneimitteltherapie werden in Deutschland durch das AMG und für den Bereich der GKV durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) gewährleistet. Zweck des AMG ist es, im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der zugelassenen Arzneimittel zu sorgen. Der Zulassung von Arzneimitteln gehen präklinische Untersuchungen und klinische Prüfungen der Phase I bis III voraus. Die Pharmakovigilanz, d.h. das Analysieren und Abwehren von Arzneimittelrisiken, erfolgt im Rahmen der Zulassungsstudien, insbesondere aber durch systematische Erfassung und Auswertung von Verdachtsfällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) sowie kontrollierte bzw. nicht-interventionelle Studien zur Arzneimittelsicherheit nach Zulassung („postmarketing surveillance“). Sozialrechtliche Leistungsvoraussetzungen orientieren sich an den gesetzlichen Verpflichtungen des SGB V, die den Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des verordneten Arzneimittels fordern. Danach muss jeder vertragsärztlich tätige Arzt seine

Patienten entsprechend dem Stand des medizinischen Wissens (§§ 2, 70, 72 SGB V) unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 92 SGB V), des medizinischen Fortschrittes und unter Würdigung des Gedankens humaner Krankenbehandlung behandeln. Arzneimittelrechtlich ist die Zulassung Voraussetzung für die Verkehrsfähigkeit eines Arzneimittels. Berufs- und haftungsrechtlich dagegen darf oder muss sogar der Arzt Arzneimittel auch jenseits der Zulassung einsetzen, wenn begründete Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung besteht und zugelassene wirksame und sichere Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen.⁽¹⁴⁾ Die Berufsausübungsfreiheit des Arztes deckt somit den Einsatz eines verkehrsfähigen Arzneimittels außerhalb seiner Zulassung im individuellen oder systematischen Heilversuch und der OLU ist weder nach dem AMG noch nach ärztlichem Berufsrecht verboten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass GKV-rechtlich die zulassungskonforme Anwendung von Arzneimitteln in der Regel zum Leistungsumfang der GKV gehört, während der OLU nur unter engen Voraussetzungen – zum Beispiel nach positiver Bewertung durch Expertengruppen am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Aufnahme in die Arzneimittel-Richtlinie (AMR) – Leistungsgegenstand der GKV ist.⁽⁶⁾ In der Rechtsprechung des BSG wurde der Off-Label-Use erstmals im so genannten SKAT-Urteil („Schwellkörper-Autoinjektionstherapie“) vom 30.09.1999 erstmals ausführlich erörtert. Das BSG ist in diesem Urteil zu dem Ergebnis gelangt, dass die GKV für Arzneimittel nur im Rahmen der Zulassung des Arzneimittels einzustehen hat. Jeder OLU in der GKV sei unzulässig und löse keine Leistungspflicht der GKV aus.^(6, 14)

Erst in der Grundsatzentscheidung vom 19.03.2002 hat sich das BSG mit den medizinischen, aber auch juristischen Konsequenzen des OLU intensiver beschäftigt. Der Kläger war an Multipler Sklerose (MS) mit primär chronisch-pro-

gredienter Verlaufsform erkrankt und wurde mit intravenösen Gaben von Sandoglobulin® behandelt. Das Immunglobulin war und ist zur Behandlung dieser Verlaufsform der MS jedoch nicht zugelassen. In den Leitsätzen zum BSG-Urteil vom 19.03.2002 wurde erneut die Vorgeflichkeit der arzneimittelrechtlichen Zulassung für die Anwendung eines Arzneimittels im Rahmen der GKV betont und gleichzeitig Voraussetzungen festgelegt, unter denen der OLU zu Lasten der GKV zulässig sei.^(4, 6, 14) Diese sind, dass

- es sich um eine schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung handelt, bei der
- keine andere Therapie verfügbar ist und
- aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Letzteres setzt voraus, dass Forschungsergebnisse (z.B. Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III oder außerhalb des Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels) vorliegen, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann. Im konkreten Fall waren diese Voraussetzungen nicht erfüllt und eine Off-Label Verordnung von intravenösen Immunglobulinen bei chronisch-progredienter Verlaufsform der MS zu Lasten der GKV wurde ausgeschlossen.

Diese ständige Rechtsprechung des BSG ist durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, so genannter Nikolausbeschluss) vom 06.12.2005 für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen bei fehlenden schulmedizinischen Alternativen im Bereich des individuellen Heilversuchs für Behandlungen mit nicht ganz fern liegenden Aussichten auf Erfolg tendenziell erweitert worden.⁽⁷⁾

Drei Formen des OLU

Heute werden drei Erscheinungsformen des OLU unterschieden⁽⁶⁾, die auch rechtlich unterschiedlichen Anforderungen zu genügen haben: Der *OLU im individuellen Heilversuch*, der *OLU als Standard* und der *OLU im Rahmen einer klinischen Prüfung*. Beim so genannten individuellen Heilversuch wird ein Arzneimittel, für das es noch keine nationale Zulassung gibt oder die Zulassung nicht für die in Frage stehende Indikation erteilt wurde, im Einzelfall bei Patienten mit schweren, lebensbedrohlichen oder seltenen Erkrankungen, die nicht (mehr) anderweitig zu therapieren sind, angewandt. Zum Standard des ärztlichen Handelns im Rahmen des individuellen Heilversuchs zählen u.a. das Fehlen oder die Erfolglosigkeit von Alternativen, die wissenschaftliche Plausibilität des Therapieansatzes und sowohl eine allgemeine als auch individuelle positive Nutzen-Risiko-Abwägung der in Aussicht genommenen Behandlung. Ein OLU im Rahmen des individuellen Heilversuchs unterliegt den strengen Sorgfaltsanforderungen des Arzthaftungsrechts. Dabei beziehen sich die Informationspflichten des Arztes gegenüber dem Patienten auf die umfassende Sicherungs- und Selbstbestimmungsaufklärung. Zweck der Sicherungsaufklärung ist es, den Patienten an der Therapieentscheidung sowie anschließenden Behandlung zu beteiligen und vor Gefahren (z.B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen, UAW) zu schützen. Die Selbstbestimmungsaufklärung umfasst die Verlaufs- und Risikoaufklärung. Sie soll über den Verlauf der Erkrankung sowie die typischen bzw. spezifischen Risiken der Behandlung informieren und dient dem Schutz des Selbstbestimmungsrechts des Patienten.^(6, 8)

Es muss aber auch darüber aufgeklärt werden, dass beim OLU möglicherweise unbekannte Risiken auftreten, dass das Arzneimittel in dieser Indikation noch nicht zugelassen ist und möglicherweise auch darüber, dass eine Gefährdungs-

haftung des pharmazeutischen Unternehmens ausscheidet.⁽⁶⁾

Die Patienteneinverständniserklärung sollte grundsätzlich schriftlich vorliegen. Ist der OLU als gesicherter medizinischer Standard akzeptiert, gelten die üblichen Anforderungen an die Risikoaufklärung vor Arzneimittelgabe⁽¹⁵⁾, die im Vergleich zur Heilversuchsaufklärung weniger streng sind. Für den OLU im Rahmen des systematischen Heilversuchs sind die Verpflichtungen zur (prüf-)ärztlichen Aufklärung bei klinischen Arzneimittelprüfungen im AMG (§ 40 bzw. § 41) geregelt.

Auch die Dokumentationsanforderungen beim OLU im Rahmen des individuellen Heilversuchs sind gesteigert. Die Dokumentationspflicht umfasst u.a. das Arzneimittel bzw. seinen Wirkstoff, die Dosierung und das Auftreten unerwünschter Wirkungen. Auch Therapieplan und der Verlauf des individuellen Heilversuchs ist ausführlich in der Patientenakte zu dokumentieren.



Medizinische Gründe für den Off-Label-Use

Für den empirischen OLU gibt es eine Reihe medizinischer Gründe. Hierzu zählen insbesondere die Dynamik des medizinischen Fortschritts und die strengen regulatorischen Anforderungen an die Wirksamkeits- und Sicherheitsprüfungen in der Arzneimittelzulassung, die nicht selten zu sehr eng definierten,

mitunter auch schwer verständlichen Anwendungsgebieten führen. Aus Sicht der pharmazeutischen Industrie sind Regelungsdefizite im Sozial- und Arzneimittelrecht dafür verantwortlich, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen oder Krebserkrankungen unverzichtbare und wirksame Therapien vorzuenthalten werden.⁽¹⁶⁾ Kritisiert wird von Seiten der pharmazeutischen Industrie, dass für die GKV bei der Bewertung des OLU von neuen, häufig sehr teuren Arzneimitteln ökonomische vor medizinisch-therapeutischen Aspekten rangieren. Verschwiegen wird dabei das häufig mangelnde Interesse der pharmazeutischen Industrie, rechtzeitig Indikationsausweitungen bei bereits recht profitablen OLU der Wirkstoffe zu beantragen, und der zunehmende Verordnungsdruck von (pseudo-) innovativen Arzneimitteln, die hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit in klinischen Prüfungen noch nicht ausreichend untersucht sind.^(1,4,17) Die von der pharmazeutischen Industrie inzwischen verfolgten Strategien, wie z.B. die Entwicklung und Zulassung neuer Wirkstoffe für seltene Indikationen und rasche Indikations- und Marktausweitung nach Zulassung der Wirkstoffe, zutreffend unter dem Slogan „Nichebuster“ anstelle „Blockbuster“ beschrieben⁽¹⁸⁾, werden zu einer weiteren Zunahme des OLU führen. Zu den weiteren Gründen für OLU zählen ein persönliches Forschungsinteresse von Ärzten, neue, als innovativ angepriesene Arzneimittel frühzeitig zu verordnen, aber auch der dem Arzt nicht immer bekannte Zulassungsstatus des Arzneimittels.

Risiken des Off-Label-Use

Unbestritten ist heute, dass der nicht systematische OLU häufig auf ungesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, dabei arzneigesetzliche Zulassungsverfahren umgangen, Risiken in der Verordnung neuer Arzneimittel nicht ausreichend beachtet und damit Arzneimittel- und Patientensicherheit gefährdet werden. Insbesondere das

Auftreten schwerer UAWs mit den in der Pädiatrie und Onkologie Off-Label verwendeten Arzneimitteln ist ein wichtiges und bisher unzureichend beachtetes Problem.^(13,19,20) Da Zulassungsstudien aufgrund der begrenzten Patientenzahl und häufig nur kurzer Beobachtungsdauer nicht in der Lage sind, seltene, aber möglicherweise schwere UAWs zu entdecken, wurde in den USA 1998 eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe etabliert (RADAR, Research on Adverse Drug Events and Reports), die systematisch schwerwiegende und vorher unbekannte UAWs im Rahmen „postmarketing surveillance“ Programme auswertete⁽²⁰⁾ und Informationen über diese UAWs durch Publikation in medizinischen Zeitschriften sowie „Dear-Doctor-Letters“ verbreitete.⁽¹⁹⁾ Diese Untersuchungen ergaben, dass schwere, vorher unbekannte UAWs häufig im Zusammenhang mit OLU auftreten, zu dem keine gesicherten wissenschaftlichen Kenntnisse aus kontrollierten klinischen Studien vorliegen. Eine stärkere Beachtung der Pharmakovigilanz ist deshalb beim OLU von besonderer Bedeutung, da derzeit in Deutschland UAWs beim OLU nicht von Ärzten konsequent gemeldet und dementsprechend auch nicht systematisch erfasst werden. Darüber hinaus führen derartige UAWs zu keiner Änderung der Gebrauchsinformation für Ärzte (Fachinformation) bzw. für Patienten (Packungsbeilage), und es erfolgen in der Regel auch keine entsprechenden Warnhinweise.

Sozialrechtliche Lösungsansätze: Expertengruppen „Off-Label“ beim BfArM

Ausgelöst durch das Grundsatzurteil des BSG vom 19.03.2002 und zahlreiche Regressanträge gegenüber Vertragsärzten, besonders in der Onkologie, in bis zu 6-stelliger Eurohöhe wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im September 2002 eine Expertengruppe am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

(BfArM) einberufen, die fachliche Stellungnahmen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den OLU von zugelassenen Arzneimitteln in der Onkologie erarbeiten sollte.

Grundverständnis der Expertengruppe war, dass es Krankheitsbilder gibt, bei denen ein OLU aufgrund des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes medizinisch notwendig und therapeutisch zweckmäßig sein kann. Neben einem ausführlichen Methodenpapier, das als Grundlage für die Abgabe der wissenschaftlichen Aufbereitungen dienen sollte, wurden von dieser ersten Expertengruppe „Off-Label“ insgesamt 5 Aufbereitungen erarbeitet und an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weitergeleitet⁽²²⁾; www.bfarm.de/clin_029/nn_1199658/DE/Arzneimittel/3__nachDerZulassung/offLabel/offlabel-node.html__nnn=true).

Diese wissenschaftliche Aufbereitungen haben inzwischen dazu geführt, dass 4 onkologische Wirkstoffe als zulässiger OLU in den neuen Abschnitt H der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 9 A) übernommen und 2 onkologische Wirkstoffe als nicht verordnungsfähig (Anlage 9 B) bewertet wurden (www.g-ba.de).

Gleichzeitig wurden von der Expertengruppe Vorgaben zur Meldung der UAWs, insbesondere unter Angabe der Off-Label-Indikation, sowie eine detaillierte Verlaufsdokumentation der für den OLU in der Onkologie zugelassenen Arzneimittel in der Anlage 9 A erarbeitet. Diese auf wissenschaftlich fundierten Aufbereitungen basierenden Beschlüsse des G-BA im Rahmen der AMR tragen zur Rationalisierung der Arzneimitteltherapie bei und sind verbindliche Regelungen hinsichtlich der Off-Label-Verordnung von Arzneimitteln. Sie gelten jedoch nur für Vertragsärzte. Kran-

kenhäuser, in denen Arzneimittel heute ebenfalls sehr häufig Off-Label verordnet werden, bleiben unberücksichtigt. Die durch Errichtungserlass des BMGS begründete Arbeit der Expertengruppe „Off-Label“ wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) zum 01.04.2004 in das SGB V übernommen.⁽²²⁾ Im § 35d Abs. 3 des SGB V wurden Expertengruppen gesetzlich anerkannt und ihre Tätigkeit im Hinblick auf den G-BA präzisiert. Aufgrund dieser Änderungen im Sozialrecht wurde die Tätigkeit der ersten Expertengruppe „Off-Label“ am 31.08.2005 beendet und insgesamt 3 Expertengruppen für die Fachgebiete Onkologie, HIV/AIDS und Neurologie/ Psychiatrie neu berufen. Selbstverständlich kann durch diese Expertengruppen nur ein kleiner Teil des derzeit in Deutschland praktizierten OLU wissenschaftlich bewertet werden. Von Seiten des BMGS wurde jedoch erwartet, dass die Expertengruppen zu besonders häufigen und/oder besonders wichtigen Off-Label-Anwendungen Aussagen treffen, um mit dem Bewertungsverfahren Maßstäbe zu setzen und Entscheidungen über die GKV-Erstattung im G-BA vorzubereiten. Die oben genannten Expertengruppen haben in einer konstituierenden Sitzung am 16.01.2006 ihre Arbeit aufgenommen und bearbeiten derzeit etwa 40 Aufträge, die vom G-BA an sie vergeben wurden.

Konkrete Arbeitsergebnisse im Sinne von Bewertungen bzw. wissenschaftlichen Aufbereitungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis hinsichtlich Off-Label eingesetzter Arzneimittel in den genannten Fachgebieten liegen jedoch noch nicht vor. Neben der Fortsetzung der hoffentlich bald produktiven Arbeit dieser Expertengruppen bedarf es deshalb weiterer strategischer Lösungen, um die Off-Label-Problematik zu entschärfen und gleichzeitig eine optimale, neue wissenschaftliche Erkenntnisse rasch umsetzende Arzneimitteltherapie für Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen zu garantieren.

Resümee und Perspektive

OLU wird auch in Zukunft in verschiedenen medizinischen Fachgebieten, insbesondere bei seltenen und schweren Erkrankungen, unvermeidbar sein, da der Zulassungsstatus eines Arzneimittels nicht immer dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entspricht und medikamentöse Standard- bzw. Alternativbehandlungen fehlen oder beim individuellen Patienten erfolglos waren. Eine generelle Lösung des Problems OLU wird durch gesetzliche Vorgaben (z.B. AMG, SGB V) in absehbarer Zeit nicht erreicht werden. Urteile der Sozialgerichte, durch die in den vergangenen Jahren Klärung hinsichtlich der Leistungspflicht der Krankenkassen bei OLU herbeigeführt wurde, insbesondere das Grundsatzurteil des BSG vom 19.03.2002, und die Arbeit der beim BfArM eingerichteten Expertengruppen sollten auch in der Zukunft als Orientierungsrahmen für Entscheidungen zur Off-Label-Verordnung von Arzneimitteln herangezogen werden. Dabei müssen die im BSG-Urteil aus dem Jahre 2002 definierten, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen (schwerwiegende Erkrankung, keine andere Therapie verfügbar, Behandlungserfolg aufgrund der Datenlage wahrscheinlich) beachtet werden. Eine ausschließlich aus ökonomischen Gründen erfolgte Ablehnung des OLU von kostenintensiven, neuen Arzneimitteln bei schweren oder seltenen Erkrankungen ohne Behandlungsalternative ist aus ärztlicher Sicht nicht akzeptabel. Ziel der derzeit diskutierten Maßnahmen zur Lösung des Problems OLU sollte sein, die Grauzone des OLU zwischen einerseits Verbesserung der qualitätsgesicherten Versorgung entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und andererseits individueller Therapieentscheidung ohne wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit zu beseitigen. Die von einigen medizinischen Fachgesellschaften in der öffentli-

chen Debatte über den OLU vorgeschlagenen Lösungsansätze, insbesondere für die Behandlung von Tumorkranken, wie „indikationsspezifische Positivlisten“ und „kontrollierter OLU“ sind hierfür jedoch nicht geeignet.^(3, 23) Der Einsatz von Arzneimitteln aufgrund ihrer Empfehlung in Positivlisten, deren methodische Grundlagen und wissenschaftliche Begründung häufig nicht transparent sind, sowie ein „kontrollierter OLU“ außerhalb klinischer Prüfungen bzw. nicht-interventioneller Studien (z. B. Register) ergeben keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Einzelfall hinaus und erlauben auch nicht, unerwünschte Wirkungen der Off-Label eingesetzten Arzneimittel systematisch zu erfassen. Bei der Diskussion der vielschichtigen Problematik des OLU müssen auch derzeitige Strategien in der Arzneimittelentwicklung durch die pharmazeutische Industrie („nichebuster“ anstatt blockbuster“) beachtet werden. Sie werden ebenso wie die auf europäischer Ebene diskutierte Freigabe der Informationen von Patienten über verschreibungspflichtige Arzneimittel durch die pharmazeutische Industrie sowie Änderungen in der europäischen Arzneimittelgesetzgebung (weitere Verkürzung der Zulassungszeiten und Verlagerung der Pharmakovigilanz in die Phase nach Marktzulassung) eher zu einer weiteren Zunahme als zu einer Eindämmung des OLU führen werden.

Für eine an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten orientierte Lösung des Problems OLU wird von großer Bedeutung sein, dass die beim BfArM etablierten Expertengruppen ihre Aufgaben effizient und zügig bearbeiten, die durch Urteile des BSG vorgegebenen Rahmenbedingungen für einen legalen OLU beachtet werden und die bereits heute existierenden Instrumente zum systematischen Gewinn medizinischer Erkenntnisse bei OLU besser genutzt werden. Zu diesen Instrumenten zählen z. B. Therapieoptimierungsstudien und eine Stärkung der unabhängigen Versorgungsforschung, um anhand kontrol-



Zum Autor

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig ist Facharzt für Innere Medizin - Hämatologie und internistische Onkologie. Er ist Leitender Arzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Robert-Rössle-Klinik im HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Charité, Campus Berlin-Buch. Seit 1999 ist er ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, seit 2000 Vorstandsmitglied und seit 2006 Vorsitzender. Seit 2006 ist Ludwig Mitherausgeber des Arzneimittelbriefs. Von 2003 bis 2005 war Ludwig Vorsitzender der Expertengruppe Off-Label des Bundesgesundheitsministeriums am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

lierter klinischer Studien bzw. Register wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit von Off-Label eingesetzten Arzneimitteln systematisch gewinnen zu können. Darüber hinaus müssen die pharmazeutischen Unternehmer an ihre Pflicht erinnert werden, bei Vorliegen entsprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit ihrer Arzneimittel rasch eine Zulassungserweiterung zu beantragen. Dabei können sie die in dem Zulassungsverfahren inzwischen zur Verfügung stehenden großen Gestaltungsräume und Anreizsysteme nutzen, wie z. B. beschleunigte Verfahren für die Zulassung von Arzneimitteln bzw. vorläufige, unter Auflagen erteilte Genehmigungen für

Arzneimittel zur Behandlung von Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen. Letztlich werden auch klare Vorgaben der nationalen bzw. europäischen Zulassungsbehörden erforderlich sein, um Nutzen und Schäden der Off-Label eingesetzten Arzneimittel systematisch und quantitativ zu erfassen, Ärzte und Patienten über diese Ergebnisse zu informieren und wissenschaftlich nicht belegte Marketingstrategien mit dem Ziel der Ausweitung des OLU durch die pharmazeutische Industrie wirksam zu unterbinden.

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Dieter Hart, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht an der Universität Bremen, danke ich herzlich für die Durchsicht des Manuskripts und wichtige Anregungen sowie Kommentare zum Off-Label-Use aus juristischer Sicht.

Literatur:

1. Ludwig WD, Müller-Oerlinghausen B, Willich SN (2003) Off-Label-Verordnung – Soll und kann sie begrenzt werden? Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 46: 455-457
2. Schweim H, Behles C. Off-Label-Use oder von der Notwendigkeit der Arzneimittelzulassung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2003; 46:499-503.
3. Schmitz S, Kleeberg UR, Seeber S, et al. (2003) Wenn Therapiekosten zum Zankapfel werden. Dtsch Arztebl 100: B 1657-1659
4. Francke R, Hart D (2003) Off Label Use: Arzneimittelrechtliche, haftungsrechtliche, berufsrechtliche und sozialrechtliche Fragen. SGB 12: 653-664
5. Dierks C, Nitz G. Aktuelle Fragen des Off-Label-Use. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2138-2142.
6. Hart D (2008) Arzthaftung und off label use. Information, Standard und Zulassung In: Festschrift „10 Jahre Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein“, in Druck
7. Francke R, Hart D (2006) Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche. Zugleich eine Besprechung der Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 und die Skizzierung eines Regulierungsmodells. MedR 3: 117-121
8. Schreiber M, Schäfer M (2006) Arzneimittel in der Erprobung. Rechtliche Betrachtungen zum individuellen Therapieversuch mit noch nicht zugelassenen Arzneimitteln. A & R 2: 117-121
9. Hart D, Mühlbauer B (2008) Unsicherheit in der Pädiatrie durch Off-Label-Use von Arzneimitteln. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 102:37-43
10. Mühlbauer B, Janhsen K, Pichler J, Schoettler P (2008) Off-label-use von Arzneimitteln im Kindesalter: Eine Verordnungs-Analyse in Deutschland. Dtsch Arztebl, in Druck
11. Heinemann A-K, Tieben A (2007) Die EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln – Bewertung und erste Erfahrungen. A & R 3: 53-58
12. Rascher W, Mentzer D, Seyberth HW (2007) Verbesserung der Arzneimittelsicherheit durch Pharmakovigilanz. Was ist zu tun? Monatsschr Kinderheilkd 155:692-699
13. Radely DC, Finkelstein SN, Stafford RS (2006) Off-label prescribing among office-based physicians. Arch Intern Med 166: 1021-1026
14. Schimmelpfeng-Schütte R (2004) Recht auf Behandlung und Off-Label-Use in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). MedR 12: 655- 59
15. Köbberling J, Haffner S (2006) Rechtssicherheit und Rechtspraxis bei der Risikoauflklärung vor Arzneimittelgabe. Med Klin 101: 516-523
16. VFA-Positionspapier zum „Zulassungsüberschreitender Einsatz von Medikamenten bei schweren Erkrankungen“ (2007). www.vfa.de
17. Stafford RS (2008) Regulating Off-Label-Use – Rethinking the role of the FDA. N. Engl. J. Med. 358: 1427-29
18. Owens J (2007) 2006 drug approvals: finding the niche. Nature Rev Drug Discovery 6: 99-101
19. Ladewski LA, Belknap SM, Nebeker JR, et al. Dissemination of information on potentially fatal adverse drug reactions for cancer drugs from 2000 to 2002: First results from the research on adverse drug events and reports project. J Clin Oncol 2003; 21:3859-3866.
20. Bennett CL, Nebeker JR, Lyons EA et al. The research on adverse drug events and reports (RADAR) project. JAMA 2005; 293:2131-2140.
21. Jonville-Béra AP, Béra F, Autret-Leca E (2005) Are incorrectly used drugs more frequently involved in adverse drug reactions? A prospective study. Eur J Clin Pharmacol 61: 231-236
22. Ludwig WD (2005) Erste Expertengruppe „Off-Label“: Was wurde erreicht? Forum DKG 20: 28-34
23. Seeber S, Braun AH (2005) Phase III trials in oncology: setting standards of care? Nature Clin Prac Oncol 2: 426-427

Berliner Gesellschaft für Geschichte der Medizin 1906 – 2006

Professor Dr. med. Dr. h.c.mult. Heinz Goerke, dem Wiederbegründer der Gesellschaft nach dem 2. Weltkrieg zum 90. Geburtstag gewidmet.

Als 1976 das Bundesgesundheitsamt sein hundertjähriges Jubiläum feierte, fragte in dieser Zeitschrift der Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamtes Tiergarten, Hans Orthmann: „Ein echter Hunderter?“ Auch bei dieser wissenschaftlichen Gesellschaft ist diese Frage zu stellen. Sie wurde im Jahre 1906 als Berliner Gesellschaft für Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin gegründet, passte sich nach 1933 den Forderungen des Nationalsozialismus an und wurde, wie alle anderen Vereine in Berlin, von der sowjetischen Besatzungsmacht im Frühjahr 1945 verboten.

Klaus Schum hat 1967 in einer bei Goerke angefertigten Dissertation „Die Berliner Gesellschaft für Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin von 1906-1944“ dargestellt. Er konnte dabei Listen des Vorstandes von 1906-1944 und der gehaltenen Vorträge aus dieser Zeit vorlegen und stellte fest:

„Die Gesellschaft hat vom Gründungsjahr 1906 bis zum Jahr 1944 ihre Tätigkeit ausgeübt. Im Jahre 1944 kam diese aufgrund der Kriegsverhältnisse vollständig zum Erliegen.“

Hier ist zu erwähnen, dass seit seiner Berufung nach Berlin 1931 Paul Diepgen eine wichtige, wenn nicht die entscheidende Rolle im Vorstand gespielt hat. Auch sei darauf hingewiesen, dass Alexander Berg als SS-Führer seit 1939 und als Schriftführer dem Vorstand angehörte.

Bis zur Spaltung der Stadt 1948/49 ruhte das Vereinsleben in der Viersektorenstadt weitgehend. Das Verhältnis von Diepgen zur Medizinischen Fakultät der Universität in Berlin am Ende des Krie-

ges ist schwer überschaubar. Noch vor der Spaltung verließ er die Stadt in Richtung Französische Besatzungszone, Mainz. Das von ihm geschaffene Universitätsinstitut lag in Ostberlin und geriet in den Einflussbereich von SED-Funktionären und stand als Kristallisationspunkt zur Fortführung bzw. Wiedergründung der Gesellschaft nicht zur Verfügung.

Nach Gründung der Freien Universität in Westberlin, 1948, wurden bald in der medizinischen Fakultät auch Vorlesungen über Medizingeschichte von verschiedenen Dozenten abgehalten, aber erst nach der Habilitation von Goerke, 1960, für Geschichte der Medizin konnte ein Lehrstuhl und ein Institut für dieses Fach eingerichtet werden. Diepgen und seine an den Universitäten Westdeutschlands etablierten Schüler standen dabei und bei der Wiederbegründung der Gesellschaft Pate. In seiner Autobiographie „Am Puls der Medizin“ hat Goerke aus seiner Sicht die Entwicklung und auch seine damaligen Mitstreiter beschrieben. Am 17. Februar 1961 fand die Gründungssitzung statt.

Vorsitzender wurde Heinz Goerke, 2. Vorsitzender der Internist und Diabetologe bei der AOK Berlin Dr. med. Wolfgang Kloppe, Schriftführer Dr. med. Heinz Müller-Dietz vom Osteuropa-Institut der FU und Schatzmeister der Apotheker J. Fechner. Als Mitteilungsblatt wurde die Zeitschrift Berliner Medizin bestimmt, deren Redakteur Goerke war. Bis 1965 wurde von Müller-Dietz regelmäßig über die Sitzungen, von denen in der Regel jährlich vier stattfanden, berichtet. Die Entwicklung der Gesellschaft muss in enger Verbindung zum Institut für Ge-

schichte der Medizin der FU gesehen werden. Es wurden viele auswärtige Dozenten eingeladen. Auch war die Gesellschaft an der Ausrichtung des XX. Internationalen Kongresses für Geschichte der Medizin in Berlin 1966 beteiligt. Von ihr wurden zwei Medaillen gestiftet, die Paul-Diepgen- und die Julius-Leopold-Pagel-Medaille für Verdienst um die Geschichte der Medizin bzw. um die Gesellschaft.

Nachdem Goerke 1969 nach München gegangen war, wurde der Berichterstatter Vorsitzender, bis Rolf Winau als Medizinhistoriker an die FU nach Berlin berufen wurde, der dann den Vorsitz übernahm und ihn bis zu seinem Ausscheiden aus dem Amt und frühen Tod beibehielt.

Leider sind die Unterlagen der Gesellschaft nur sehr lückenhaft überliefert, so dass über den Wandel in ihren Aktivitäten kaum Einzelheiten zu ermitteln sind. Nicht einmal an den Akten des Vereinsregisters beim Amtsgericht Charlottenburg lässt sich die Zusammensetzung des Vorstandes seit den 80er Jahren lückenlos rekonstruieren. Bei der Gründung der Gesellschaft wurde ein Protokollbuch mit Eintragungen über ihre Aktivitäten, zu denen nicht nur die regelmäßigen Sitzungen sondern auch Besichtigungen, wie zum Beispiel des Krankenhauses Berlin in den 70er Jahren, und medizinhistorische Spaziergänge gehörten, angelegt. Diese Aufzeichnungen sind nicht mehr im Institut vorhanden und es ist zu hoffen, dass sich diese Aufzeichnungen, die den Wandel der Medizinhistoriographie im Westteil der Stadt und nach der Vereinigung in der gesamten Stadt widerspiegeln, wieder auffinden. Nur so wäre eine Aufarbeitung der Geschichte dieser wissenschaftlichen Gesellschaft in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts möglich.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

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 Informationen 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 Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema/Referenten	Veranstaltungsort	Information/Gebühr	Fortbildungspunkte
■ Bitte beachten: NEUER KURS 01.09.–06.09.2008 10.11.–15.11.2008 15.12.–20.12.2008	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de	50 P pro Modul
■ Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; NEU/ BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin: Schwerpunktthema Hämatologie und Internistische Onkologie 03.07.2008: Leukämien und myeloische Syndrome 10.07.2008: Gammopathien (Am 10.07.2008 endet die Veranstaltungsreihe des Sommersemesters.)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P je Veranstaltungstermin
■ Veranstaltungsreihe jeweils 14-tägig dienstags NEU/ BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe 01.07.2008: Ernährung 15.07.2008: Impfen (Am 15.07.2008 endet die Veranstaltungsreihe des Sommersemesters.)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P je Veranstaltungstermin
■ 08.09.–17.09.2008 (Kursteil A1) 17.09.–26.09.2008 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Kurs A gesamt: 920 € Kurse A1 und A2 getrennt: je 460 €	
■ 27.09.2008	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung (8 Stunden)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: 130 €	9 P
■ 12.09./13.09.2008	Behandlung psychisch reaktiver Traumfolgen bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern (Weitere Informationen s. S. 13)	Haus der Diakonie Paulsenstr. 55-56 12163 Berlin	Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin Tel.: 8871400, Fax: 88714040 Anmeldung bis zum 15.08.2008 erforderlich! Gebühren: 220 €	20 P
■ 17.10./18.10.2008	Diagnostik und Behandlungsaspekte bei traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen (Weitere Informationen s. S. 13)	Haus der Diakonie Paulsenstr. 55-56 12163 Berlin	Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin Tel.: 8871400, Fax: 88714040 Anmeldung bis zum 15.09.2008 erforderlich! Gebühren: 220 €	20 P

Kursangebot der Ärztekammer Berlin **Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)**

Der 200-Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin im Herbst 2008 als Kompaktkurs veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Fachärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Im Interesse einer vertrauensvollen und intensiven Arbeitsatmosphäre ist die Teilnehmerzahl begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten methodisch zu bearbeiten.

In den drei Präsenzphasen findet der Kurs jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr statt.

Termine und Inhalte:

01.09.2008 bis 06.09.2008; Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente / Zertifizierung; Budgetierung / Controlling; Qualitätsberichte; Projekt- / Veränderungsmanagement

10.11.2008 bis 15.11.2008; Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations- / Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien / Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

15.12.2008 bis 20.12.2008; Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

Weitere Informationen erhalten Interessenten: telefonisch unter Tel.: 40 806-1400 und per E-Mail: QM-Kurs2008@aeqb.de

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin
und der Apothekerkammer Berlin

Wundversorgung – Workshop für Ärzte und Apotheker

Weit über drei Millionen Menschen leiden in Deutschland unter chronischen Wunden, wie offenen Beinen, Druckgeschwüren und dem Diabetischen Fußsyndrom. Über 30.000 Amputationen werden dadurch bedingt jährlich durchgeführt – Tendenz steigend. Diese Wunden stellen gleichermaßen eine enorme Belastung für den Patienten und eine Herausforderung an die pflegerische und ärztliche Therapie dar. Nicht erfolgreiche oder falsche Versorgungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten, demotivieren die Versorger und kosten das Gesundheitswesen jährlich dreistellige Millionenbeträge. Neue Wundauflagen und moderne Konzepte versprechen bessere Therapieergebnisse bei geringeren Ausgaben. Ärzte und Apotheker sind wichtige Ansprechpartner für Patienten und Pflegende.

Der interprofessionelle Workshop widmet sich der abgestimmten Anschlussversorgung von Patienten im stationär-ambulantem Grenzbereich. Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert. Für Ärzte und Apotheker stehen je 15 Seminarplätze zur Verfügung.

Referenten:

Dr. med. Helga Münzberg, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantations-Chirurgie/ Charité – Campus Virchow-Klinikum, Berlin

Werner Sellmer, Fachapotheker für klinische Pharmazie, Hamburg

Termin: Samstag, 13.09.2008, 15.00-18.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich

Ärztekammer Berlin, Tel. 40 80 6-1207, E-Mail: fobi-zert@aeqb.de

Teilnehmergebühr: 50,00 EUR

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an dem Workshop ist mit 5 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

ANZEIGE

Berliner Positionen erfolgreich in Ulm umgesetzt

Bericht vom 111. Deutschen Ärztetag

Das Thema Rationierung im Gesundheitswesen hat den Auftakt zum 111. Deutsche Ärztetag in Ulm gebildet. Bereits im Vorfeld hatte Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe ein Eingeständnis der Politik gefordert, dass es eine Rationierung in Deutschland gibt. Dieses Eingeständnis blieb Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wie erwartet schuldig. Gute Medizin für alle sei in Deutschland möglich, wiederholte sie bei der Eröffnung. Alle Beteiligten im Gesundheitswesen müssten Effizienzreserven ausschöpfen. Zugleich versprach sie eine Aufstockung der Mittel. Zweifel wurden aber bei den Teilnehmern des Ärztetages laut, was davon tatsächlich bei den Ärztinnen und Ärzten ankommen wird.

Von Sascha Rudat

Großen Diskussionsbedarf gab es – wie nicht anders zu erwarten – beim „Ulmer Papier“, das bereits zu Beginn des Ärztetages in der Öffentlichkeit verbreitet wurde. Doch eine Fülle von Änderungsanträgen ließ fast keinen Bereich unangetastet – galt es doch, eine Viel-

zahl verschiedener Standpunkte aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens unterzubringen. Während die „Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland am Beispiel Demenz“ und der „Sachstandsbericht zur (Muster-)Weiterbildungsord-

nung“ im weiteren Verlauf wenig Konfliktpotenzial bargen, zeigte sich, dass die Haltung der Ärzteschaft zur elektronischen Gesundheitskarte überaus vielschichtig und kontrovers ist. Eine heiße und teilweise emotionale Debatte strapazierte die Nerven der Delegierten. Überaus erfreulich: Zahlreiche Positionen der Berliner Delegierten wurden erfolgreich in den Beschlussfassungen des Ärztetages umgesetzt.

„Ulmer Papier“ als Konsens

Berlins Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) brachte es auf dem Podium auf den Punkt: „Das ‚Ulmer Papier‘ ist unvollständig. Es muss um einige Positionen erweitert werden.“ Zugleich warb er dafür, das Positionspapier nach dem Einarbeiten der Änderungsanträge möglichst einstimmig zu verabschieden. „Man muss die Wahrheit sagen – auch wenn sie weh tut: Rationierung findet statt“, betonte Jonitz. Er lobte zugleich, dass sich der Ärztetag mit dem Papier „weg vom Befund hin zum Therapie-



Fotos: S. Rudat

Berlins Kammerpräsident Jonitz fordert Änderungen am „Ulmer Papier“.



Matthias Albrecht, Günther Jonitz und Kilian Tegethoff (alle Marburger Bund) besprechen einen Antrag.

vorschlag“ bewege. Es werde Zeit, dass die Ärzteschaft aus der Rolle des ständigen Verteidigers herauskomme, unterstrich er.

Das Thema Rationierungen hatte Hoppe bereits vor dem Ärztetag in die politische Diskussion gebracht und bei seiner Eröffnungsrede zu einem der zentralen Punkte gemacht. Zugleich wandte er sich gegen eine schematische und mechanistische Sichtweise des Gesundheitswesens und der Arzt-Patienten-Beziehung. „Mit dem Ulmer Papier wollen wir zeigen, dass es uns in erster Linie um individuelle Patientinnen und Patienten geht.“

So sehr eine aktuelle Standortbestimmung der deutschen Ärzteschaft von den DÄT-Delegierten begrüßt wurde, so vielschichtig war auch die Kritik: zu unkonkret, zu unpolitisch, zu wenig Tiefe, keine Alternative zum GKV-System – um nur einige Punkte zu nennen.

„Das ist ein Konsenspapier. Um Punkte, wo wir Dissens haben, drückt es sich herum“, erklärte beispielsweise die Berliner Delegierte Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit). So tauche etwa das entscheidende Spannungsfeld Arzt und Pflege nicht auf.

Eine hitzige Debatte entbrannte darüber, wie mit der Vielzahl der Änderungsanträge umgegangen werden sollte. Nachdem die Delegierten – denkbar knapp – für eine gesammelte Überweisung der Änderungsanträge an den Vorstand gestimmt

Dabei fanden auch zahlreiche Positionen der Berliner Delegierten ihren Niederschlag. So wurde beispielsweise die Forderung nach einer Abgabe auf gesundheitsschädliche Substanzen sowie deren Kennzeichnung aufgenommen. Diese Forderung hatte Berlins Kammerpräsident Jonitz bereits 2004 unter dem Stichwort „Big Mac-Steuer“ erhoben. In den Epilog des „Ulmer Papiers“ wurde auf Antrag des Kammerpräsidenten ein umfangreiches Zitat von Rudolf Virchow aus dem Jahr 1848 aufgenommen, das die aktuelle Situation der Ärzteschaft treffend beschreibt. Nach dem Einarbeiten der Änderungen wurde das „Ulmer Papier“ von den Delegierten mit großer Mehrheit angenommen.

Kritische Haltung zur E-Card bleibt

Das nächste heiße Eisen des Ulmer Ärztetages war die Telematik sowie die Haltung der Ärzteschaft zur elektronischen Gesundheitskarte (E-Card) und zum elektronischen Heilberufsausweis. Nach Vorträgen des schleswig-holsteinischen Datenschutzbeauftragten Thilo Weichert und des Vorsitzenden des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer, Franz-Joseph Bartmann (Kammerpräsident von Schleswig-Holstein) entbrannte eine heftige Diskussionen, an deren Polen die absoluten Telematik-Gegner und -Befürworter standen. Die große Mehrheit der

Diskutanten befand sich dazwischen, wobei eine stark kritische Haltung bezüglich Datensicherheit, Kosten und Aufwand überwog. Grundlage der Diskussion waren die vom Telematik-Ausschuss vorgelegten „Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen“. Bartmann warnte vor einem Ausstieg der Ärzteschaft aus der Telematik. „Ich sehe vor allem die Risiken der Nichtbefassung“, betonte er. Nach Ansicht von Berlins Kammerpräsident Jonitz droht das Projekt vor allem durch mangelndes Vertrauen zu scheitern: „Was auf uns zukommt, ist nicht kalkulierbar.“ Während Krankenkassen und Industrie von dem Projekt profitierten, bliebe das Risiko bei den Ärzten hängen, warnte er und wies zugleich auf die zahlreichen offenen Fragen bezüglich Sicherheit und Finanzierung des elektronischen Heilberufsausweises hin.

Ein fraktionsübergreifender Änderungsantrag der Berliner Delegierten, der diese juristischen, technischen und finanziellen Fragen zusammenfasste, wurde zur Beantwortung an den Vorstand der Bundesärztekammer weitergeleitet. Dabei ging es beispielsweise darum, wie sichergestellt werden soll, dass Ärzte in ihren Praxen jederzeit den notwendigen technischen Support für die Benutzung ihrer Heilberufsausweise erhalten, um die durchgängige Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten. In dem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass aus Berliner Sicht beim elektronischen Heilberufe-

A
N
Z
E
I
G
E

ausweis ebenso ausführlich und nachdrücklich über Nutzen und Risiken diskutiert werden müsse wie bei der E-Card.

Für Unmut sorgte bei zahlreichen Delegierten die zweite Lesung eines Entschließungsantrages, der die Einführung der E-Card grundsätzlich ablehnte und von der Mehrheit zunächst angenommen wurde. In der zweiten Lesung kamen dann einige Änderungsanträge zum Entschließungsantrag hinzu, so dass die Einführung der Karte nur „in der bisher vorgelegten Form“, also nicht prinzipiell, abgelehnt wird. Damit war der Entschließungsantrag im Gegensatz zu vorher mit dem Positionspapier des Vorstandes kompatibel.

Berlins Delegierte äußerten ihre kritische Grundhaltung zur E-Card überzeugend. „Wir bewegen uns mit Verve in ein unausgegorenes System“, sagte Christian Handrock (Liste Allianz) und forderte zugleich einen klaren Rahmen für die Datenerfassung und die Kosten. Für Harald Mau (Liste Allianz) stand „der Schutz der Patienten im Vordergrund“. Die Patientendaten müssten „sicher wie in einem Schweizer Safe sein“. Er favorisierte eine USB-Lösung statt einer Patientenkarte. Dieser Vorschlag fand in dem Positionspapier Niederschlag.

Roland Urban (Liste Allianz) befürchtete ebenfalls ungehemmte Zugriffsmöglichkeiten auf Patientendaten: „Ich oute mich als Bedenkenträger.“ Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) warnte vor einer Kollektivierung des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses, wenn jeder Arzt auf die gespeicherten Patientendaten zugreifen könne. „Der Patient ist Herr seiner Informationen. Er darf jedem Arzt etwas anderes erzählen – auch wenn uns das nicht gefällt.“

Nach der Verabschiedung der Änderungsanträge stand der weitere Kurs fest: Die Gesundheitskarte wird in der aktuellen Form erneut abgelehnt und eine Neukonzeption gefordert. Die Ärzteschaft spricht sich aber zum jetzigen Zeitpunkt mehrheitlich gegen den Ausstieg aus dem Telematik-Projekt aus. Mit dem verabschiedeten Positionspapier wollen die deutschen Ärzte das Projekt weiterhin konstruktiv-kritisch begleiten.

Maßnahmenpaket für Arzneimittelsicherheit

Rund um das Thema Patientensicherheit brachte Berlins Kammerpräsident zusammen mit anderen mehrere Anträge ein: So wird der Gesetzgeber aufgefordert, die Kennzeichnung von neuen Arzneimitteln fünf Jahre lang zur Pflicht zu machen (eine Forderung der Ärztekammer Berlin von 2004). Darüber hinaus sollen Pharmahersteller verpflichtet werden, die Wirkstoffnamen auf Arzneimittelverpackungen deutlich erkennbar aufzudrucken, um Patienten die Vergleichbarkeit von Arzneimitteln zu erleichtern. Außerdem wird der Gesetzgeber angehalten, die Offenlegung von Studiendesigns und die Ergebnisse von Anwendungsbeobachtungen im Arzneimittelgesetz zur Pflicht zu machen. Erneut wurde auf EU-Ebene eine Aufweichung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Medikamente bei Patienten abgelehnt. Zu diesem Thema fand kürzlich eine Podiumsdiskussion in der Ärztekammer Berlin statt (siehe Heft 6/2008).

Delegation ja, Substitution nein

Beim Thema „Arztbild der Zukunft“ herrschte eine große Geschlossenheit unter den 250 Delegierten. Nach Referaten der Kammerpräsidenten von Sachsen und Westfalen-Lippe, Jan Schulze und Theo Windhorst, verabschiedeten die Delegierten ein klares Positionspapier. Darin lehnt der Ärztetag Vorhaben der Politik ab, „die auf Arztersatz und Aufweichung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen“. Solche Pläne gefährdeten die Patientensicherheit, zersplitterten die Einheitlichkeit der Heilkundenausübung und erzeugten mehr statt weniger Rechtsunsicherheit. „Deshalb ist eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe mit gleichzeitiger Übertragung ärztlicher und juristischer Verantwortung für deren ordnungsgemäße Durchführung abzulehnen und an der einheitlichen Ausübung der Heilkunde durch approbierte Ärzte festzuhalten“, heißt es in

dem Beschluss. Dagegen befürwortete der Ärztetag eine Delegation in der medizinischen Versorgung an Gesundheitsfachberufe unter der Voraussetzung der „therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes“.

Eine klare Absage erteilten die Delegierten auch der Einführung des Bachelor-/Master-Studiums in der Medizin. Einen „Arzt light“ mit abgespecktem Studium dürfe es nicht geben, war die einhellige Meinung.

Blick auf Problem Demenz geschärft

Für großen Beifall sorgte eine Rede von Professor Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, zur „Lebensqualität demenzkranker Menschen“. Kruse wies auf Defizite in der Versorgung dementer und verwirrter Menschen hin. Insbesondere in der fachärztlichen Versorgung gebe es erhebliche Lücken. „Nur etwa ein Drittel der Demenzkranken in Pflegeheimen wird von Psychiatern und Neurologen betreut“, sagte er. Die Delegierten forderten, neben stationären Einrichtungen die ambulante Pflege, teilstationäre Angebote und betreute Wohngruppen stärker zu fördern und wohnortnah auszubauen. Einigkeit herrschte auch darüber, Demenz zu enttabuisieren. Rund 30 Prozent der Demenzkranken werden von Familienangehörigen betreut. Dies müsse stärker in den Fokus gerückt werden.

Hoppe für Eisenacher Beschluss

Zur (Muster-)Weiterbildungsordnung gab Bayerns Kammerpräsident H. Hellmut Koch einen Sachstandsbericht. Die Notifizierungsdiskussion in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin sei zum Stillstand gekommen, da eine Einheitlichkeit unter den Landesärztekammern nicht erreicht werden konnte, sagte Koch. Dies bereite den Kammern, die den Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin (anders als Berlin) umgesetzt haben, Probleme. Den Facharzt für Innere Medizin (nach dem Münsteraner Beschluss) hätten inzwischen 16 Kam-

mern umgesetzt. Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) appellierte an die Berliner Kollegen, dass es nicht gut sei, die „EU-Notifizierung auf den Sanktnimmerleinstag zu verschieben“. Ärztetagspräsident Hoppe wiederholte hingegen in diesem Zusammenhang auf Nachfrage seine Einschätzung, dass der Beschluss vom Ärztetag 1997 in Eisenach der beste gewesen sei. Damals wurde das Fach Allgemeinmedizin als eigenständiges Facharztgebiet beschlossen. Damit stützt Hoppe den Berliner Weg.

Die Berliner Delegierte Vittoria Braun (Hausärzte im BDA) warb erneut für eine breit aufgestellte Allgemeinmedizin. Man wolle darauf hin arbeiten, dass künftig allgemeinmedizinische Assistenzärzte genauso bezahlt werden wie Assistenten in der Klinik.

Abschaffung der Praxisgebühr gefordert

Zu den Beschlüssen, die daneben große Beachtung fanden, gehört unter anderem der Antrag der Berliner Delegierten Eva Müller-Dannecker, die Abschaffung der Praxisgebühr zu fordern. „Die Praxisgebühr hat den bürokratischen Aufwand in den Arztpraxen und Notfallambulanzen sowie bei den Verwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhäuser und Kassen erheblich erhöht“, heißt es in der Begründung. „Armut darf in Deutschland nicht zu gesundheitlichen Schäden führen“, sagte Müller-Dannecker. Der Berliner Allgemeinmediziner Michael Janßen (Hausärzte im BDA) fügte hinzu: „Jede Eigenbeteiligung bringt eine soziale Schieflage.“

Erneut aufgefordert wird die Bundesregierung nach einem fraktionsübergreifenden Antrag der Berliner Delegierten Charlotte Lutz, Matthias Albrecht und Michael Janßen, bei Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde aufzuheben. Außerdem sollte dem Antrag zufolge endlich Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal geschaffen werden, wenn sie derartige Patienten behandeln. *srd*

Positionen der Berliner Delegierten



„Die Diskussionen spielten sich auf einem hohen Niveau und mit großer Ernsthaftigkeit ab und waren gekennzeichnet von einem großen Ringen, ein gemeinsa-

mes politisches Statement auf den Weg zu bringen. Ich fand es schade, dass Hoppe das Thema Rationierung schon vor dem Ärztetag in die Öffentlichkeit gebracht hatte. Beim Thema Gesundheitskarte wurde deutlich, dass sich die Kritiker doch sehr unterscheiden. Auf der einen Seite die „Bilderstürmer“, auf der anderen die konstruktiv-kritischen Ärzte. Dass sich die Beschlusslage zum Vorjahr nicht geändert hat, war konsequent, da sich auch die Sachlage nicht geändert hat. Das Highlight war für mich der Vortrag von Andreas Kruse aus Heidelberg zur Demenz. Insgesamt war der Ärztetag harte Arbeit, aber es gab veritable Ergebnisse.“

Michael Janßen (Hausärzte im BDA)
Niedergelassener Allgemeinarzt in
Neukölln

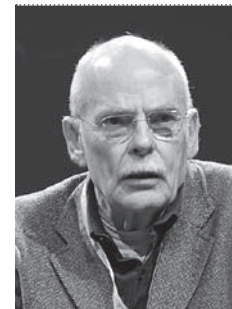


„Das ‚Ulmer Papier‘ bietet eine gute Grundlage für die weitere politische Arbeit. Durch die Vielzahl der Änderungen ist zwar eine Homogenität

nicht gewährleistet, aber ich denke, das ist tolerabel. Vielleicht hätten sich mehr Delegierte im Vorfeld einbringen müssen. Bei der Telematik hat man einen inhaltlich ausgewogenen Mittelweg gefunden. Die Haltung ist eher ablehnend, aber man hat sich eine Hintertür offen gelassen.

Wichtig ist für mich, dass man sich gegen eine zentrale Serverlösung ausgesprochen hat. Viel gelernt habe ich bei dieser Abstimmung über Verhandlungsführung. Das Thema Demenz ist derzeit eher ein Modethema, weshalb es wohl auch auf der Tagesordnung gelandet ist. Für mich war es der zweite Ärztetag, und ich bin froh, dabei gewesen zu sein.“

Dr. med. Kilian Tegethoff
(Marburger Bund) Anästhesiologe,
Vorsitzender des Gesamtpersonalrats
der Charité



„Ich finde das ‚Ulmer Papier‘ insgesamt in Ordnung. Wie aber auf dem Ärztetag mit dem Papier umgegangen wurde, war nicht in allen Bereichen

zweckdienlich. Man hätte viele der kleineren redaktionellen Bearbeitungen den

ANZEIGE

Verantwortlichen überlassen sollen. Bei der E-Card muss meiner Ansicht nach noch weiter in den Vordergrund gerückt werden, dass die Arzt-Patienten-Beziehung nicht belastet und beschädigt werden darf. Wir sollten auf kleinere Vorzüge durch die Karte verzichten, um dieses hohe Rechtsgut nicht zu gefährden. Patientendaten dürfen nicht in die falschen Händen geraten! Ein Lehrstück war für mich, wie eine anfangs eindeutige Meinungsentscheidung durch eine parlamentserfahrene Minderheit zurückgeholt und in der Folge aufgeweicht wurde. Beim „Arztbild der Zukunft“ war die Haltung der Ärzteschaft sehr geschlossen. Das ist sehr wichtig. Es kann nicht sein, dass aus Gründen der Ökonomie ärztliche Kompetenzen an Nicht-Ärzte übertragen werden. Eines der Highlights war der Vortrag zur Demenz von Andreas Kruse. Er hat allen das Problem sehr ins Bewusstsein gerückt. Insgesamt war der Ärztetag in diesem Jahr unerwartet friedfertig und harmonisch.“

Professor Dr. med. Harald Mau
(Liste Allianz)
Chefarzt der Kinderchirurgie an der
Charité



„Das ‚Ulmer Papier‘ ist ein wichtiger Kompromiss und eine Standortbestimmung gegenüber der Politik. Und besser einen Kompromiss,

der von einer breiten Mehrheit getragen wird, als die Teilmeinung einer Minderheit. Bei der Telematik zeigt sich, dass unter dem Sicherheitsaspekt noch viele Verbesserungen notwendig sind. Das ganze Projekt kann ohnehin nur funktionieren, wenn die Basis, sprich die Praxen, vollelektronisch geführt werden. Alles andere wäre Unfug. Dabei muss man sich aber im Klaren sein, dass solch eine Einführung viel Zeit und Geld kostet. Die Diskussion fand ich sehr trickreich, aber für ein einheitliches Votum akzeptabel. Beim ‚Arztbild der Zukunft‘ ist die ganze öffentliche Diskussion über die Ökonomie erklärbar.

Der Ärztetag hat gezeigt, dass das Einziehen einer weiteren Versorgungsebene nicht helfen wird, Kosten zu sparen, son-

dern vermutlich sogar Mehrkosten verursachen wird. Beeindruckt hat mich daneben der exzellente Vortrag von Andreas Kruse zur Demenz. Der Ärztetag war sicher nicht der dramatischste, den ich erlebt habe, aber er hat einige Markierungen gesetzt.“

Dr. med. Christian Handrock
(Liste Allianz)
Niedergelassener Gynäkologe in Spandau



„Das ‚Ulmer Papier‘ geht viele Kompromisse ein, damit eine Einigkeit der Ärzteschaft demonstriert werden konnte. Es leidet an unpräzisen Aussa-

gen, zeigt aber unter schwierigen Rahmenbedingungen den Zusammenhalt der Ärzteschaft. Bei der Diskussion um die E-Card war ich froh, dass die Ärzte nicht den bequemen Weg der Vorstandsüberweisung gegangen sind – genauso wie beim ‚Ulmer Papier‘. Sonst hätte ich mich gefragt, was ich auf dem Ärztetag überhaupt mache. Bei knappen Mehrheiten kann es auch zweite Lesungen geben, denn man muss sich die Zeit für Diskussionen nehmen. Bei der E-Card darf man die Missbrauchsmöglichkeiten nicht unterschätzen. Die Ärzteschaft muss sich schützend vor die Patienten stellen. Ich denke, man hat einen Konsens gefunden, der eine breite Mehrheit widerspiegelt. In der Diskussion um das ‚Arztbild der Zukunft‘ finde ich die Ärzteschaft doch sehr strukturkonservativ. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Pflege kann sicherlich noch verbessert werden, ohne eine neue Versorgungsebene einzuziehen. Besonders gefreut hat mich, dass mein Antrag zur Abschaffung der Praxisgebühr in die Beschlussfassung eingegangen ist. Insgesamt war es ein Ärztetag, der sehr um Konsens bemüht war.“

Dr. med. Eva Müller-Dannecker
(Fraktion Gesundheit), Anästhesistin
Abteilungsleiterin Prozessmanagement
bei Vivantes

ANZEIGE

Erster Kammertag

Erfolgreicher Austausch zwischen Haupt- und Ehrenamt

Warum gibt es Ärztekammern, was müssen sie heute leisten und wie können sie ihre Arbeit so ausrichten, dass ihre Ergebnisse den Mitgliedern nützen und sie beruflich unterstützen? Um nicht weniger als diesen großen Themenblock ging es auf dem ersten Kammertag am 6. Juni 2008 im Hause der Ärztekammer Berlin, den der Kammervorstand ins Leben gerufen hatte. Es war ein Tag des Austauschs und der Selbstreflexion zwischen den rund 230 ehrenamtlich für die Kammer tätigen Gremienmitgliedern und den rund 90 Mitarbeitern des Hauses. Im Rahmen des Kammertages wurde zum zweiten Mal die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille verliehen. Diesjähriger Preisträger ist der Radiologe Professor Werner Schlungbaum.

Von Sybille Golkowski



Drei Mitglieder der Widerspruchsstelle: Dr. Brunhilde Kleibeler, Dr. Jörg Mager und Dr. Norbert Jacob (v.l.n.r.)

Geschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen griff weit in die Geschichte zurück, um noch einmal daran zu erinnern, auf welchen Überlegungen die Gründung von Ärztekammern eigentlich fußen. Kammern entstanden, um die Bevölkerung vor Kurfuschern, Quacksalbern und schlechter unprofessioneller Behandlung zu schützen. Es waren zwei Ärzte, Thomas Weise und Sebastian Menzel, die im Jahre 1661 auf den großen Kurfürsten zugegangen und darum

baten, er möge doch bitte eine Institution schaffen, die ordnend in das Wirken der vielen selbsternannten „Leistungserbringer“ auf Straßen und Plätzen des Landes eingreife. Aus den Nachfolgern des dann 1685 gegründeten „Collegium medicum“, faktisch einer Medizinalbehörde, wurden nach dem Zweiten Weltkrieg Körperschaften des Öffentlichen

Rechts, selbstverwaltet von Ärzten, denen der Gesetzgeber Teile seiner ordnenden und kontrollierenden Aufgaben



Prof. Dr. Michael Berliner, Kammergeschäftsführer Dr. Gerhard Andersen, Präsident Dr. Günther Jonitz und Elke Meseberg (Senatsverwaltung) tauschen sich aus (v.l.n.r.)



Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz und Preisträger Prof. Dr. Werner Schlungbaum (v.l.n.r.)

übertrag. Seitdem ist viel Wasser die Spree heruntergeflossen und selbstredend sehen sich Kammern heute nicht nur als Kontrollorgane, sondern gleichsam in Doppelfunktion auch als Wahrer ärztlicher Interessen bei deren Berufsausübung.



Kammer-„Urgesteine“: Preisträger Prof. Dr. Werner Schlungbaum und Dr. Maria Birnbaum

Regelungsdruck steigt

Nicht ohne Selbstkritik bemerkte man auf dem Berliner Kammertag, dass in der hehren Absicht, den „guten Arzt“ zu schaffen und seine Qualifikation wie sein Wirken durch Normen kontrollierbar zu machen, zuweilen des Guten zu viel getan werde. Zumal man letztlich den „guten Arzt“ wohl kaum an der Fülle seiner Fortbildungspunkte oder an der Zahl seiner Facharztbezeichnungen



Volles Foyer und angeregte Gespräche beim ersten Kammertag.

erkennen kann – das wissen auch die Ärztekammern. Das Problem sei jedoch, dass ärztliche Selbstverwaltung heute vom medizinischen Fortschritt, den Finanzproblemen der Kassen und nicht zuletzt vom Bedürfnis der Bevölkerung nach Orientierung und Sicherheit unter enormen Regelungsdruck gesetzt wird. Im Bereich Weiterbildung ist das spürbar wie nirgendwo sonst.

„Das Problem ist das ständig notwendige Anpassen an die medizinische Realität. Das ist eine ungeheuer dynamische Entwicklung!“, sagte Vorstandsmitglied Dr. med. Dietrich Bodenstein. Die Halbwertszeit einer Weiterbildungsordnung verkürzt sich in immer schnellerem Tempo. Seit ihrem Inkrafttreten ist die neue Weiterbildungsordnung von 2004 schon sieben Mal aktualisiert worden, der achte

Nachtrag zeichnet sich bereits ab, resümierten Abteilungsleiter Dr. med. Michael Peglau und seine Stellvertreterin Dr. med. Kerstin Hoeft. Die neue Weiterbildungsordnung führte zu einem sprunghaften Anstieg von Anträgen. Allein 2717 Anträge auf die Anerkennung von Bezeichnungen wurden im Jahr 2007 gestellt, Tendenz steigend. Und über 1000 Prüfungen zog die Ärztekammer Berlin mit ihren Aus-



Dr. Wolfgang Hauck, Dr. Norbert Panitz, Dr. Sükrü Güler und Dr. Brunhilde Kleibeler (v.l.n.r.)



Der Sportbeauftragte der Kammer, Dr. Folker Boldt (re.), im Gespräch.



Die Kinderchirurgen Prof. Dr. Harald Mau (li.) und Dr. Dittmar Kruska (Vorstand) sichtlich gut gelaunt.



Die Qualitätssicherung im Blick: Dr. Henning Thole, Dr. Henning Schaefer (Qualitätsbüro Berlin) und Dr. Ferdinand Hundt (v.l.n.r.)

schüssen im Jahr 2007 durch, das waren so viele wie nie zuvor in ihrer Geschichte.

Partialinteressen verstärken Normenflut

Ähnlich dynamisch entwickelt sich der Bereich Fortbildung. Das Zertifizierungsverfahren von Veranstaltungen und die Einrichtung von Punktekonto, mit denen die Ärzte im gesetzlichen Auftrag ihre Aktivitäten auf diesem Gebiet nachweisen müssen, haben zu einem enormen Bearbeitungsanstieg geführt. Rund eine halbe Million Fortbildungskontobuchun-

gen hat die Kammer seit 2001 vorgenommen, die Zahl der Zertifizierungsanträge stieg exorbitant. Etwa 1000 Veranstaltungen werden in der Hauptstadt Berlin monatlich zertifiziert und anhand formaler Kriterien auf ihre Industrieunabhängigkeit geprüft, zeigte Dr. med. Sabine Möddel, stellvertretende Leiterin der Abteilung Fortbildung, auf.

Regelungstiefe ganz anderer Art gibt es im Bereich Qualitätssicherung, in dem die Kammer über speziell dafür geschaffene und fortgebildete Gremien Fachgruppen-gespräche und innerärztliche Feedback-prozesse moderiert, wie Dr. med. Werner

Wyrwich und Angelika Mindel erläuterten. Auch die Abteilungen „Berufsrecht“ und „Berufsbildung“ gaben Einblick in ihre Arbeit. Auch hier zeigt sich, wie der Gesetzgeber zusätzliche Regelungsbedarfe an die Kammern heranträgt, deren Ausgestaltung Personal und Zeit binden. So zum Beispiel über den neuen Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“, bei der – nur ein Beispiel – statt einer 45-minütigen Gruppenprüfung nun eine 75-minütige Einzelprüfung zu organisieren ist. Immer wieder bringen einzelne Berufsgruppen ihre Partialinteressen über die Selbstverwaltung ein und sorgen dafür, Regelungstiefen und Arbeitsaufwand zu erhöhen.

Neben der Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille (siehe Kasten) und den Fachvorträgen aus den Ab-



Prof. Dr. Werner Schlungbaum (re.) erhält die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille und -nadel von Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (li.). In der Mitte Laudator Prof. Dr. Jürgen Hammerstein.

A
N
Z
E
I
G
E



Geschäftsführer Dr. Gerhard Andersen erläutert die Aufgaben der Kammer.

teilungen der Ärztekammer hatten die Teilnehmer des Kammertages im Anschluss reichlich Gelegenheit zum zwanglosen Austausch. Auch dies war Ziel des Kammertages: Abseits des Tagesgeschäftes in geselliger Atmosphäre den Dialog zwischen haupt- und ehrenamtlich tätigen Mitarbeitern der Kammer zu ermöglichen. Dabei kamen auch die kulinarischen Genüsse nicht zu kurz. Bei gutem Essen und einem Glas Wein wurden im Foyer der Kammer intensive Gespräche geführt.

Blieb am Ende das Fazit, dass die Arbeit einer Ärztekammer immer nur so gut ist, wie die Kommunikation zwischen den

oft in Abendsitzungen tagenden Gremien und den hauptamtlichen Mitarbeitern des Hauses. Nur an dieser Schnittstelle kann die Außenwirkung der Arbeit in ihren Effekten für die Mitglieder vernünftig bewertet und die interne Handhabbarkeit von Regelungen angemessen beurteilt werden.

Ob sich die Ansprüche an die Kammer in Zukunft noch verstärken, wird die Zeit zeigen. Immerhin bescheinigte ihr Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff in seinem Grußwort: „Wir haben in Berlin eine sehr kluge und streitbare Ärztekammer mit Lust an der Debatte.“

Werner Schlungbaum mit Georg-Klemperer-Medaille ausgezeichnet

Für sein großes Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung wurde Professor Dr. med. Werner Schlungbaum (91) auf dem Kammertag mit der Georg-Klemperer-Medaille und -Ehrennadel der Ärztekammer Berlin ausgezeichnet. Verliehen wird die Ehrung an Ärztinnen und Ärzte, die sich in besonderem Maße um die Berliner Ärzteschaft und das Gesundheitswesen der Hauptstadt verdient gemacht haben. Positive und förderungswürdige ärztliche Eigenschaften wie Zivilcourage, wissenschaftlicher Weitblick und Aufgeschlossenheit für neue Ideen, aber auch soziales Engagement sollen damit gewürdigt werden.

Der am 22. Mai 1917 in Berlin geborene Werner Schlungbaum war während seines aktiven Berufslebens langjähriger Chefarzt der Radiologie und Ärztlicher Leiter am Krankenhaus Spandau. Mehr als ein Vierteljahrhundert war er einer der engagiertesten Köpfe der ärztlichen Selbstverwaltung in Berlin. Von 1975 bis 1999 war er Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Und von 1984 bis 1987 wirkte er als Vizepräsident an der Seite von Dr. med. Peter Krein. In diese Zeit

fällt auch die Gründung der Ethik-Kommission und des Ausschusses Qualitätssicherung. Als Beauftragter für Strahlenschutz der Ärztekammer Berlin (1988 bis 2003) und seit 1970 bereits als Vorsitzender des Strahlenschutz Ausschusses war er maßgeblich in die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Kammer auf diesem Gebiet eingebunden.

Eine wichtige Rolle spielt der Radiologe, Nuklearmediziner und Internist auch als Kuratoriumsmitglied der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für ärztliche Fortbildung. Deren bekanntes „Symposium für Juristen und Ärzte“ hat Schlungbaum maßgeblich entwickelt und über Jahrzehnte inhaltlich gestaltet. Für seinen uneitlen Pragmatismus, seine heitere Wesensart, seinen präzisen und effizienten Arbeitsstil und die Fähigkeit zum Blick über den Tellerrand wird Schlungbaum von vielen Kollegen und Weggefährten hoch geschätzt, wie Laudator Professor Dr. med. Jürgen Hammerstein hervorhob.

„Ich hatte ein glückliches Leben und war immer gern Arzt“ sagte der noch in hohem Alter blendend aussehende



Foto: Rudat

und vitale Schlungbaum in seiner Dankesrede. Mit Sorge betrachte er jedoch die Veränderungen im Arztberuf, die Kollegen mehr und mehr daran hinderten, sich vor allem als Helfer und Heiler zu verstehen.

Die Georg-Klemperer-Medaille wird von der Ärztekammer Berlin in diesem Jahr zum zweiten Mal vergeben. Namensgeber der Auszeichnung ist der Berliner Internist Professor Georg Klemperer (1865 – 1946). Der Sohn eines Rabbiners etablierte im Krankenhaus Moabit eine ebenso menschliche wie wissenschaftlich fundierte Medizin. 1935 musste Klemperer vor den Nazis in die USA fliehen.

sygo

Berlins erste akademische Krankenschwestern



Der erste Jahrgang des „Bachelor of Nursing“ an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. Am 11. Juli werden sie fertig.

Am 11. Juli 2008 verlassen die ersten 23 Absolventen (21 Frauen und 2 Männer) des Studiengangs „Bachelor of Nursing“ die Evangelische Fachhochschule Berlin. Der vierjährige Studiengang ist Pflegeausbildung und Fachhochschulstudium in einem und damit der erste duale Vollstudiengang seiner Art in Deutschland.

Jeweils geblockt absolvierten die Studierenden eine ganz normale praktische Pflegeausbildung an ihrem ausbildenden Krankenhaus. Für die Theorie büffelten sie pro Semester jeweils etwa zwölf Wochen am Stück in Hörsaal und Bibliothek der Evangelischen Fachhochschule Berlin.

Abgestimmt mit den kooperierenden Krankenpflegeschoolen der an dem Ausbildungsgang beteiligten Kliniken standen dabei neben Klassikern wie „Klinische Praxis der Pflege“, „Krankheitslehre“, „Kommunikation und Interaktion“ auch „Wissenschaftliches Arbeiten“ und „Angewandte Pflegeforschung“ auf dem

Lehrplan. Nach drei Jahren legten die Absolventen ihre staatliche Gesundheits- und Krankenpflegeprüfung ab und konnten im vierten Jahr, während sie ihre Abschlussarbeit an der Evangelischen Fachhochschule schrieben, schon gleichzeitig in den Job einsteigen.

Der neue Studiengang wird inzwischen bundesweit an sieben weiteren Fachhochschulen angeboten. Damit sollen jedoch weder Dokumentationsassistenten noch Gemeindeschwestern britischen Typs ausgebildet werden. Denn

Ziel sei es nicht, ärztliche Arbeiten zu übernehmen, sondern Entscheidungen und Arbeitsabläufe der Pflege zu professionalisieren und an neueste Forschung anzukoppeln. Das betonten die Verantwortlichen des Studiengangs auf Rückfrage von BERLINER ÄRZTE ausdrücklich. „Es handelt sich bei unseren Absolventen um Gesundheits- und Krankenpfleger, die jedoch zu Pflegethemen auch wissenschaftlich arbeiten können, was bis zur Durchführung kleinerer Forschungsprojekte gehen kann. Damit machen sie eine qualifizierte und evidenzbasierte Pflege möglich, die aktuelle Forschung zur Kenntnis nimmt und sinnvoll in den Pflegeprozess einbezieht“, so Professor Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust von der Evangelischen Fachhochschule Berlin.

Typische Themenfelder dafür seien zum Beispiel die Dekubitusprophylaxe, die Verhinderung von Pneumonien nach Bauch-OPs oder das Validieren von Schmerzen bei nicht äußerungsfähigen Patienten anhand standardisierter Indikatoren. Mit der Einführung von Standards oder Behandlungspfaden und einem professionellen Entlassungsmanagement – auch hier sind die Absolventen fit – lässt sich ärztliche Arbeit sinnvoll und reibungslos unterstützen.

Ausbildende Krankenhäuser und damit Kooperationspartner für den Bachelor of Nursing sind in Berlin unter anderem die Charité, das St. Joseph-Krankenhaus, das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau und das Krankenhaus Elisabeth Herzberge. Mehr Informationen unter www.bachelor-nursing.de/bn/

sygo

ANZEIGE

Die Seele im Backenzahn

Wilhelm Busch, Erfinder der Katastrophen-Comics, starb 1908, mit 76. Nicht erst jetzt im Wilhelm-Busch-Jahr ist uns bewusst, dass an dem virtuosen Zeichner und kohlrabenschwarzen Humoristen mehr dran ist, als kleine Max-und-Moritz-Leser ahnen. Sogar der große Psychosomatiker Thure von Uexküll zitierte ihn, wenn auch nicht ganz korrekt, in dem zusammen mit Wolfgang Wesiack verfassten tiefgründigen und viel zu wenig gelesenen Werk „Theorie der Humanmedizin – Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“. Im 6. Kapitel (über das Leib-Seele-Problem) heißt es:

„Am intensivsten und unmittelbarsten erleben wir Körper-*sein* und Körper-*haben* als Schmerz. Wenn der Schmerz intensiv genug ist, verschwindet die Umwelt. Dann erlebt unser Körper nur noch sich selbst. Wilhelm Busch hat das eindrucksvoll für den Zahnschmerz beschrieben:

„DIE SCHÖNHEIT DIESER WELT VERSCHWINDET UND NUR DER SCHMERZ ZIEHT, BOHRT UND MÜNDET IN EINEN EINZIGEN KNOTENPUNKT.“

Bei Busch steht „in diesen einen Knotenpunkt“, und er schildert hier auch nicht den Zahnschmerz. Vielmehr hat „Fipps der Affe“ das Ohr eines Friseur-Kunden mit der Schere und dann auch noch mit der glühenden Kräuselzange malträtiert.

Den alles beherrschenden Schmerz macht Busch sinnfällig, indem er das rauchende Ohr samt Zange im schmerzausstrahlenden Knotenpunkt noch einmal isoliert und vergrößert darstellt.

Dass man besonders bei Schmerzen im Kopfbereich das Gefühl hat, nur noch „aus diesem einen Knotenpunkt“ zu bestehen, hat fast jeder schon erfahren müssen, am häufigsten beim Zahnschmerz. An den hatte v. Uexküll gedacht, als er damals, auch bei Vortragsbesuchen in Berlin, jeden nach der genauen Quelle der Busch-Zeilen fragte – offenbar vergeblich, so dass er sie aus dem Gedächtnis zitierte. Nun hat Busch aber auch den Zahnschmerz in Wort und Bild behandelt. Im 8. Kapitel von „Balduin Bähllamm“ zum Beispiel heißt es:

„... DASS SICH DABEI DIE LEBENSKRAFT, DIE MAN NACH AUSSEN OFT VERSCHWENDET, AUF EINEN PUNKT NACH INNEN WENDET...“

Die ganze Weltgeschichte und „jede Form gewohnten Seins“ wird „wesenlos und nichtig“:

„DENN EINZIG IN DER ENGEN HÖHLE DES BACKENZAHNES WEILT DIE SEELE.“

Auch hier also „erlebt der Körper nur noch sich selbst“, um noch mal Uexküll zu zitieren. Er ist übrigens in Buschs

Sterbejahr geboren, wäre also jetzt hundert. Er starb mit 96, und zum Neunzigsten widmete ihm BERLINER ÄRZTE eine kleine Festschrift, integriert in Heft 3/1998.

Wilhelm Busch, der hintergründige Humorist, hatte selbst Schmerzerfahrungen. Das kurze Gedicht „Ich saß vergnüglich bei dem Wein...“ (aus „Kritik des Herzens“) schildert einen plötzlichen Gichtanfall. Es endet mit der neuen Erkenntnis, die er daraus gewann: „Der Schmerz ist Herr und Sklav ist die Lust.“

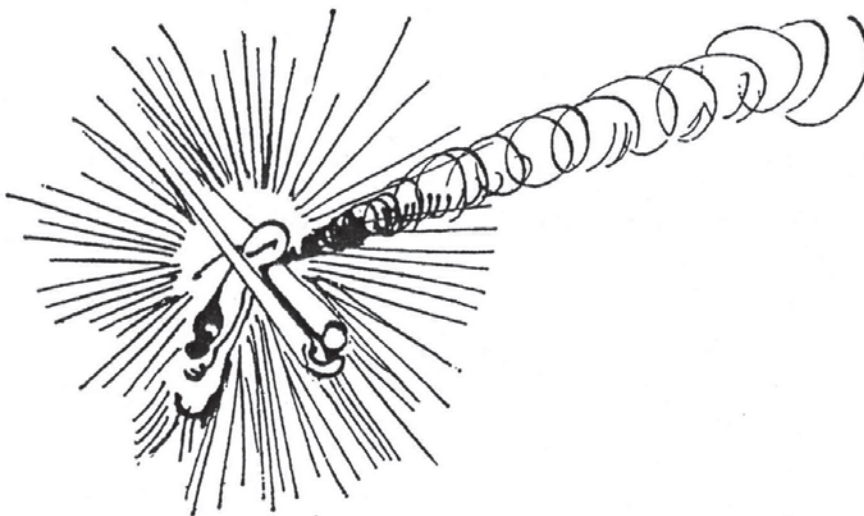
Wegen seines chronischen Magenleidens macht Busch 1882 eine „Bäderkur“, wohnt dazu bei seinem Bruder in Wolfenbüttel und schreibt von dort einen Brief: „Mit meinen Pullen und Pillen komm ich mir oft recht absonderlich vor. Hab aber wieder Appetit. Nur Schlaf und die Heiterkeit, welche mein Handwerkzeug ist, hab ich noch nicht recht wieder.“

Schon 1875, in „Abenteuer eines Junggesellen“, hat er sich über Tobias Knopps wenig nachhaltige Kur lustig gemacht („Draußen, wo die Blumen sprießen/ Karrebader Salz genießen...“) Und, o Wunder, der bitterböse Satiriker hat Mitleid mit den Ärzten! Eine Fundsache aus „Schein und Sein“, den nachgelassenen Gedichten:

IM SOMMER
IN SONNENBÄDER
REIST JETZT EIN JEDER
UND LEBT FAMOS.
DER ARME DOKTER,
ZU HAUSE HOCKT ER
PATIENTENLOS.

VON WINTERSZENEN,
VON SCHRECKLICH SCHÖNEN,
TRÄUMT SEIN GEMÜT,
WENN, DANK IHR GÖTTER,
BEI HUNDEWETTER
SEIN WEIZEN BLÜHT.

Rosemarie Stein



BERLINER ÄRZTE

7/2008 45. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, 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-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig

Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: 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 € 64,50 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 43,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,40 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 01.01.2008.

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

ISSN: 0939-5784