

Rebellen gegen die Pharma-industrie



Thomas Lindner
*Niedergelassener Nephrologe
in Hennigsdorf und
MEZIS-Vorstandsmitglied*

Professionelle Werbung verzichtet meist auf Unwahrheiten, sie arbeitet eher mit übertriebenem Betonen von Vorteilen und dem Vernachlässigen von Nachteilen. Hotels fotografiert man für den Urlaubskatalog so, dass die nahe gelegene befahrene Straße nicht erkennbar ist, dafür der entfernt liegende Strand heran gezoomt wird, ähnlich der Werbung im Bereich der Medikamente: Vorteile übermäßig betonen, Nachteile klein reden. Hier resultiert aber nicht der verkorkste Urlaub, sondern Diagnostik und Therapie minderen Standards, mit möglichem Schaden für den Patienten.

Die Pharmareferentinnen und -referenten sind ein effektives (und teures) Marketinginstrument der pharmazeutischen Industrie. Meist uneingeladen tauchen die „Besucher“ in Klinik und Praxis auf, um für ihre Produkte zu werben. Sie nennen diesen Vorgang „Informieren“ und die meisten von uns Ärzten sehen das – irrtümlich – auch so. Der Kontakt „Pharmareferent – Arzt“ umfasst neben dieser „Information“ auch Gespräche über Gesundheitspolitik, Angebote für Fortbildung (-sreisen), Patientenschulung u.ä.

Die Lehrbücher für Pharmareferenten fordern geradezu diesen Ausbau der Beziehung. „Gerade weil die Produktwirkung vieler Medikamente heute ähnlich ist, muss ein Zusatznutzen durch Dienstleistung und Services ... generiert

werden. Imagepolitik ist immer wichtiger...“, so A. Romas von TNS (Werbeagentur der Pharma-Industrie).

Die Technik der effektiven Beeinflussung von Ärzten wird in US-amerikanischen Lehrbüchern für die Pharmareferenten pfiffig dargestellt; die entsprechenden deutschen Lehrbücher kommen eher bieder daher. Das Ziel bleibt dasselbe: Das neue Medikament soll oft aufs Rezept, dabei ist es in der Regel weniger erforscht und teurer als der Standard.

Die Lehrbücher widmen sich auch dem Umgang mit Ärzten, die es der Industrie schwer machen: „no-see-doctors“, die keine Pharmareferenten empfangen. Neuerdings werden pharmakritische Ärzte in der Marketingliteratur als „Rebellen“ bezeichnet: Die ärztlichen „Rebellen“ machen zum Beispiel Mundpropaganda gegen die Industrie. Diese Fraktion vergrößert sich weltweit – schreibt TNS. Orte hoher „Rebellen-Dichte“ sind Frankreich und Großbritannien – deutsche Ärzte liegen im europäischen Mittelfeld – mit steigender Tendenz. TNS beschreibt „Apostles“ (Vorkämpfer), die zufrieden mit der Industrie sind und dies auch öffentlich bekunden.

„Hostages“ (Geiseln) kritisieren dagegen die Pharma-Branche, meinen aber, sich deren Einfluss nicht entziehen zu können. Bleiben noch die „Mercenaries“ (Söldner), deren Markenloyalität gering ist. Frage sich jede/r von uns: Zu welcher

Zielgruppe des Pharma-Marketings gehöre ich?

Die 2007 gegründete Ärzteinitiative MEZIS (Mein Essen Zahl Ich Selbst) will die ärztliche Kritik an der unerwünschten Einflussnahme der Pharma-Industrie bündeln. Inzwischen gehören circa 120 deutsche Ärztinnen und Ärzte dazu. Von ihnen wird nicht nur das Werbeinstrument „Einladung zum Essen“ zurückgewiesen. MEZIS (www.mezis.de) ist Teil der weltweiten no-free-lunch-Bewegung, mit Sektionen in den USA, Italien, Großbritannien, Spanien u.a.

Die ureigenste ärztliche Arbeit, das Verordnen von Medikamenten, sollten wir der Einflussnahme der Industrie entziehen (früher hießen die Pharmareferenten noch „Pharmaberater“, dabei finden sich nur in ganz seltenen Fällen Klinische Pharmakologen unter ihnen). Wenn wir es nicht selbst schaffen, Industrie-Unabhängigkeit beim Verordnen zu erreichen, dann werden Berufsfremde (Patienten, Medien, Kostenträger, Politik usw.) dies einfordern. Das dürfte nicht zu unserem Vorteil sein, beschämend wäre es allemal.

Th. Lindner

Arzneimittel-Informationen – objektiv und nützlich

**Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.):
Arzneiverordnungs-Report 2008.
Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 2008.
1129 Seiten, 99 Abb., 44,95 Euro.**

Ist die Liste der Indikationen für ein Medikament allzu phantasievoll, dann spotten kritische Ärzte über „Indikationslyrik“. Jetzt heißt ein Präparat doch wahr und wahrhaftig „Lyrika“! Dessen Wirksubstanz Pregabalin (noch was gegen Angst, Epilepsie und neuropathischen Schmerz) gehört zu jenen neuen Mitteln, die oft teurer sind als die bewährten, aber selten nützlicher; wie laut Report zum Beispiel auch das Insulinanalogon Lantus oder di-

verse Psychopharmaka. Der Pharmakologe Ulrich Schwabe verweist auf den bei Ärzten und Patienten weit verbreiteten (Irr-)Glauben, dass alle neuen Arzneimittel besser und damit auch mehr wert seien, ein Glaube, den geschicktes Marketing stärke.

Das Beispiel „fehlender Zusatznutzen“, zeigt, dass auch der neueste Arzneiverordnungs-Report nicht nur den Markt detailliert beschreibt, sondern dem ärztlichen Leser auch wertvolle Informationen mit unmittelbarem Nutzen für den Rezeptblock bietet. Da wird zu- oder abgeraten, immer mit Begründung, wobei

ein besonderer Akzent auf den Einsparmöglichkeiten liegt. Die Ärzte haben sie in den letzten Jahren schon recht gut ausgeschöpft, erfährt man, etwa durch Verordnung von Generika, unter denen es aber auch große Preisunterschiede gibt. Und warum sind sie in Deutschland eigentlich viel teurer als anderswo?

Das Buch hilft Ärzten, marketingresistent und preisbewusst zu werden und den Nutzen von Medikamenten gegeneinander und gegen die Risiken abzuwägen. Wer außerdem das „Arzneimittelkursbuch“, die „Arzneiverordnungen“ (der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) und schließlich – auch als Tipp für die Gebildeten unter seinen Patienten – das „Handbuch Medikamente“ (der Stiftung Warentest) griffbereit hat, der ist mit unabhängigen Pharmakotherapiebüchern gut versorgt. R. St.

TITELTHEMA.....

**Frauen und Arzneitherapie** – Der „kleine“ Unterschied: vernachlässigt –

Lange Zeit wurden die Unterschiede zwischen Mann und Frau bei der Arzneitherapie kaum berücksichtigt. Doch das ändert sich zunehmend.

Von Rosemarie Stein.....14

Warum gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln?

Von Petra A. Thürmann.....17

Geschlechterunterschiede in der kardiovaskulären Pharmakotherapie

Von Vera Regitz-Zagrosek und Carola Schubert.....20

MEINUNG.....

Rebellen gegen die Pharmaindustrie

Von Thomas Lindner.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6**Einführung der neuen T-Rezepte**

Informationen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Wie gut ist meine Weiterbildung?

Die bundesweite Evaluation der Weiterbildung ist jetzt gestartet.

Von Sascha Rudat..... 23

Delegierte stehen geschlossen hinter Evaluation der Weiterbildung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 18. Februar 2009..... 30

Bestandene Facharztprüfungen Januar/Februar 2009..... 33**Charité-Zeitzeugen gefragt**

Diskussion als Auftakt zum Jubiläumsjahr

Von Rosemarie Stein.....37

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**.....26**Fragen & Antworten zum Fortbildungszertifikat**

Informationen zum „Stichtag 30.06.2009“.....35

BUCHBESPRECHUNGEN.....

Arzneiverordnungs-Report 2008 Schwabe, Paffrath.....4

FEUILLETON.....

Der Arzt als Philosoph

Vor 40 Jahren starb der Psychiater Karl Jaspers.

Von Rosemarie Stein 39

Impressum..... 42

Ausstellung

„Vom Tatort ins Labor“

Fernsehserien zeichnen ein völlig falsches Bild von der Rechtsmedizin, „Tatort“ ausgenommen, findet Prof. Michael Tsokos, Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité sowie des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin. Seine Idee, den televisionären Sensationen eine realistische Darstellung entgegenzusetzen, griff das Berliner Medizinhistorische Museum auf. Sein Direktor Thomas Schnalke meint: „Jedes medizinische Thema ist grundsätzlich museal präsentabel.“ Und diese Präsentation der Folgen von Mord und Totschlag, Suizid und Unfall sowie des rechtsmedizinischen Anteils an deren Aufklärung gelang seiner Kuratorin Navena Widulin (die auch die Redaktion des schönen Katalogbuches hatte) so, dass der Besucher die recht harte (und nicht jugendfreie!) Schau von Präparaten, Asservaten, Grafiken und Fotos weniger schockiert als informiert verlassen dürfte. Erfreulich unspektakulär auch die Fotoreportage von Patrik Budenz, der die Arbeit der Rechtsmediziner zwei Jahre lang beobachten durfte. Eine einzige Inszenierung – Raubmord an Rentnerin in deren altmodisch-gemütlichem Wohnzimmer –

erlauben sich die Aussteller. So wird der Besucher, gleich zu Anfang in den ersten Teil hineingezogen, der die verschiedenen Stationen rechtsmedizinischer Arbeit zeigt: Tatort, Sektionssaal, Labor, Gericht. Der zweite Raum dokumentiert neun nicht natürliche Todesarten wie Verkehrsunfall, Vergiftung, Erhängen, Ertrinken, Ersticken... Was fehlt, sind Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch – auch ein Thema für Rechtsmediziner. Tsokos (dem eine aufsehenerregende Studie über Decubitus zu verdanken ist) schätzt, dass jedes zweite Tötungsdelikt – einschließlich der Körperverletzung mit Todesfolge – unentdeckt bleibt, vor allem bei Pflegedürftigen. Denn es finden in Deutschland viel zu wenige Sektionen statt. Wegen teilweise oberflächlicher und unsachgemäßer Leichenschau wird oft fälschlich ein natürlicher Tod bescheinigt. *R.St.*

Vom Tatort ins Labor – Rechtsmediziner decken auf.
Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, bis 13.9., 10-17 Uhr, Mi u. Sa bis 19 Uhr, Mo geschlossen. Begleitendes Vortragsprogramm.
Telefon: 030/450536156.
www.bmm.charite.de

Menschen mit geistiger Behinderung

Fachtagung zum Thema in Potsdam

Eine Fachtagung zum Thema „Bessere medizinische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung“ findet am 15. und 16. Mai in Potsdam statt. Sie wird organisiert von der Bundesvereinigung der Lebenshilfe zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Mit der Veranstaltung soll ein breites Publikum angesprochen werden – insbesondere Ärztinnen und Ärzte.

Weitere Informationen im Internet unter:
www.gesundheitfuersleben.de

Charité-Jubiläum 2010

Gesucht: Zeitzeugen und Sponsoren

Das Zeitzeugenprojekt der Charité (s. S. 37) hat im Jahr 2005 mit der Psychiatrie (Ausstellung und Interview-Publikation) begonnen, blieb aber nach einer zweiten Publikation zur Pathologie (von 2006) erst einmal stecken. Aus Geldmangel könnten die geplanten weiteren Bände mit Zeitzeugenberichten aus Klinik und Instituten nicht erarbeitet werden, klagen die Medizinhistoriker. Aber für die Ausstellung im Abgeordnetenhaus über die Charité-Geschichte 1945 bis 1992 suchen sie jetzt aktive Unterstützung durch persönliche Berichte, Interviews, Objekte, Dokumente und Fotos.

(Bitte melden bei Rainer.Herrn@charite.de oder Laura.Hottenrott@gmx.de – oder telefonisch im Institut für Medizingeschichte: 030/83 00 92 40).



ANZEIGE

Frauenanteil an Berlins Ärzten klettert auf 50 %

Die Frauen ziehen im Arztberuf mit den Männern gleich. So liegt der Frauenanteil bei Berlins Ärztinnen und Ärzten derzeit bei 50 %, Tendenz steigend. Das zeigt die Mitgliederstatistik der Ärztekammer Berlin, die aus Anlass des Internationalen Frauentages am 8. März in Bezug auf diesen Punkt genauer analysiert wurde. Ein Blick auf eine Auswahl von Fachgebieten zeigt jedoch, dass das Gleichziehen der Frauen bei- leibe noch nicht in allen Fächern erreicht ist. Schlusslicht bei diesem Thema ist die Chirurgie mit einem Frauenanteil von gerade einmal 21 %. Auf der anderen Seite der Skala liegen die Kinder- und Jugendmedizin mit einem Frauenanteil von 63 %, die Allgemeinmedizin und die Augenheilkunde mit jeweils 61 % sowie die Gynäkologie mit 56 % (bei den Berufstätigen sind es hier sogar 64 %).

Frauenanteil in Führungsposi- tionen und bei Niedergelassenen

So gut die Frauen im Arztberuf bereits vertreten sind, ist ihr Anteil in den höheren Hierarchie- ebenen der Kliniken nach wie vor

vergleichsweise niedrig. Von den in der Statistik der Kammer regis- trierten 454 Chefärzten Berlins sind gerade einmal 57 weiblich (12,5 %). Bei den 1.217 Oberärzten der Stadt liegt der Frauenanteil mit 314 immerhin bei 25 %. Anders sieht die Sache bei Frei- beruflichkeit aus. Von den 6.079 in eigener Praxis niedergelasse- nen Ärzten Berlins sind 2.980 und damit 49 % weiblich.

Frauenanteil in den Gremien der Ärztekammer Berlin

Angesichts solcher Zahlen nimmt sich der Frauenanteil in den ehrenamtlich arbeitenden Gremien der Ärztekammer Berlin sehr niedrig aus; er liegt zwi- schen 21 und 27 %. Von den ins- gesamt 374 in den verschiedenen Gremien der Kammer zu verge- benden ehrenamtlichen Positi- onen sind insgesamt 83 (22 %) mit Frauen besetzt. In den beiden Spitzengremien „Vorstand“ und „Delegiertenversammlung“ sieht der Frauenanteil ähnlich aus. Von 11 Vorstandsmitgliedern sind 3 weiblich (27 %). Und in der 46-köpfigen Delegiertenver- sammlung sitzen 11 Frauen (23 %).



Foto: Yuri Arcurs - Fotolia.com

„Die geringe Beteiligung von Frauen in den Gremien der beruf- lichen Selbstverwaltung bedau- ern wir seit langem“ so Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin. „Wir kön- nen nur hoffen, dass Frauen den Reiz und die Bedeutung berufs- politischer Gestaltungsmöglich-

keiten in Zukunft besser wahr- nehmen. Sicherlich ist aber die zusätzlich zu Beruf und Familie bestehende Zeitbelastung in den Abendstunden für viele Frauen im mittleren Lebensalter ein Hindernis, sich in unseren Gremien zu engagieren“, so Willes Analyse. *sygo*

ANZEIGE

Quelle: Ärztekammer Berlin, Stichtag 31.12.2008

Fachgebiete	Gesamt	Frauen	in %	Berufstätig	Frauen	in %
Alle	26.663	13.373	50 %	17.393	8.354	48 %
Allgemeinmedizin	2.412	1.469	61 %	1.592	941	59 %
Anästhesiologie	1246	646	51 %	916	443	48 %
Augenheilkunde	550	337	61 %	360	215	59 %
Chirurgie	2.029	420	21 %	1.472	291	20 %
Gynäkologie	1.215	687	56 %	830	538	64 %
HNO	517	225	43 %	332	154	46 %
Dermatologie	456	261	57 %	300	162	54 %
Innere Medizin	2.838	1.287	45 %	1.810	775	43 %
Kinder- u. Jugendm.	1.134	724	63 %	696	419	60 %
Nervenheilkunde	651	310	47 %	341	161	47 %
Neurologie	237	97	40 %	210	81	38 %
Pathologie	193	70	36 %	114	45	39 %
Pharmakologie	95	23	24 %	55	19	34 %
Psychiatrie u. Psychotherapie	536	274	51 %	451	228	51 %
Radiologie	671	265	39 %	425	168	39 %

Forscher ohne Skrupel

Den Fall des anerkannten Anatomen und Fortpflanzungsforschers Hermann Stieve, der sich aber ohne jeden Skrupel aus Plötzensee die frischen Leichen der von den Nazis ermordeten jungen Widerstandskämpferinnen beschaffte („einen Werkstoff, wie ihn kein anderes Institut der Welt besitzt“), haben Andreas Winkelmann und Udo Schagen sehr akribisch untersucht und ohne Schwarz-Weiß-Malerei mehrfach dargestellt; jetzt auch im Fachblatt *Clinical Anatomy* 22: 163-171 (2009). Bemerkenswert ist das Editorial (S. 161/62) hierzu, um das der Herausgeber die Rabinerin Michelle Werner (Mayo Clinic Rochester) und den jüdischen Ethiker Jonathan Cohen (Univ. of Cincinnati) gebeten hat.



Sie repetieren zunächst: Stieve war kein Pseudo-Wissenschaftler und kein aktiver Nazi, er hat nicht an lebenden Opfern experimentiert und seinen „Forschungswerkstoff“ nicht getötet. Aber – so ihre Beurteilung – er profitierte von allem, was das Regime zu bieten hatte, einschließlich der Leichen exekutierter politischer Gegner. Nicht wissenschaftlich, aber menschlich und moralisch hat er versagt, weil er die Umstände nicht hinterfragte, die seine Forschungen begünstigten. Die Kommentatoren wollen aus dem Fallbeispiel Stieve Konsequenzen ziehen: Ärzte und Wissenschaftler sollten dazu herangebildet werden, unabhängig und kritisch zu denken, auf ihr Gewissen zu hören und die Würde jedes Menschen auch im Tode respektieren. R.St.

ANZEIGEN

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Professor Dr. Peter Althaus, Chefarzt der Abteilung für Urologie, übergab seine Chefarztfunktion an den langjährigen Oberarzt der Abteilung Dr. Michael Hahn. Prof. Dr. Althaus wird auch weiterhin am KEH als Urologe tätig sein.

Dr. Hans-Christian Koennecke, Chefarzt der Abteilung für Neurologie hat das Krankenhaus verlassen. Oberarzt Dr. Andreas Kauert hat die Abteilungsleitung seit Februar kommissarisch übernommen.

Vivantes Klinikum Am Urban PD Dr. Hans-Christian

Koennecke ist seit Februar neuer Chefarzt der Kliniken für Neurologie am Vivantes Klinikum Am Urban sowie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Zuvor war Koennecke acht Jahre Chefarzt der Neurologischen Abteilung am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Er ist Nachfolger des zuvor kommissarisch tätigen Chefarztes Dr. Horst Böhme (Am Urban) und von Dr. Michael Klein (Klinikum im Friedrichshain).

Vivantes Klinikum Neukölln Seit Januar ist Prof. Dr.

Thomas Albrecht neuer Chefarzt des Instituts für Radiologie und Interventionelle Therapie. Zuvor war er leitender Oberarzt in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin der Charité, Campus Benjamin Franklin. Prof. Dr. Albrecht ist Nachfolger von Prof. Dr. Michael Reuter, der das Unternehmen verlassen hat.

Bereits seit Dezember ist Dr. Alexander Bock Chefarzt des neu gegründeten Instituts für klinische und interventionelle Neuroradiologie. Bock war zuvor Leiter der Abteilung für Neuroradiologie am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg.

Vivantes Humboldt-Klinikum Prof. Dr. Bettina

Schmitz, ehemals tätig an der Charité, ist neue Chefärztin der Klinik für Neurologie sowie des neuen Zentrums für Epilepsi-Patienten, das mit zunächst vier Betten an die Klinik für Neurologie angegliedert ist. Ihr Vorgänger, Dr. Friedrich Paul, wurde in den Ruhestand verabschiedet.

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

Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199

E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

1. interdisziplinäres Symposium zum Mammakarzinom in Litauen

Das 1. Baltisch-Deutsche Symposium für interdisziplinäre Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms findet vom 25. bis 28. September in Kaunas (Litauen) statt. Die Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft lädt dazu Chirurgen, Gynäkologen, Psychologen, Radiologen und Pathologen herzlich ein. Professor Dr. med. Wolfgang Busch, verantwortlich für den Inhalt des Symposiums, erklärte, dass man mit der Veranstaltung die Kolleginnen und Kollegen in den baltischen Staaten unterstützen wolle. Im Krankenhaus-Sektor habe es dort in jüngster Zeit

extreme Gehaltskürzungen gegeben. „Wir wollen Mut machen“, betonte Dr. med. Hans-Herbert Wegener, 1. Vorsitzender der Gesellschaft. Im Bereich Mammakarzinom sei jeder der drei baltischen Staaten zu klein, um das komplette Spektrum abzudecken. Deshalb seien enge Verbindungen notwendig. Die Kongress-Sprache wird Deutsch sein, es gibt eine Simultanübersetzung in Russisch. Im Anschluss an das Symposium gibt es noch ein mehrtägiges Kulturprogramm mit Besuch der Kurischen Nehrung. Anmeldeschluss ist der 31. Mai 2009.



Hans-Herbert Wegener (Mitte) und Wolfgang Busch (re.) im Gespräch mit BÄ-Redakteur Sascha Rudat

Weitere wichtige Veranstaltungen der Deutsch-Baltischen Ärztegesellschaft, die seit 1991 besteht, sind das 16. Baltisch-Deutsche Symposium für Pathologie vom 20. bis 24. Mai in Jurmala/Riga in Lettland und die 18. Mitgliederversammlung (Jahreshauptversammlung) vom 26. bis 30. August in Berlin.

Weitere Informationen sowie Anmeldung unter: www.deutsch-baltische-aerzte.de
Deutsch-Baltische-Ärztegesellschaft e.V.
Angerburger Allee 17, 14055 Berlin
Tel./Fax: 030/30 20 74 95
(Di. und Do. 8.00 - 12.00 Uhr)
E-Mail: deutsch-baltische.aerzte@web.de

ANZEIGE

*Botulinumtoxin A***Systemische UAW**

Sowohl die australische als auch die kanadische Arzneimittelüberwachungsbehörde weisen darauf hin, dass Botulinumtoxin Typ A (Botox®, Dysport®) nur in zugelassenen Indikationen, in der empfohlenen Dosis und unter Kenntnis der anatomischen Strukturen und Injektionstechniken angewandt werden soll. Ursächlich für diese Empfehlungen waren eine Vielzahl meist nur zeitlich befristeter systemischer unerwünschter Wirkungen (UAW) wie Allergien, Doppeltsehen und Muskelschwäche (je nach Anwendungsgebiet unterschiedlich). Es traten jedoch auch Einzelfälle systemischer UAW auf, die lebensbedrohlich waren (Asthenie, Dyspnoe, Dystonie, Aspirationspneumonie). 5 Berichte wie z.B. ein aufgetretener Botulismus betrafen Todesfälle. Bis auf einen Fall (Behandlung von Gesichtsfalten) traten die UAW bei medizinischen Indikationen auf,

zum Teil jedoch unter einem Off-Label-Use.

Hinweis: Die unterschiedliche Herstellung Botulinumtoxin-haltiger Fertigarzneimittel erlaubt keinen Austausch der Präparate auf der Basis der Einheiten. Bei einem Präparatewechsel muss die Dosis individuell neu eingestellt werden.

Quellen: Canad.Adv.Drug React. 2008; 18(4):1; Austr.Adv.Drug React. 2009; 28(1):1

*Masern-Impfung***Aufarbeitung einer Epidemie in NRW**

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat die 2006 in NRW aufgetretene Masern-Epidemie (mehr als 1750 Erkrankungen, 2 Todesfälle) aufgearbeitet und nach Gründen für den fehlenden Impfschutz der Kinder und Jugendlichen gesucht (bei 7 % der Kinder trat eine Pneumonie auf, bei 16 % eine Otitis media).

Insbesondere die nach Jahren auftretenden bekannten Spätfolgen (Panenzephalitis), die oft nicht der Ursache zugeschrieben werden, sind dabei nicht berücksichtigt.

Nach Befragung von 81 % der betroffenen Eltern ergab sich folgendes Bild:

36,4 % gaben an, dass sie die Impfung einfach vergessen hatten,

25 % lehnten Impfungen ab (zumeist aus Angst vor Nebenwirkungen),

16,8 % gaben an, dass der Haus- oder Kinderarzt von der Impfung abgeraten hat.

Nur bei einer geringen Anzahl von Kindern bestand eine echte Kontraindikation gegen eine Masernimpfung (nach Schätzungen nur 2 % der Kinder, bei denen von einer

Impfung abgeraten wurde). Der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte fordert einen Impfnachweis für alle Kinder in öffentlichen Kindergärten und Schulen. Aufgrund der Datenlage ist es jedoch vordringlich, dass die Meinungsbildner in Sachen Schutzimpfung selbst umdenken, aktiv auf „vergessliche“ Eltern zugehen und sie beraten. Gemeint sind auch medizinische Assistenzberufe wie Krankenschwestern, Arzthelferinnen und Hebammen. Schließlich geht es nicht nur um das Wohl des einzelnen Kindes, sondern auch um eine Begrenzung einer neu auftretenden Epidemie. Das Ziel der WHO, Europa bis 2010 von den Masern zu befreien, kann dabei helfen.

Quelle: Bull. WHO 2009; 87: 81-160, zitiert nach www.aerzteblatt.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 Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Neue T-Rezepte für thalidomid- und lenalidomidhaltige Arzneimittel

Für die Verschreibung von Arzneimitteln, welche die Wirkstoffe Thalidomid oder Lenalidomid enthalten, ist seit dem 8. Februar 2009 das neue T-Rezept verbindlich zu verwenden. Das thalidomidhaltige Fertigarzneimittel Thalidomide Pharmion® ist seit April 2008 und das lenalidomidhaltige Fertigarzneimittel Revlimid® seit Juni 2007 in der Europäischen Union zur Behandlung des multiplen Myeloms zugelassen.

Thalidomid wirkt beim Menschen hochgradig teratogen. Die durch das strukturverwandte Lenalidomid bei Affen verursachten Fehlbildungen lassen vermuten, dass der Wirkstoff Lenalidomid bei Menschen vergleichbare teratogene Wirkungen wie Thalidomid aufweist. Deshalb wurden die EU-Mitgliedsstaaten mit den Zulassungsentscheidungen der Europäischen Kommission zu Thalidomide Pharmion® und Revlimid® verpflichtet, die Einhaltung höchstmöglicher Sicherheitsvorkehrungen bei deren Anwendung zu gewährleisten. Wegen des jeweils stoffbezogenen Risikos erstrecken sich die besonderen Verschreibungs- und Abgabemodalitäten nicht nur auf die zentral zugelassenen thalidomid- und lenalidomidhaltigen Fertigarzneimittel, sondern auch auf entsprechende Rezepturarzneimittel.

In Deutschland wurde das Sicherheitskonzept u.a. mit Änderungen der Arzneimittelverschreibungsverordnung (vgl. § 3a AMVV) und der Apothekenbetriebsordnung (vgl. § 17 ApBetrO) umgesetzt, die am 8. Februar 2009 in Kraft getreten sind. Dazu gehört, dass Ärztinnen

und Ärzte für Verschreibungen von Arzneimitteln mit Thalidomid oder Lenalidomid ein nummeriertes, zweiteiliges Sonderrezept gem. § 3a Abs. 1 AMVV („T-Rezept“) verwenden müssen, das nur vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an die einzelne ärztliche Person gegen Nachweis der ärztlichen Approbation ausgegeben wird. Die ärztliche Person muss auf dem T-Rezept die Einhaltung der erforderlichen Sicherheits-

vorschriften bestätigen und angeben, ob die Behandlung innerhalb (in-label) oder außerhalb (off-label) der jeweils zugelassenen Anwendungsgebiete erfolgt. Die Neuregelungen nach § 3a AMVV zur Verschreibung von lenalidomid- und thalidomidhaltigen Arzneimitteln gelten sowohl für den ambulanten Bereich, als auch für den stationären Gebrauch in Krankenhäusern.

Zu Auswertungszwecken übermitteln die beliefernden Apotheken dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vierteljährlich die anonymisierten Durchschriften der T-Rezepte. Hierdurch erfasst das BfArM, ob diese Arzneimittel außerhalb der zugelassenen Indikationen verschrieben wurden und berichtet die entsprechenden Ergebnisse an die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA).

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt umfangreiche Informationen zur Anwendung thalidomid- und lenalidomidhaltiger Arzneimittel und zum T-Rezept im Internet unter www.bfarm.de zur Verfügung.



Die Ansprechpartner im BfArM sind per E-Mail unter t-rezepte@bfarm.de zu erreichen.

10. Jahrestagung des Netzwerks EbM

Das „Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin“ (DNEbM) ist der weltweit größte Zusammenschluss von Personen (überwiegend Ärzten) und Institutionen des Gesundheitswesens. Seit seiner Gründung 1998 hat es geholfen, die Medizin zu verändern. Darauf verwies nicht ohne Stolz der Marburger Allgemeinmedizin-Professor Norbert Donner-Banzhoff, Präsident der 10. Jahrestagung, zu der das Netzwerk nach Berlin geladen hatte. Auch die evidenzbasierte Medizin selbst hat sich offenbar gewandelt oder weiterentwickelt, wie dieser Kongress zeigte. Sie lässt sich heute nicht mehr – wie man dies anfangs versuchte – als „Kochbuchmedizin“ abtun und auf die Fahndung nach randomisierten kontrollierten Studien reduzieren. Von Anfang an ging es ihr darum, die jeweils am relativ besten fundierten Erkenntnisse mit der ärztlichen Erfahrung und den Präferenzen der Pati-

enten zu vereinen. Die Patientenorientierung wurde auf der Tagung besonders betont. Ein jetzt vorgestelltes Grundsatzpapier formuliert Prinzipien für eine „gute Praxis Gesundheitsinformationen“.

Nachdem es gelungen ist, das Konzept der Evidenzbasierten Medizin überall zu verbreiten, bemüht sich das Netzwerk nun verstärkt um seine Umsetzung, sagte sein Vorsitzender, der Köln-Wittener Chirurgie-Forscher Edmund A.M. Neugebauer. Hier aber steht diese neue Bewegung „unter Druck“ (dies das Motto des Kongresses) aus mehreren Richtungen: Die Industrie drängt laut Donner-Banzhoff „auf die rasche Marktabstabilisierung von Innovationen“ und die Patienten üben Druck auf den Arzt aus, um eine bestimmte Behandlung zu bekommen. Bei zunehmendem Kostendruck wird die evidenzbasierte Medizin sogar als Hebel der Rationierung miss-



Prof. Dr. Prof. Edmund A.M. Neugebauer, Vorstand des DNEbM, Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, Tagungspräsident des EbM-Kongresses 2009, Dr. Günther Jonitz, Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Dr. Gerd Antes und Prof. Dr. Johannes Köbberling. (v.l.n.re.)

verstanden. Dabei geht es doch nur darum nützliche und nutzlose Leistungen zu identifizieren (und die letzteren zugunsten der ersteren aufzugeben). Neugebauer betonte: „Einer möglichen Einschränkung des Zugangs zu medizinisch nützlichen Maßnahmen werden wir uns widersetzen.“

Im Rahmen der Jahrestagung verlieh Berlins Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz für die Bundesärztekammer zwei der höchsten Auszeichnungen der deutschen Ärzteschaft. Die Ernst-von-Berg-

mann-Plakette ging an die EbM-Pioniere Professor Dr. med. Heiner Raspe, Lübeck, und an Professor Dr. med. Johannes Köbberling, Wuppertal. Der Direktor des Deutschen Cochrane Centrums, der Dipl.-Mathematiker Dr. rer. nat. Gerd Antes, erhielt das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft. In seiner Laudatio verwies Jonitz auf die eminente Bedeutung der Arbeit der Preisträger für die Einführung und Etablierung der EbM in Deutschland.

www.ebm-netzwerk.de
www.ebm-kongress.de

Urteil

Fortbildungsveranstaltungen müssen engen Bezug zum Arztberuf haben

Die Inhalte einer Fortbildungsveranstaltung müssen in enger Verbindung zur ärztlichen Kernkompetenz stehen, wenn eine Zertifizierung durch die Ärztekammern erfolgen soll. Das geht aus einem Urteil des Verwaltungsgerichts Hamburg vom 21. Januar 2009 hervor (AZ 17 K 1915/08). Im verhandelten Fall hatte ein Fortbildungsveranstalter die Ärztekammer Hamburg verklagt, weil diese die Veranstaltung „Praxiswerbung: Wer nicht wirbt, der stirbt!“ nicht gemäß § 8 ihrer Fortbildungsordnung (FBO) anerkennen und zertifizieren wollte.

Die Hamburger Kammer argumentierte vielmehr, dass bei der Veranstaltung rein wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund stünden. Eine anerkennungsfähige Fortbildung diene letztlich aber immer dem Erhalt der fachlichen Kompetenz des Arztes und damit der Qualitätssicherung seiner ärztlichen Tätigkeit. Sie dürfe sich nicht nur auf Themen beziehen, die sich nur generell mit Fragestellungen für Freiberufler befassen. Die besagte Veranstaltung würde zwar im Interesse der Ärzte liegen, so die Kammer, ihr fehle jedoch ein ausreichender

Bezug zu einer spezifischen ärztlichen Tätigkeit. Dieser Argumentation folgte das Gericht. Der klagende Veranstalter führte darüber hinaus noch aus, dass die Kammer bereits im Jahr 2007 eine seiner Veranstaltungen mit dem Titel „Marken, Märkte, Medizin – der Wettbewerb im Gesundheitswesen“ anerkannt hatte. Das Gericht beurteilte den Inhalt dieser Veranstaltung aber anders, da es um Änderungen im Vertragsarztwesen und deren Bedeutung im Bereich der Patientenversorgung

gegangen sei. Dies sei im verhandelten Fall nicht erkennbar. Die Ärztekammer Berlin legt die gleichen Maßstäbe bei der Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen wie die Hamburger Kammer an. Der enge Bezug zur ärztlichen Tätigkeit einer Fortbildungsveranstaltung muss also auch in Berlin immer gegeben sein, um zertifiziert werden zu können. Dieser konsequente Kurs dient dazu, den Kammermitgliedern eine hochwertige und berufsbezogene Fortbildung anzubieten. srd

Stichtag 30. Juni 2009

2.000 Zertifikate verschickt – Kammer unterstützt Niedergelassene

Für den Großteil der Berliner niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist der 30. Juni 2009 ein ganz besonderes Datum. Bis zu diesem Dienstag müssen sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachweisen, dass sie sich in den vergangenen fünf Jahren ausreichend fortgebildet haben, d.h. 250 Fortbildungspunkte erworben haben. Eine gute Möglichkeit diesen Nachweis zu erbringen, ist das Fortbildungszertifikat (und das dazu gehörige Fortbildungspunktekonto) der Ärztekammer Berlin, das für alle Berliner Kammermitglieder kostenlos ausgestellt bzw. geführt wird.

Seit dem Jahreswechsel 2008/2009 hat die Anzahl der bei der Ärztekammer Berlin eingehenden Anträge auf Zertifikatsausstellung spürbar zugenommen, dennoch reicht diese erfreuliche Entwicklung nicht aus, um über 5.400 betroffene Niedergelassene bis zum Stichtag mit Fortbildungszertifikaten zu versorgen.

Zur Unterstützung dieser Kammermitglieder führte die ÄKB Anfang März eine große Aussendungsaktion von Fortbildungszertifikaten durch. Dabei wurde über 2.000 Berliner niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die bereits jetzt die Ausstellungsbedingungen erfüllt haben und vor dem 01.07.2004 niedergelassen waren, ein Zertifikat zugesandt.

Alle Zertifikatsempfänger können ab sofort ihr Zertifikat im Original oder als beglaubigte Kopie bei der KV Berlin vorlegen. Der Nachweis der erfolgten Fortbildung ist damit zum Stichtag 30.06.2009 erbracht.

Mit der Zertifikatsausstellung wird das Fortbildungspunktekonto für den neuen Zertifikatszeitraum auf Null gesetzt. Derzeit können in Berlin Kammermitglieder bis zu 50 „übrig gebliebene“ Punkte aus dem alten in das neue Konto übernehmen. Alle Veranstaltungen, die nach dem Zertifikatsdatum besucht wurden, werden wie gewohnt im Online-Fortbildungspunktekonto registriert.

Wenn bis zum 30.06.2009 noch Punkte fehlen

Wer selber noch kein Zertifikat beantragt oder nicht mit der März-Aussendung Post erhalten hat, aber unter die Stichtagsregelung 30.06.2009 fällt, dem empfiehlt die Ärztekammer Berlin, das seit Sommer 2008 zur Verfügung stehende Online-Fortbildungspunktekonto zu konsultieren. (Informationen zum Einstieg ins Kammer-Mitgliederportal siehe BERLINER ÄRZTE 1/2009, S. 22 und die „Fragen & Antworten“ auf Seite 35 in diesem Heft.)

Sollten hier Veranstaltungen noch nicht registriert sein, da beispielsweise keine Barcode-Aufkleber verwendet wurden, für die aber Teilnahmebescheinigungen vorliegen, so übernimmt die Ärztekammer Berlin die manuelle Nacherfassung und Punktegut-schrift. Damit diese auch in der Kürze der Zeit und unter dem erwarteten großen Andrang gelingt, bitten wir Sie, folgendes unbedingt zu beachten:

1. Senden Sie nur die Veranstaltungsbescheinigungen ein, die noch nicht auf dem Konto registriert wurden und zum Erreichen der erforderlichen Punktzahl benötigt werden.
2. Senden Sie nur Veranstaltungsbescheinigungen ein, die eine Veranstaltungsnummer (VNR) aufweisen.

3. Senden Sie nur Kopien ein (diese werden nach der Erfassung vernichtet).
4. Heften Sie die Kopien chronologisch ab.
5. Legen Sie ein kurzes Begleitschreiben mit Ihrem Bearbeitungswunsch anbei.

Nutzen Sie die noch verbleibende Zeit bis zum 30.06.2009 und senden Sie uns Ihre Bescheinigungen möglichst bald zu:

Ärztekammer Berlin
Abteilung Fortbildung, Servicebereich Punktekonten
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Nach Eingang Ihrer Unterlagen erhalten Sie eine Eingangsbestätigung von uns. Und: für die Bearbeitung bitten wir Sie schon jetzt um Geduld.

Für alle anderen

Nicht oder später als am 01.07.2004 niedergelassene Kammermitglieder, beispielsweise Fachärzte im Krankenhaus, haben mit dem Kontenabgleich und dem Fortbildungszertifikat noch ausreichend Zeit. Sie werden gebeten, mit Anfragen und Zusendungen bis zum August 2009 zu warten, da alle Arbeiten für die vom Stichtag betroffenen Kammermitglieder derzeit vorgezogen werden müssen.

Infoseite zum Stichtag

Die wichtigsten Fragen und Antworten zum Thema „Stichtag 30.06.2009“ finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin www.aerztekammer-berlin.de unter **Ärzte/ Fortbildung/ Fortbildungskonto**.

sygo/dcn

Kammer

Vorstand für straffere überbetriebliche Ausbildung

Ein äußerst umfangreiches Programm hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin in seiner Sitzung am 9. März zu bewältigen gehabt. Im Bereich Berufsbildung stimmten die Vorstandsmitglieder für umfassende Änderungen in der Prüfungsordnung der Medizinischen Fachangestellten. Außerdem aktualisierten sie die Prüferentschädigungen sowie die Gebührenordnung in diesem Bereich. Daneben wurde eine deutlich gestraffte überbetriebliche Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten beschlossen. Darüber wird die Delegiertenversammlung am 1. April entscheiden.

Im Bereich Weiterbildung erteilte der Vorstand 55 Befugnisse. Die zügige Befugniserteilung wird damit weiter konsequent umgesetzt. Außerdem standen unter anderem die Evaluation der Weiterbildung, berufsrechtliche Angelegenheiten sowie Änderungen an der Allgemeinen Entschädigungsregelung auf dem Programm.

srd

FRAUEN UND ARZNEITHERAPIE

Der „kleine“ Unterschied: vernachlässigt

Das Schema F „Dreimal täglich eine Tablette“ gefährdet die Patientensicherheit genauso wie kontaminierte Ärztehände dies tun. „Dreimal täglich...“, das ignoriert die Verschiedenheit der zu behandelnden Individuen; von der psychischen reden wir hier mal gar nicht, die biochemische reicht. Man weiß zwar viel über die Differenzen der Pharmakodynamik und -kinetik zwischen Kindern, jüngeren und älteren Erwachsenen (und zieht beim Verordnen hoffentlich die Konsequenzen), bisher aber längst nicht genug über die Unterschiede der Arzneitherapie bei Frauen und Männern – weshalb BERLINER ÄRZTE das Thema zum Schwerpunkt dieses Heftes gewählt hat.

Von Rosemarie Stein

Illustration: Nach einem Kupferstich
von Marcantonio Raimondi

Das Verordnungs-Schema F ist out!

Die schwerwiegenden Fehlverordnungen, vor allem Fehldosierungen aus Unkenntnis des bedeutenden Einflusses der äußerst variantenreichen menschlichen Physiologie auf erwünschte und unerwünschte Arzneimittelwirkungen, hat ein pharmakologisch beschlagener Berliner Arzt und Publizist seinen Kollegen schon vor vier Jahrzehnten immer wieder vor Augen geführt: Paul Kühne (1914-1969). Einigen älteren Semestern ist er vielleicht noch bekannt: als Mitarbeiter der Tagesspiegel-Wissenschaftsredaktion oder als erster Chefredakteur der „Medical Tribune“, deren deutsche Ausgabe einst als wissenschaftlich anspruchsvolles Blatt anging. Die Erforschung der Pharmakokinetik hatte gerade begonnen, da machte Kühne eine breite ärztliche Leserschaft eindringlich auf die großen Probleme aufmerksam, die durch das Dosierungs-Schema F in der Arzneitherapie entstehen.

„Das Problem der Dosierung wird bei den heute gängigen Erforschungs- und Erprobungstechniken nicht erfasst, sondern gemeinhin nur als ein Störfaktor abgetan“, stellte Kühne fest. Das fängt schon bei der toxikologischen Prüfung an, wenn man möglichst homogene Inzuchttrassen als Versuchstiere wählt, um den „Störfaktor“ der Individualität auf ein Minimum zu reduzieren. Und das setzt sich fort bei der Arzneimittelprüfung am Menschen in den verschiedenen Phasen, wobei man lange Zeit einen fiktiven Normalmenschen bevorzugte (männlich, mittelalt, monomorbide). Der Mensch ist aber „keine nach DIN-Formaten genormte Maschine, sondern ein biochemisches Individuum“, schreibt Kühne. Und jeder erfahrene Arzt weiß: Patienten reagieren „nicht so wie die Norm, die der Arzneimittelforschung zugrunde gelegen hat“. Ein Präparatewechsel kann zum Beispiel zu einem plötzlichen Ansprechen führen, auch wenn das nun eingesetzte Mittel als weniger wirksam gilt als das erste, das versagt hat.

Es gilt nur die „Einheit Dosis/Patient“

Kühne hoffte auf eine spätere Erklärung für die große individuelle Streubreite der Reaktionsmuster auf Arzneimittel (wie auch auf Umweltsubstanzen). Ihm schwebte eine „prämedikative Typendiagnostik“ vor, und er hielt es 1969 für möglich, dass in spätestens anderthalb Jahrzehnten „eine Arznei-Reaktionsprognose von pharmakokinetisch gut programmierten Computern in jedem Einzelfall erreichbar ist“. Dann könnten Dosishöhe, Dosierungsintervall und -form individuell bestimmt und Warnsignale in den Computer einprogrammiert werden, falls seltene und gefährliche Reaktionsbesonderheiten zu erwarten sind. Aber das wird wohl schon aus Kostengründen Zukunftsmusik bleiben, auch wenn wir inzwischen dank der Pharmakogenetik der Erklärung für die individuelle Streubreite der Reaktion auf Medikamente ein Stück näher gekommen sind.

„Ist die heutige Arzneitherapie schon ein Kunstfehler?“ So ist Paul Kühnes letzter Aufsatz überschrieben, in dem es heißt, jetzt in der Medizin des Jahres 1969 müsse man „den erkennbaren und erwarteten Wirkspiegel ... berechnen, wenn man nicht den Kunstfehler iatrogenen Nebenwirkungen auf sich nehmen will. Die Dosis bedeutet nichts mehr. Sie ist eine Vorstellung vergangener Zeiten. Nur die Einheit Dosis/Patient kann in unseren Jahren noch Gültigkeit haben“.

Arzneitherapie individualisieren!

Das ist 40 Jahre her. Und heute, in unseren Jahren? Wir sind noch immer bei der Grobeinteilung. Die Patienten haben Glück, wenn sie als Kinder oder Betagte pharmakotherapeutisch anders behandelt werden und wenn man zum Beispiel, nicht nur bei geriatrischen Patienten, auch Körpergewicht und Nierenfunktionen berücksichtigt. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

(AkdÄ) bemüht sich intensiv darum, diese Probleme bekanntzumachen, die ja über die Dosierungsfrage weit hinausgehen. So widmet sie in ihrem praxisnahen und industriefernen Buch „Arzneiverordnungen“ (das im Prinzip nach Organsystemen geordnet ist) besondere Kapitel den Unterschieden im Metabolismus und Transport von Medikamenten, der Arzneitherapie bei Niereninsuffizienz und bei Leberkrankheiten sowie den pädiatrischen und den geriatrischen Besonderheiten der Arzneitherapie.

Die Arzneimittelkommission hat auch einen festen Platz im jährlichen Bundesärztekammer-Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ (das nach dem Umzug von Köln nach Berlin hier leider noch viel zu wenig wahrgenommen wird). Ihr Vorsitzender Wolf-Dieter Ludwig erinnerte dieses Jahr beim 33. Interdisziplinären Forum daran, dass in den letzten beiden Jahren die Arzneitherapie bei Kindern und bei älteren Patienten auf dem Programm stand. Dieses Jahr nun die Frauen, und das hat nichts mit Feminismus zu tun. Um das deutlich zu machen, ordnen wir dieses Thema hier dem großen Themenkomplex „Individualisierung der Pharmakotherapie“ zu, wie es die Arzneimittelkommission mit der Trias Kinder – Alte – Frauen ebenfalls getan hat.

Besonders gefährdet sind Kinder...

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arzneimittelbehandlung wurden bisher fast völlig vernachlässigt, schon bei der Entwicklung und Prüfung von Medikamenten. Für die nächste Ausgabe der „Arzneiverordnungen“ dürfte ein Frauen-Kapitel fällig sein. Auch der Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, der vom Bundesgesundheitsministerium initiiert und von der AkdÄ koordiniert wird, widmet sich dem Aspekt des geschlechtsspezifischen Risikos für unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln bei Frauen.

Aber bis sich dann die neuen Erkenntnisse in Klinik und Praxis durchgesetzt haben, wird wohl geraume Zeit vergehen. Das lässt sich im Analogieschluss aus dem noch immer höchst unbefriedigenden Status quo der pädiatrischen und der geriatrischen Pharmakotherapie ableiten.

Dass die Arzneimittelsicherheit der Kinder zu wünschen übrig lässt, liegt nicht an den Ärzten, sondern an der schlechten Datenlage. Mindestens ein Drittel der Medikamente, die Kindern verordnet werden sind gar nicht für sie zugelassen, weil sie an Kindern nicht geprüft wurden. Und je jünger die kleinen Patienten, also je vulnerabler der wachsende Organismus, desto größer (bis zu 90 Prozent!) der Anteil dieser Off-Label-Verordnungen. Die aber haben doppelt so oft (teils lebensgefährliche) unerwünschte Wirkungen wie die für Kinder zugelassenen Mittel. Besserung soll ein neues Regelwerk bringen, vor allem die Anfang 2007 in Kraft getretene EU-Verordnung über Arzneimittel und Medizinprodukte für Kinder und Jugendliche. Danach müssen die Hersteller Daten aus Arzneimittelstudien an Kindern für die Zulassung vorlegen, wenn ein Wirkstoff auch zu ihrer Behandlung bestimmt ist. Solche Studien sind aber schwierig und aufwändig, weshalb manche Experten bezweifeln, dass die Neuregelungen die Arzneibehandlung der Kinder wesentlich sicherer machen werden.

... und Ältere durch Fehlverordnungen

Und die älteren Patienten? 64 Prozent aller Verordnungen in der sozialen Krankenversicherung entfielen (laut Arzneiverordnungs-Report 2008) auf die 27 Prozent über 60-Jährigen. (Zehn Jahre zuvor waren es noch 54 Prozent.) Auch Ältere wurden bislang, wie Kinder, zu wenig in klinische Arzneimittelstudien einbezogen, was sich aber langsam ändert. Heute weiß man recht viel über die Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter. Trotzdem muss eine erhebliche Fehlversorgung festgestellt werden: 20 bis 40 Prozent der Älteren (je nach Studie) bekommen Arzneimittel, die nach den amerikanischen Beers-Kriterien für sie ungeeignet sind, liest man im Arzneiverordnungs-Report 2008, zum Beispiel langwirkende Benzodiazepine, Anticholinergika, Nitrofurantoin.

Häufig wird auch versäumt, die Dosis an die veränderte Physiologie des alternenden Organismus anzupassen; sogar ans Körpergewicht wird nicht immer gedacht. Das würde kein Kinderarzt vergessen, sagte der Hamburger Geriater Wolfgang von Renteln-Kruse auf einem Fachkongress, aber die älteren Patienten wiege man im Krankenhaus nicht einmal immer. Dass die Älteren am meisten unter gefährlichen Arzneimittelschäden

zu leiden haben, ist angesichts der Multimorbidität und der damit verbundenen Multimedikation nicht verwunderlich. „Nach verschiedenen Studien werden etwa 40 Prozent der Arzneimittel ungerechtfertigt und etwa 25 Prozent in nicht korrekter Dosierung verordnet“, heißt es im Handbuch „Arzneiverordnungen“; und weiter: „Eine restriktive Verordnungsweise würde viele unnötige unerwünschte Wirkungen vermeiden helfen.“

Wie aber reagieren Frauen?

Gilt dies auch für Frauen? Zumindest für ältere Frauen, die ja pharmakotherapeutisch gleich zwei Besonderheiten in sich vereinen: Geschlecht und Alter. Reagieren Frauen nicht nur wegen eines geringeren Gewichts anders als Männer auf Arzneimittel? In der Tat, die Ergebnisse der in letzter Zeit begonnenen Forschungen weisen darauf hin. Das Problem der unterschiedlichen Wirksamkeit und Verträglichkeit (mehr unerwünschte Nebenwirkungen bei Frauen) ist erkannt und wird bearbeitet. Zunehmend werden Frauen in klinische Prüfungen einbezogen, und die geschlechtsspezifischen Differenzen der Reaktion auf Arzneimittel kommen sogar schon in einem Teil der Fachinformationen zur Sprache.

Die beiden folgenden Beiträge, für die wir drei ausgewiesene Expertinnen gewinnen konnten, gehen detailliert auf das Thema ein. Der erste, von Petra A. Thürmann, gibt einen umfassenden Überblick, der zweite, von Vera Regitz-Zagrosek und Carola Schubert, vertieft ihn für das Teilgebiet der medikamentösen Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Rosemarie Stein



Foto: Carlosseller - Fotolia.com

*Alle Zitate aus der vom Autor selbst kurz vor seinem Tode zusammengestellten Aufsatzsammlung: Paul Kühne: „Das Risiko der Sicherheit. Vom Ende des Normalen in Physiologie und Pharmakologie“. Verlag Medical Tribune GmbH, Wiesbaden 1969

Warum gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln?

Von Petra A. Thürmann



Foto: Helios

Petra A. Thürmann

Bekanntermaßen gibt es zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Häufigkeit, der Wahrnehmung und der Ausprägung von Erkrankungen, ein besonders prominentes Beispiel hierfür ist der Herzinfarkt ⁽¹⁾. Aufgrund der physiologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind Unterschiede in der Aufnahme, der Verteilung und dem Stoffwechsel von Arzneimitteln denkbar und werden im Folgenden beschrieben. Darüber hinaus führen physiologische Unterschiede an den Rezeptoren, den Enzymen und Kanälen dazu, dass es Unterschiede in der Wirkung, der Wirksamkeit und den Nebenwirkungen von Arzneimitteln gibt.

Folgendes Beispiel soll aufzeigen, dass es selbst bei altbekannten und bewährten Arzneimitteln Überraschungen geben kann: Im Netzwerk der regionalen Pharmakovigilanzzentren werden unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) dokumentiert, die zu Krankenhausauf-

nahmen führen.⁽²⁾ Es fiel auf, dass bei UAW unter Diuretika (schwere Exsikkosen, Elektrolytstörungen mit Arrhythmien etc.) Frauen etwa doppelt so häufig betroffen waren wie Männer.⁽³⁾ Dies lässt sich einerseits durch häufigere Diuretikaverordnungen bei Frauen erklären, andererseits ist es tierexperimentell belegt, dass weibliche Ratten auf Thiazide und Schleifendiuretika sensibler ansprechen als männliche.^(4,5) Hinzu kommt ein ganz neuer Befund: So wird das Diuretikum Torasemid bei Frauen signifikant langsamer abgebaut als bei Männern und kann somit länger und stärker wirken.⁽⁶⁾ Die erhöhte Inzidenz von UAW unter Diuretika bei Frauen lässt sich also nur durch die Betrachtung aller Aspekte der Pharmakotherapie, von der Pharmakokinetik bis zur Verordnungsprävalenz, interpretieren.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Pharmakokinetik

Aufgrund der Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei Körpergröße, Muskelmasse sowie Fett- und Wassergehalt sind Unterschiede bei der Verteilung von Arzneistoffen vorstellbar. Relevante Unterschiede sind im Wesentlichen für den Arzneistoff-Metabolismus bekannt. Etwa die Hälfte aller eingenommenen Arzneistoffe wird über das Cytochrom P 450 Enzymsystem metabolisiert, davon wiederum die Hälfte über das Cytochrom P 450_{3A4} (CYP_{3A4}), welches bei Frauen im Mittel etwas stärker exprimiert als bei Männern.⁽⁷⁾ Substrate von CYP_{3A4} wie Methylprednisolon, Midazolam, Nifedipin und Verapamil werden bei Frauen meist schneller abgebaut als bei Männern (Lit. bei ⁸), was aber aufgrund der großen interindividuellen

Variabilität meist nicht auffällt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind jedoch auch für andere Cytochrom P450-Enzyme nachgewiesen. So wird der Betarezeptorenblocker Metoprolol überwiegend über CYP_{2D6} abgebaut; nach einer Tagesdosis von 100 mg weisen Frauen etwa 40% höhere maximale Plasmakonzentrationen und eine etwa doppelt so hohe Fläche unter der Plasmakonzentrationszeitkurve wie Männer auf (Lit. bei ⁸). Dies führt zu stärkeren Effekten auf Blutdruck und Herzfrequenz. Frauen erleiden im Vergleich zu Männern statistisch signifikant häufiger schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) unter den Betablockern (Metoprolol, Propranolol, Carvedilol, Nebivolol), die über CYP_{2D6} abgebaut werden. Bei den Betablockern, für die CYP_{2D6} keine Rolle spielt (Atenolol, Sotalol, Bisoprolol), gab es auch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den UAW.⁽⁹⁾ Da Betarezeptorenblocker über eine recht große therapeutische Breite verfügen und man in der Regel mit einer niedrigen Dosis die Therapie beginnt und nach Wirkung und Verträglichkeit steigert, werden eventuelle geschlechtsspezifische Unterschiede im klinischen Alltag nicht erkannt und erst bei der Betrachtung großer Zahlen behandelter Patientinnen und Patienten ersichtlich.

Das Enzym CYP 1A₂, über welches beispielsweise Theophyllin und Coffein metabolisiert werden, weist ebenfalls eine geringere Aktivität bei Frauen als bei Männern auf. Daraus resultieren etwa 35% höhere Plasmakonzentrationen von Clozapin und Norclozapin bei Frauen im Vergleich zu Männern. Die Plasmakonzentrationen der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Fluvoxamin und Sertralin sind bei Frauen 70 - 100 % bzw. 50 - 70 % höher im Vergleich zu Männern, dies wird auf unterschiedliche Aktivitäten von CYP 1A₂ und im Fall von Fluvoxamin auch auf CYP 2C₁₉ zurückgeführt (Lit. bei ¹⁰). Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es auch bei anderen Stoffwechselreaktionen. So

wird 5-Fluorouracil bei Frauen mit kolorektalem Karzinom etwa um 20% langsamer eliminiert als bei Männern, was sich in einer signifikant höheren Rate an konzentrationsabhängiger Toxizität manifestiert, das heißt Leukopenie, Mukositis und Diarrhoe (Lit. bei ¹¹).

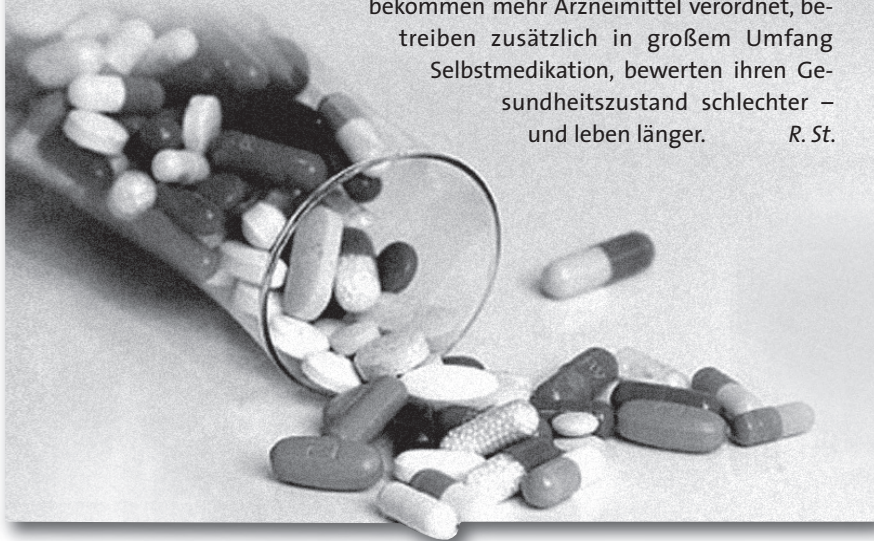
Aspekte in der Pharmakodynamik und Wirksamkeit von Arzneimitteln

Nicht immer ist ein Unterschied im Stoffwechsel des Arzneimittels allein entscheidend. Bei der patientenkontrollierten postoperativen Analgesie mit Morphin-bestückten Schmerzpumpen benötigten Männer im Mittel 40 % mehr Morphin zur Schmerzfürsicht als Frauen. Dieser Unterschied beruht auf der geschlechtsspezifischen Rezeptorsensitivität, so sprechen Frauen besser auf kappa-Opiode, zum Beispiel Pentazocin, an als Männer. Im Hinblick auf Opiat-spezifische UAW wurde mehrfach dokumentiert, dass Frauen signifikant häufiger als Männer Übelkeit und Erbrechen nach Opiatgabe erleiden, sowohl post-operativ als auch in Notfallsituationen (Lit. bei ¹⁰).

Im Bereich der Psychopharmakotherapie muss berücksichtigt werden, dass beispielsweise Depressionen wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert werden. Allerdings sind die beschriebenen Symptome bei Männern und Frauen unterschiedlich gelagert; während Frauen vermehrt unter Schlafstörungen und Schuldgefühlen leiden, sind Männer eher von Alkohol- bzw. Drogenabusus betroffen. Neben eindeutigen Unterschieden im Stoffwechsel der Arzneistoffe zeigt sich in einigen Studien, dass insbesondere prämenopausale Frauen auf Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) besser ansprechen als auf trizyklische Antidepressiva oder Adrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Interessanterweise ist die An-

Frauen nehmen mehr Medikamente

Gesetzlich versicherte Frauen erhielten 2007 mit durchschnittlich 466 Tagesdosen rund 12 Prozent mehr Arzneimittel verordnet als Männer (415 Tagesdosen). Es gibt aber Altersdifferenzen: 15- bis 49-jährige Frauen wurden mehr, älteren weniger Mittel verschrieben als Männern. Besonders deutlich sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede (außer natürlich bei Gynäkologika und Sexualhormonen) bei Schilddrüsenpräparaten, Osteoporosemitteln und Mineralstoffen sowie bei Psychopharmaka (56 Prozent mehr gegenüber Männern) und Analgetika. Dagegen bekommen Frauen seltener Medikamente wie Lipidsenker und Antithrombosemittel zur Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Der Arzneiverordnungs-Report 2008 (vor dessen Kapitel 41, „Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht“ diese Daten entnommen sind), weist auf das „Geschlechterparadox“ hin: Frauen gehen öfter zum Arzt, bekommen mehr Arzneimittel verordnet, betreiben zusätzlich in großem Umfang Selbstmedikation, bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter – und leben länger. R. St.



sprechrate auf eine Therapie bei postmenopausalen Frauen dem Therapieerfolg bei Männern vergleichbar (Lit. bei ¹⁰).

Zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede sind im Herz-Kreislaufsystem bekannt. In der Primärprävention bei Frauen reduziert niedrig dosiertes ASS das Risiko für einen Herzinfarkt nicht, mindert jedoch signifikant das Schlaganfallrisiko um 17%. Frauen über 65 Jahre hingegen profitieren von einer Primärprävention mit ASS 100 mg jeden zweiten Tag im Hinblick auch auf Herzinfarkte und Gesamtsterblichkeit (Lit. bei ¹⁰). Herzglykoside werden in Deutschland immer noch recht oft bei Herzinsuffizienz verordnet. Eine retrospektive

geschlechtsspezifische Analyse der DIG-Studie ergab, dass bei Frauen unter Digoxintherapie die Mortalität höher ist als bei Frauen unter Placebo, während bei Männern unter Digoxin die Sterblichkeit leicht abnimmt. Die Digoxinplasmakonzentrationen der Frauen in dieser Studie waren nicht häufiger im toxischen Bereich im Vergleich zu Männern, ihre Spiegel lagen jedoch im Mittel um 0,1 µg/ml höher (Lit. bei ¹⁰). Daraus folgt, dass Digitalisglykoside bei Frauen vorsichtiger eingesetzt werden sollten als bei Männern, wobei keine Daten für das in Deutschland häufig verordnete Digitoxin vorliegen. Demgegenüber stehen wiederum Daten der nationalen Pharmakovigilanzzentren,

die aufzeigen, dass mehr als 2/3 aller Digitalis-assoziierten UAW bei hochbetagten Frauen auftreten und dies in circa 90% der Fälle auf zu hohen Dosierungen beruht.⁽¹²⁾

Selbst im Bereich der Onkologie können sich bei primär als geschlechtsneutral erscheinenden Tumoren Unterschiede zeigen. Im Rahmen einer retrospektiven Analyse von 227 Patienten (davon 80 Frauen) mit nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom, die eine Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel erhielten, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Tumorgewebetyps und des medianen Überlebens. Neben zahlreichen Erwägungen scheint der Raucherstatus eine Rolle zu spielen: 83% der Männer waren Raucher und nur 24% der Frauen. Molekularpathogenetisch scheinen die Adenokarzinome bei Rauchern eher eine K-RAS-Mutation aufzuweisen, während bei den Nichtrauchern eher Mutationen im epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor (EGFR) eine Rolle spielen. Daraus entstehen möglicherweise Adenokarzinome mit unterschiedlichen Progressionscharakteristika und einem unterschiedlichen Ansprechen auf Substanzen wie Gefitinib, welche die EGFR-Tyrosinkinase hemmen.⁽¹³⁾

Unterschiede in der Verträglichkeit von Arzneimitteln

Die höhere Rate von berichteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei Frauen könnte zum einen auf der höheren Bereitschaft von Frauen beruhen, dem Arzt die Beschwerden zu kommunizieren, zum anderen jedoch auf dem deutlich höheren Arzneimittelkonsum (Lit. bei 8). Eine englische Analyse zeigte jedoch, dass die beobachtete UAW-Inzidenz pro 10.000 Patientenmonate bei Frauen auch unabhängig von der höheren Arzneistoffexposition signifikant höher ist als bei Männern.⁽¹⁴⁾ Es ist beispielsweise unklar, warum Frauen

häufiger unter dem Reizhusten nach ACE-Hemmergabe leiden (Lit. bei 8) oder häufiger mäßige bis schwere Hautreaktionen unter Nevirapine erleiden⁽¹⁵⁾ als Männer.

QT-Verlängerung und Arzneistoff-induzierte Torsade de pointes-Arrhythmien sind ein nicht seltener Grund für die Marktrücknahme von Arzneimitteln, zuletzt 2007 bei Clobutinol. Diese UAW tritt unabhängig von der Substanzklasse, ob Antihistaminikum oder Antibiotikum, bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Für die QT-Verlängerung sind sogar zyklusabhängige Schwankungen beschrieben, und dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich sogar beim isolierten Kaninchenherzen nachweisen.⁽¹⁶⁾ Unter Neuroleptikatherapie scheint es bei Frauen in einem stärkeren Ausmaß als bei Männern zu Hyperprolaktinämien zu kommen, was möglicherweise das Osteoporoserisiko erhöht. Auch Adipositas und die metabolischen Störungen, die durch die atypischen Neuroleptika induziert werden, sind bei Frauen ausgeprägter als bei Männern (Lit. bei 11). Im Rahmen einer klinischen Studie, in welcher Metformin, Glibenclamid und Rosiglitazon im Hinblick auf Blutzuckerkontrolle über etwa vier Jahre untersucht wurden, traten überraschenderweise bei Frauen unter Rosiglitazon etwa doppelt so viele Frakturen auf (bei 9,3 %) als unter den anderen oralen Antidiabetika (5,1 % unter Metformin und 3,5 % unter Glibenclamid).⁽¹⁷⁾ Dies entspricht den Befunden einer randomisierten, Placebo-kontrollierten Studie an 50 postmenopausalen Frauen, bei welchen die am proximalen Femur gemessene Knochendichte nach 14 Wochen um 1,9% reduziert war im Vergleich zu 0,2 % unter Placebo ($p = 0,003$).⁽¹⁸⁾

Forschungsdefizite und Forschungsansätze

Es gibt zahlreiche Hinweise für geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakokinetik, -dynamik, Wirksam-

keit und Verträglichkeit von Arzneimitteln. Gerade die Häufung der UAW bei Frauen sollte Anlass zu einer differenzierteren Betrachtung, sowohl in der Forschung als auch bei der Verordnung geben. In randomisierten Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Pharmaka sind Frauen teilweise immer noch unterrepräsentiert bzw. die Ergebnisse werden nicht geschlechtsspezifisch publiziert (19, 20). In zulassungsrelevanten Studien, die der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA in den Jahren 1995 - 1999 vorgelegt wurden, waren circa 25% Frauen in Phase I-Studien vertreten, in den weiteren Phasen offenbar zu einem adäquaten Anteil.⁽²¹⁾ Allerdings nur bezogen auf die Studien, in denen das Geschlecht der Teilnehmer bekannt war: In einem nicht unerheblichen Teil der Studien wurde es versäumt, das Geschlecht der Patienten anzugeben – trotz einer FDA-Guideline aus dem Jahre 1994 zur Beteiligung von Frauen in klinischen Studien. Eine neuere Auswertung der Europäischen Zulassungsbehörde EMA weist darauf hin, dass in einzelnen Indikationsgebieten wie zum Beispiel Hypertonie, Diabetes und COPD Frauen zu einem geringeren Anteil in den vorgelegten Prüfungen eingeschlossen sind, als man von der Krankheitsprävalenz her erwarten würde.⁽²²⁾

Betrachtet man die in Deutschland vorhandenen Fachinformationen für Ärzte, so zeigt sich ein deutlicher Trend im Hinblick auf die Beachtung potenzieller geschlechtsspezifischer Unterschiede: Hinweise auf geschlechtsspezifische Analysen oder Untersuchungen fanden sich nur in 10,2% der Fachinformationen zu neuen Wirkstoffen aus den Jahren 1989 bis 1994, hingegen bereits in 45,5% der Fachinformationen aus den Jahren 1999 bis 2004. Immerhin erfolgte für 18 von 132 neuen Wirkstoffen aus dem Zeitraum 1999 - 2004 ein Hinweis auf signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede, überwiegend im Hinblick auf die Pharmakokinetik.⁽²³⁾ In der Zusammenschau lässt sich erkennen, dass die geschlechtsspezifischen

Unterschiede in der Pharmakokinetik oftmals nur gering sind, aber doch zu einer höheren Rate unerwünschter Wirkungen – meist bei Frauen – führen können. Die einfache Faustregel, bei Frauen das oftmals niedrige Körpergewicht und bei älteren Menschen generell die Nierenfunktion zu beachten, könnte schon erheblich zur Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen. Komplexer sind die Unterschiede in der Pathophysiologie und der Pharmakodynamik, so dass Befunde gelegentlich überraschend oder nur schwer zu erklären sind. Im Bereich der klinischen Forschung ist die Sensibilität gegenüber der „Gender-Frage“ durchaus gestiegen, wird aber noch nicht immer stringent verfolgt, wie zahlreiche Analysen belegen – hier besteht Forschungsbedarf.

Für den praktisch tätigen Arzt manifestieren sich die meisten der bislang bekannten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Pharmakotherapie im Bereich der unerwünschten Arzneimittelwirkungen, und diese sollten bei Männern und Frauen gleichermaßen ernst genommen und entsprechend gemeldet werden. Gemäß § 6 der Musterberufsordnung sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, unerwünschte Arzneimittelwirkungen an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (www.akdae.de/50/50/UAW-Meldung-online.html) zu melden.

Verfasserin:

Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann
Philipp Klee-Institut für Klinische
Pharmakologie
HELIOS Klinikum Wuppertal

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie
Universität Witten/Herdecke
Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal

E-Mail: petra.thuermann@helios-kliniken.de

Das Literaturverzeichnis ist auf Anfrage in der Redaktion von BERLINER ÄRZTE erhältlich.

Geschlechterunterschiede in der kardiovaskulären Pharmakotherapie

Von Vera Regitz-Zagrosek und Carola Schubert



Vera Regitz-Zagrosek



Carola Schubert

Frauen unterscheiden sich von Männern in Arzneimittelstoffwechsel und -wirkungen. In großen Studien wurden bisher überwiegend Männer eingeschlossen, so dass es insgesamt weniger Daten zu Wirkmechanismen und Nebenwirkungen bei Frauen gibt. Geschlechterunterschiede finden sich nach Gabe von Digitalis, das bei Frauen leichter überdosiert wird, Beta-Blockern, bei denen bei Frauen leichter höhere Plasmaspiegel auftreten und ACE-Hemmern, die bei Frauen zu mehr Nebenwirkungen führen. Aspirin wirkt bei Frauen in der Primärphrophylaxe des Schlaganfalls aber nicht in der des Myokardinfarktes, bei Männern ist es umgekehrt. Antikoagulanzen und Gerinnungshemmer führen bei Frauen häufiger zu Blutungskomplikationen. In Anbetracht der vorliegenden Geschlechterunterschiede ist es wichtig, Arzneimittel nach Zulassung bei Männern und Frauen sorgfältig zu überwachen und auf Unterschiede zu achten.

Digitalis

Nachdem die Digitalis Study Group (DIG study group) 1997 über positive Effekte von Digitalis bei Herzinsuffizienz (HF) berichtete, wurde die Substanz in zahlreichen Leitlinien empfohlen. Allerdings zeigte eine 2002 retrospektiv durchgeführte Subgruppenanalyse, dass Digitalis mit einer signifikant höheren Sterblichkeit bei Frauen mit HF assoziiert war, die sich bei Männern nicht nachweisen ließ (1). Da die Studie insgesamt circa 4500 Männer und 1500 Frauen einschloss, hoben sich entgegengesetzte Effekte auf die Sterblichkeit in der Gesamtgruppe auf. Dosisabhängige Effekte ebenso wie eine Interaktion mit Hormonersatztherapie und eine direkte geschlechtsspezifische Interaktion mit kardialen Ionenkanälen wurden diskutiert. Später wurde gezeigt, dass höhere Digitalis-Serumkonzentrationen mit erhöhter Mortalität bei Männern einhergingen. Ein vergleichbarer Trend bei Frauen erreichte keine Signifikanz. Bei

weiterhin fehlendem sicherem Nachweis sollten Plasmadigitalissspiegel unter 0,8 ng pro ml sowohl bei Männern als auch bei Frauen gehalten werden. Die Daten unterstreichen die Bedeutung geschlechtsspezifischer Analysen in Arzneimittelstudien.

Beta-Blocker

Die Pharmakokinetik von Beta-Blockern wird ebenfalls vom Geschlecht der Patienten beeinflusst. Dies führt häufig zu einer höheren Arzneimitteldosis bei Frauen. So wird der beta₁-selektive Blocker Metoprolol bei Frauen langsamer abgebaut als bei Männern.

Weiterhin haben Frauen ein niedrigeres Verteilungsvolumen für Metoprolol. Somit sind die Plasmakonzentrationen höher als bei Männern. Bei Einnahme von oralen Kontrazeptiva kommt es zu einer Interaktion und einer weiteren Steigerung der Plasmaspiegel. Auch für andere, nichtselektive Betablocker, wie Propanolol, sind die Plasmaspiegel bei Frauen um etwa 80% höher als bei Männern. Damit haben Frauen stärkere β -Blocker-Wirkungen auf Herzfrequenz und systolischen Blutdruck. Die antianginösen Effekte und die Verbesserungen in Bezug auf Überleben bei HF sind bei Frauen und Männern jedoch gleich (2).

Angiotensin-Converting-Enzym (ACE)-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker (ARB)

Einige frühe multizentrische Studien zeigten keine signifikanten Mortalitätsreduktionen bei Frauen durch ACE-Hemmer. In Consensus₁, SAVE und SOLVD lag der Anteil der Frauen bei 20%. In Consensus₁ und SOLVD lag die Mortalitätsreduktion der Frauen bei unter 5%, während sie bei Männern im Bereich von 30-40% lag. In SAVE werden keine geschlechtsbezogenen Mortalitätsdaten angegeben. Hier zeigte sich

jedoch, dass die Nebenwirkungsrate bei Frauen höher war. Spätere ACE-Hemmer-Studien, wie AIRE und HOPE, zeigten einen signifikanten Nutzen der Frauen vor allem in der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Risikopatientinnen (3). Im Gegenzug wiederum zeigte die kürzlich abgeschlossene „Second Australian National Blood Pressure Study“ eine signifikante Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse bei Männern, aber nicht bei Frauen, obwohl vergleichbare Reduktionen im Blutdruck erreicht wurden. Möglicherweise ist dies auf das günstigere Risikoprofil bei den Frauen der Kohorte zurückzuführen. Die Nebeneffekte der ACE-Hemmer waren jedoch in allen Studien bei Frauen häufiger als bei Männern. Insofern bleiben bei ACE-Hemmern einige Fragen offen. Wahrscheinlich ist es auch nötig, für das Verständnis der ACE-Hemmer Effekte bei Frauen den (prae/post) menopausalen Status zu berücksichtigen. Östrogene hemmen ACE und können somit eine endogene Bremse des Systems darstellen, die nach der Menopause wegfällt. Ob dies einen klinisch relevanten Effekt hat, bleibt offen.

Die großen Studien LIFE, ELITE II, Val-Heft, VALUE, VALIANT OPTIMAAL zeigten keine Geschlechterunterschiede in der Wirkung von ARB, wobei die Anteile der untersuchten Frauen in der Regel bei 20-40 % lagen, mit der Ausnahme von LIFE.

Aldosteronantagonisten und Diuretika

In den letzten Jahren wurden vermehrt Aldosteronantagonisten zur Therapie der HF eingesetzt. In den ersten großen Studien mit Aldosteronantagonisten auf das Überleben nach Myokardinfarkt und bei HF wurden keine signifikanten Geschlechterunterschiede gefunden. Allerdings gab es für Eplerenone einen Trend zu einer besseren Wirksamkeit bei Frauen (4). Die auffälligste Nebenwirkung dieser Substanzen, eine schmerzhafte Gynäkomastie, betrifft fast nur die Männer. Diuretika werden bei Frauen

häufiger eingesetzt, obwohl sie mehr unerwünschte Wirkungen haben. So kommt es bei Frauen häufiger zur Hyponatriämie und Hypokaliämie unter Diuretikatherapie. Beide Elektrolytstörungen haben das Potenzial für schwere Arrhythmien. Darüber hinaus haben Frauen häufiger längere QT-Zeiten als Männer und sind mehr gefährdet, QT-assoziierte Rhythmusstörungen zu erleiden. Entsprechende Daten wurden bisher jedoch nicht vorgelegt.

Antikoagulantien und Thrombolytika

Neuere Ergebnisse der CRUSADE-Studie an über 40.000 behandelten Patientinnen und Patienten zeigten, dass Frauen unter percutanen Koronarinterventionen, Ballondilatationen und den nachfolgenden gerinnungshemmenden Therapien mehr Blutungskomplikationen aufweisen als Männer.⁽⁵⁾

Eine weitere Analyse zeigte, dass die Substanzen bei Frauen häufiger überdosiert wurden als bei Männern. Dies betraf vor allem die älteren Frauen mit Serum-Kreatinin-Konzentrationen knapp unter 2 mg/dcl. Frauen, bei denen eine erhöhte Kreatinin-Clearance bestimmt wurde, erhielten in der Regel eine Dosisanpassung und waren danach weniger gefährdet, Blutungskomplikationen zu erleiden. Auch Frauen, bei denen korrekt dosiert wurde, hatten mehr Blutungskomplikationen als Männer mit korrekter Dosierung. Auch zur Therapie mit Coumarinen wurde berichtet, dass Frauen mehr Blutungskomplikationen aufweisen als Männer. Es könnte eine Interaktion mit Plasmaeiweißbindung, Konkurrenz mit Hormonen stattfinden, es könnte sich aber auch einfach um eine schlechtere Überwachung bei den Frauen handeln. Kürzlich fanden sich überraschende Ergebnisse einer Langzeitstudie, in der 39.876 gesunde Frauen, 45 Jahre oder älter, Placebo oder Aspirin erhielten und dann bis zum Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse beobachtet wurden. Die

Reduktion aller kardiovaskulären Ereignisse, der Effekt auf Myokardinfarkt oder auch Tod an kardiovaskulären Erkrankungen war nicht signifikant. Dies widerspricht Ergebnissen bei Männern über 50 Jahren, wo Aspirin das Risiko für Myokardinfarkt signifikant, bis zu 44% in der „Physicians Health Study“, reduzierte. Dabei liegen Unterschiede in der Pharmakokinetik vor, die eigentlich zu höheren Blutspiegeln bei Frauen führen sollten. Bisherige Erklärungsversuche neben der Pharmakokinetik stützen sich auf das unterschiedliche Risiko in den untersuchten Subgruppen.

Antiarrhythmika

Dass Frauen eine längere, korrigierte QT-Zeit haben und stärker auf Pharmaka reagieren, die den Kaliumeinwärtsstrom blockieren, wurde in klinischen und experimentellen Studien gezeigt. Dies erleichtert die Entstehung von Arrhythmien, und wird wahrscheinlich durch eine spezifische Regulation von Ionenkanälen durch Sexualhormone induziert. Frauen weisen vermehrt schwere Arrhythmien nach QT-Zeit verlängernden Pharmaka auf. Die Pharmaka-induzierte Torsade-de-Point-Tachykardie ist eine lebensbedrohliche Arrhythmieform, die bei Frauen deutlich häufiger ist als bei Männern, unabhängig von Lebensalter und Dosierung. Alle Pharmaka, die die Repolarisation verlängern, haben das Potenzial, kardiale, spannungsabhängige Kaliumkanäle zu blockieren. Diese Substanzgruppe enthalten nicht nur Anti-Arrhythmika, sondern auch Magendarmmittel, Anti-Psychotika, Anti-Histaminika und antibakteriell wirkende Substanzen.

Schwangerschaft

Zu Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkungen in der Schwangerschaft liegen fast keine systematischen Studien vor. Dies mag zwar im Sinne eines Schutzes der individuellen Schwangeren verständlich sein, führt jedoch zu einer generalisierten Unsicherheit über mög-

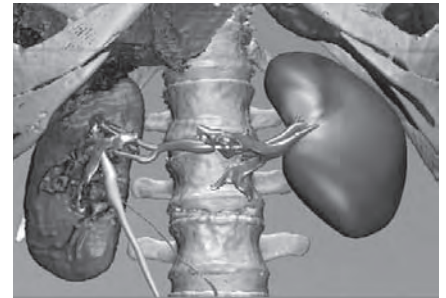
liche Behandlungsstrategien in der Schwangerschaft. Insgesamt liegen zu wenige Daten vor, um eindeutige und klinisch sichere Schlussfolgerungen zu ziehen. Im Einzelfall sollten die Effekte jedoch unbedingt bedacht werden.

Kürzlich wurden im Rahmen der Leitlinien für Herzerkrankungen in der Schwangerschaft Therapievorschlüsse für den Einsatz von Diuretika, Anti-Hypertensiva, Herzinsuffizienztherapie, antiarrhythmische Therapie und antithrombotische Therapie vorgelegt. Die Evaluation der vorhandenen Daten zeigte jedoch, dass insgesamt eine sehr große Unsicherheit in Bezug auf mögliche Dosierungen, sichere Anwendungsbereiche und Nebenwirkungen besteht.

Arzneimittelstoffwechsel

Geschlechterunterschiede im Arzneimittelstoffwechsel entstehen durch ein niedrigeres Körpergewicht, den höheren Fettgehalt des weiblichen Körpers und die Arzneimittelaufnahme. Gastrointestinale Enzyme, die für Arzneimittelstoffwechsel verantwortlich sind, unterscheiden sich bei Männern und Frauen. So ist die Aktivität der gastrischen Alkoholdehydrogenase bei Frauen niedriger als bei Männern. Geschlechterunterschiede in der Expression der Cytochrom P450-Isoenzym-Familie beeinflussen den Stoffwechsel zahlreicher Arzneimittel. CYP2E1 metabolisiert Anästhetika wie Halothan, Isofluran und Ethanol. Die Aktivität ist bei Frauen etwa 30% niedriger als bei Männern. Dementsprechend muss bei diesen Substanzen mit längeren Halbwertszeiten bei Frauen gerechnet werden. CYP3A4 ist in die Verstoffwechselung von geschätzt mehr als 50% aller Arzneimittel involviert. Insbesondere ist es in den Metabolismus von endogenen und exogenen Steroiden involviert, darüber hinaus in den von Arzneimitteln wie Erythromycin, Methylprednisolon, Prednisolon, Methadon, Takrolimus, Diltiazem, Nifedipin, Triazolam, Cyclosporin und Verapamil. Frauen haben im

Mittel eine 20-50% höhere Aktivität als Männer. CYP3A4-Substrate werden dementsprechend bei Frauen schneller abgebaut.



Nierenfunktion

Die Nierenfunktion, insbesondere die glomeruläre Filtrationsrate, ist in der Regel bei Männern höher als bei Frauen, insbesondere bei älteren Frauen. Dementsprechend ist die renale Arzneimittel-Clearance in der Regel bei Frauen niedriger als bei Männern. Digoxin hat eine 12-14% niedrigere Clearance in Frauen als in Männern. Dies hat sich möglicherweise in der Digoxin-Studie entscheidend auf die häufigeren Nebenwirkungsraten bei Frauen ausgewirkt.

Unterstützung

Wir danken für die großzügige Unterstützung der Margarethe Ammon Stiftung, der DFG (GK 754, DFG Re 662/6-1) und des Kompetenznetz Herzinsuffizienz, die diese Arbeit ermöglicht haben.

Wir danken Stephanie Roehner für exzellente sekretarielle Unterstützung.

Verfasserinnen:

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek
Dr. med. Carola Schubert

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Berliner Institut für Geschlechterforschung
in der Medizin
Campus Charité Mitte
Luisenstr. 65, 10117 Berlin
E-Mail: gim-office@charite.de

Das Literaturverzeichnis ist auf Anfrage in der Redaktion von BERLINER ÄRZTE erhältlich.

Wie gut ist meine Weiterbildung?

Bundesweite Evaluation der Weiterbildung gestartet

Wie gut ist meine Weiterbildung? – Diese Frage beschäftigt sowohl Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten als auch Befugte in hohem Maße. Denn die Qualität der Weiterbildung steht immer wieder in der Kritik. Wo die Hauptprobleme liegen und welche Größenordnung diese gefühlten Mängel haben, soll eine deutschlandweite Evaluation der Weiterbildung ans Licht bringen, die jetzt startet. Dieses von der Bundesärztekammer koordinierte und von den Landesärztekammern durchgeführte Projekt soll Aufschluss darüber geben, wo es wirklich knirscht. Für einen Erfolg der umfassenden Online-Befragung, die künftig regelmäßig durchgeführt werden soll, ist eine hohe Beteiligung aller Betroffenen – sprich Weiterbildungsbefugten und -assistenten – notwendig. Ziel ist eine deutliche Verbesserung der Weiterbildungssituation in Deutschland.

Von Sascha Rudat

Von verschiedenen Seiten wurde und wird immer wieder Kritik an der Weiterbildung geübt. Besonders auf Seiten der jungen Kolleginnen und Kollegen gibt es oft Unzufriedenheiten. Arbeitsüberlastung, schlechte Arbeitsbedingungen und unzureichende Anleitung sind besonders häufig zu hörende Kritikpunkte. Um endlich ein konkretes Bild von der Qualität der Weiterbildungsstätten und der Weiterbilder zu bekommen, wird jetzt nach langem Vorlauf erstmals eine umfassende Evaluation ärztlicher Weiterbildung durchgeführt.

Bereits in der Vergangenheit wurden immer wieder Evaluationsprojekte auf Landes- und Fachgruppenebene gestartet.

In Bremen und Hamburg gab es bereits 2006 eine Evaluation der Weiterbildungssituation – wobei diese beiden Evaluationen als Pilotprojekte zu der jetzt bundesweiten Evaluation zu verstehen sind. Beide Kammern haben sich am Schweizer Modell orientiert und ihre Erfahrungen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse haben sich in dem jetzt beginnenden Großprojekt niedergeschlagen. Berlin ist in Fragen Evaluation der Weiterbildung schon seit Jahren am Ball. Ende der 90er Jahre fand eine breit angelegte Befragung auf Initiative des Arbeitskreises Junge Ärzte statt. Schon 2001 forderte Kammerpräsident



Foto: Andres Rodriguez, Fotolia.com

ANZEIGE

Dr. med. Günther Jonitz in der Delegiertenversammlung eine umfassende Evaluation. Auch in der zurückliegenden Legislaturperiode plädierte der Kammerpräsident für eine Evaluation der Weiterbildung, die in geringem Umfang umgesetzt wurde. Parallel führte schon seit Jahren der Weiterbildungsausschuss Allgemeinmedizin unter Federführung von Dr. med. Hans-Peter Hoffert eine strukturierte Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin durch. 16 Landesärztekammern führen nun das aktuelle Projekt durch, das von der BÄK koordiniert und von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ) wissenschaftlich betreut wird.

Ziele der Befragung

Ziel der Online-Befragung ist, anhand der gesammelten Daten die Stärken und Schwächen der Weiterbildung in den einzelnen Weiterbildungsstätten zu erheben. Durch die Bewertung der Weiterbildungsstätten und die Darstellung der Ergebnisse der Mittelwerte auf Bundes- und Landesebene soll dieses Verfahren erstmals Vergleichsmöglichkeiten schaffen und Transparenz über die Weiterbildungssituation herstellen. Die Ergebnisse sollen also zeigen, wo es konkrete Verbesserungspotenziale gibt. Im Anschluss können Handlungskonzepte für strukturierte Weiterbildungsabläufe entwickelt werden.

Außerdem soll es im positiven Sinne zu einem Qualitätswettbewerb zwischen den Weiterbildungsstätten kommen. Eine gute Weiterbildung soll dabei von den Befugten und den Weiterbildungsstätten verstärkt als Wettbewerbs- und Marketingmöglichkeit begriffen werden.

Für die Ärztekammern bedeutet eine handfeste Datenbasis darüber hinaus auch eine solide Argumentationshilfe in der gesundheitspolitischen Diskussion. Die ärztliche Weiterbildung soll und muss in der Öffentlichkeit stärker als bisher als Kernaufgabe der Ärztekammern wahrgenommen werden. Durch eine routinemäßige Evaluierung der Weiterbildungssituation im Abstand von zwei Jahren soll dafür die Grundlage geschaffen werden.

Wie läuft die Befragung ab?

Die Ärztekammer Berlin hat die anonymisierten Kontaktdaten von allen Befugten in Kliniken und Praxen bis Ende Februar fristgemäß an die Bundesärztekammer geliefert. Von dort sind sie zur Aufbereitung an die ETHZ in Zürich gegangen. Die Kammer hat dann für jeden Befugten einen persönlichen Zugangs-Code erhalten.

Ende April/Anfang Mai bekommen alle Befugten von der Ärztekammer Berlin einen Brief mit der Bitte, an der Befragung teilzunehmen. Dazu geht der Befugte mit seinem persönlichen Zugangs-Code, den er mit dem Brief erhalten hat, auf das genannte Online-Portal. Dort wird er aufgefordert, die Zahl seiner Assistenten zu nennen und den Fragebogen (circa 30 Fragen) zu beantworten.

Dabei wird u.a. gefragt nach:

- Wochenarbeitszeit / Aufteilung auf verschiedene Tätigkeiten
- Arbeitszeitgesetz und Vereinbarkeit mit der Weiterbildung
- Weiterbildungskonzept („Curriculum“) / Rotationen
- Einschätzung der Motivation der Assistenten
- Fort- und Weiterbildungsbudget

Sollten Befugte einen Brief bekommen haben, die derzeit keine Assistenten weiterbilden, so mögen auch diese das bitte im Online-Portal angeben (Angabe 0). Dann fallen sie aus der Befragung heraus.

Nach der Angabe der Assistentenzahl erhält der Befugte umgehend eine Mail mit persönlichen Zugangs-Codes für jeden seiner Assistenten. Diese sollte er möglichst schnell an seine Assistenten verteilen.

Jeder Assistent wiederum geht mit seinem persönlichen Zugangs-Code auf das Web-Portal und loggt sich ein. Dort muss er seine PIN ändern. Damit hat der Befugte keinerlei Zugang zum Fragebogen seines Assistenten! Dann füllt der Assistent seinen Online-Fragebogen aus, der an die ETHZ weitergeleitet wird.

Der Weg, über die Befugten an die Assistenten heranzutreten, wurde im Vorfeld kritisiert. Er stellt aber aus Sicht

der Organisatoren die derzeit praktikabelste Lösung dar, da die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung nicht bekannt ist. Ob dieser Aufbau bei zukünftigen Befragungen wieder gewählt wird, ist derzeit noch offen.

Inhalt und Dauer

Der Fragebogen der Weiterbildungsassistenten besteht aus acht Fragenkomplexen mit zusammen rund 100 Fragen:

- Globale Beurteilung
- Vermittlung von Fachkompetenzen
- Lernkultur
- Führungskultur
- Fehlerkultur
- Entscheidungskultur
- Betriebskultur
- Anwendung evidenzbasierter Medizin sowie weitere Fragen, die sich mit der Eigenaktivität, dem Weiterbildungskonzept, der Arbeitssituation und dem Arbeitszeitgesetz befassen.

Bei den meisten Fragen muss ein Kästchen auf einer Skala zwischen „Trifft voll und ganz zu“ (1) und „Trifft überhaupt nicht zu“ (6) angeklickt werden.

Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens dauert zwischen 15 und 20 Minuten.

BERLINER ÄRZTE wird den Fragebogen in der kommenden Ausgabe näher vorstellen. Außerdem werden die Fragebögen von Befugten und Assistenten auf der Homepage der Kammer zur Ansicht eingestellt werden, damit sich die Beteiligten und Interessierte vorab davon ein genaues Bild machen können, was sie erwartet.

Zeitlicher Rahmen

Die Befugten und Assistenten haben zwischen 6 und 8 Wochen Zeit zum Ausfüllen. 3 und 6 Wochen nach dem Start der Befragung werden sie nochmals zur Teilnahme aufgefordert, falls sie dies bis dahin noch nicht getan haben.

Auswertung

Von September bis November dieses Jahres werden die Befragungsergebnisse von der ETHZ analysiert und ausgewertet. Das Schweizer Institut erstellt die so genannten Befugten-Berichte und die Benchmarks sowie die Länderrapporte für die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer. Ende 2009/Anfang 2010 können die Befugten dann die Befugten-Berichte sowie Benchmarks innerhalb des eigenen Fachgebiets auf Länderebene und auf Bundesebene einsehen. Die Benchmark-Gruppen gliedern sich in

- 51 Facharzt-Gruppen gemäß Musterweiterbildungsordnung
- 5 Gruppen Basisweiterbildungen = Gebiete MWbO
- 1 Gruppe Hausärzte
- 1 Gruppe Fachärzte ambulant

Die Befugten verpflichten sich bei der Befragung, ihren Assistenten die Ergebnisse mitzuteilen. Die Organisatoren setzen aber auf einen positiven Druck, der entsteht, wenn andere ihre Ergebnisse veröffentlichen (s. DV-Bericht auf Seite 30).

Die Befugten-Berichte, in denen der Befugte die Durchschnittswerte seiner Weiterbildungsstätte einsehen kann, erhält dieser nur, wenn mindestens vier Assistenten aus seiner Weiterbildungsstätte teilgenommen haben. Bei weniger als vier Beteiligten wäre die Anonymität nur noch beschränkt gewährleistet. Die Ergebnisse gehen dann nur noch in die allgemeine anonymisierte Auswertung für den Länder- und Bundesvergleich ein. Allerdings kann der Assistent in seinem Fragebogen die Einwilligung geben, dass seine Ergebnisse auch bei weniger als vier ausgefüllten Fragebögen zur Rückmeldung an den Befugten herangezogen werden.

Appell zum Mitmachen

Auf den ersten Blick erscheint die Befragung aufwändig. Für jeden einzelnen ist es aber ein sehr überschaubarer Aufwand.

Ablauf der Online-Befragung

- Jeder Befugte erhält von der Kammer einen Brief mit seinem persönlichen Zugangs-Code.
- Mit dem Zugangs-Code geht der Befugte auf das Online-Portal, beantwortet die circa 30 Fragen und nennt gleichzeitig die Zahl seiner Assistenten.
- Umgehend erhält der Befugte für jeden seiner Assistenten einen Zugangs-Code per E-Mail.
- Diese Codes verteilt er an seine Assistenten.
- Jeder Assistent loggt sich mit seinem Zugangs-Code im Web-Portal ein. Dort muss er seine PIN ändern.
- **Damit hat der Befugte keinerlei Zugang zum Fragebogen des Assistenten.**
- Der Assistent füllt online die acht Fragen-Komplexe (circa 100 Fragen) aus. Dauer: 15-20 Minuten.
- Die Daten werden von der ETHZ ausgewertet.
- Nach der Auswertung können die Befugten die Befugten-Berichte sowie die Benchmarks im Fachgruppenvergleich auf Länder- und Bundesebene einsehen.
- Die Kammern erhalten ebenfalls Einsicht in die Befugten-Berichte und Länderrapporte.

Der persönliche Benefit ist, dass jeder im Anschluss weiß, wo seine/ihre Weiterbildungsstätte im Vergleich steht – egal, ob als Befugter oder als Weiterbildungsassistent. Dann wird auch die Frage geklärt: Wie gut ist meine Weiterbildung? Deshalb sollten alle, denen eine gute ärztliche Weiterbildung am Herzen liegt, bei der Befragung mitmachen.

Wer sich zum Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ umfassend informieren möchte, sollte zur Informationsveranstaltung am 6. Mai 2009 um 17.00 Uhr in die Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, kommen.

srd

Weitere Informationen

Sollten Sie Fragen zu dem Projekt oder zum Ausfüllen der Fragebögen haben, können Sie sich an die Ärztekammer Berlin wenden:

E-Mail: eva@aekb.de

Alle Informationen finden Sie auch auf der Homepage der Ärztekammer unter

www.aerztekammer-berlin.de/eva

Darüber hinaus finden Sie weitergehende Informationen auf der Projekt-Homepage der Bundesärztekammer:

www.gute-weiterbildung.de

ANZEIGEN

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-Fortbildungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekkammer-berlin.de (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender 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
■ Modul I: 20.-21.02.2009 Modul II: 13.-14.03.2009 Modul III: 15.-16.05.2009	Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: begutachtung2009@aekb.de Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €	40 P
■ 04.-05.09.2009	16-Stunden-Kurs „Qualifikation von Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 120 €	16 P
■ 25.04.2009 26.09.2009	8-Stunden-Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr jeweils 130 €	je 9 P
■ TERMINPLANUNG: HERBSTKURS 2009 3 Präsenzmodule: 07.-12.09.2009 02.-07.11.2009 07.-12.12.2009	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (weitere Informationen s. S. xxx)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de	50 P pro Modul
■ 15.-17.06.2009	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr 230 €	21 P
■ 17.-19.06.2009 19.06.2009	Spezialkurs im Strahlenschutz: - bei der Röntgendiagnostik - bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs CT: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 07.09.-16.09.2009 (Kursteil A1) 16.09.-25.09.2009 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs A gesamt: 920 € Kurse A1 und A2 getrennt: je 460 €	

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Wiederholung aufgrund der großen Nachfrage!

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 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-ambulanten 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: Barbara Temme
Fachärztin für Chirurgie, Berlin
Werner Sellmer
Fachapotheker für klinische Pharmazie, Hamburg

Termin: Samstag, 16.05.2009, 15.00-18.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich

Ärztekammer Berlin, Tel. 40 80 6-1207, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.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.

Impfungen in der Praxis

Sonntag, 5. Dezember 2009, 9:00 – 17:30 Uhr

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Referenten: Dr. med. Carola Börner, Ehem. Leiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Berlin-Mitte
Dr. med. Christof Schaefer, Beratungszentrum f. Embryonaltoxikologie, Berlin
Dr. med. Christian Schönfeld, Institut für Tropenmedizin, Berlin
Dr. med. Wolfram Singendonk, Kinder- und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis, Berlin

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung), 10 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldungen bitte an: Ärztekammer Berlin, Tel.: (030) 408 06 1215

Fax: (030) 408 06 55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Herbst 2009 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben. Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl begrenzt.

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:	Präsenzwoche 1:	07.09.2009 bis 12.09.2009
	Präsenzwoche 2:	02.11.2009 bis 07.11.2009
	Präsenzwoche 3:	07.12.2009 bis 12.12.2009

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und
Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder
per E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de

Delegierte stehen geschlossen hinter Evaluation der Weiterbildung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 18. Februar 2009

Das Projekt Evaluation der Weiterbildung hat auf der Tagesordnung der Delegiertenversammlung am 18. Februar ganz oben gestanden. Die Projektleiterin der Bundesärztekammer, Annette Güntert, stellte den Berliner Delegierten die Online-Befragung umfassend vor (s. auch S. 23). Daneben wählten die Ärztevertreter die Berliner Delegierten für den 112. Deutschen Ärztetag in Mainz und änderten den Wirtschaftsplan 2009 in einem Punkt. Außerdem wurde der Kammervorstand beauftragt, eine überarbeitete Entschädigungsregelung und eine überarbeitete Gebührenordnung für die Prüfungen von Medizinischen Fachangestellten vorzulegen.

Von Sascha Rudat

Wie gut ist meine Weiterbildung? – Diese Frage beschäftigte am 18. Februar – nicht zum ersten Mal – die Berliner Delegierten. Die Projektkoordinatorin der Bundesärztekammer, Annette Güntert, präsentierte die jetzt bundesweit gestartete Evaluation der Weiterbildung und stellte sich den Fragen der Berliner Delegierten zu der Online-Befragung, die künftig alle zwei Jahre durchgeführt werden soll. Dabei warb sie besonders dafür, das Projekt in den Kliniken und den Praxen bekannt zu machen. Eine hohe Beteiligung sei ausschlaggebend für den Erfolg der Befragung, sagte Güntert. Das sahen auch die Delegierten so, die das Projekt einhellig begrüßten.

Doch gab es auch einige kritische Stimmen zur Durchführung der Evaluation. Bemängelt wurde vor allem, dass die Befragung über die Befugten läuft und dass zunächst nur diese die so genannten Befugten-Berichte (neben den Kammern) zur Einsicht bekommen. Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) warnte davor, den Weiterbildungsassistenten nicht ebenfalls alle Ergebnisse zur Einsicht zu geben. Die Fraktion Gesundheit brachte deshalb einen Antrag ein, der einerseits die Befragung ausdrücklich begrüßt, der den Vorstand aber auch auffordert, auf

die nötige Transparenz hinzuarbeiten. Der Antrag wurde, da ohnehin der Linie des Vorstandes folgend, einstimmig verabschiedet.

Die Befragung über die Befugten laufen zu lassen, ist aus Sicht der Organisatoren die praktikabelste Lösung, wie Güntert betonte. Sie erklärte, dass sich die Befugten bereits im ersten Durchgang verpflichteten, die Ergebnisse ihren Assistenten mitzuteilen. Nur werde dies nicht überprüft. Man baue vielmehr darauf, dass ein posi-



BÄK-Projektleiterin Annette Güntert stellte die Evaluation der Weiterbildung vor.



ver Druck entstehe, wenn die Befugten mit guten Ergebnissen diese veröffentlichen. „Wir setzen auf eine von unten wachsende Freiwilligkeit“, erklärte sie.

Vorstandsmitglied Werner Wyrwich (Marburger Bund) zeigte sich zufrieden, dass auch die Schwachpunkte des Projekts angesprochen wurden. „Aber es ist wichtig, dass wir angefangen haben und Druck auf die Straße bringen“, unterstrich er die besondere Bedeutung der Befragung. Zugleich wies er darauf hin, dass die Ärztekammer mit den Abteilungen, die sehr schlecht abschneiden „in einen konstruktiven Dialog“ treten werde. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) fügte hinzu, dass man nach langem Vorlauf endlich ein wichtiges Thema zum Laufen bringe. Erstmals hatte die DV im Juli 2001 die Evaluation der Weiterbildung beschlossen. Diese wurde dann leider nicht umgesetzt. Die weitere Diskussion drehte sich dann noch um Schwachpunkte in der Weiterbildungsordnung und den Prüfungen.

Delegierte für Mainz

Die Liste mit den 16 Delegierten sowie ihren Stellvertreterinnen und Stellvertretern (s. Kasten S. 32) für den 112. Deutschen Ärztetag im Mai in Mainz wurde von der Delegiertenversammlung einstimmig verabschiedet.

Änderung des Wirtschaftsplans

Daneben hatten die Delegierten über eine Änderung des Wirtschaftsplans 2009

zu entscheiden. Es war vorgesehen, dass die gemeinsame Geschäftsstelle der ÄSQSB (Ärztliche Stelle Qualitätssicherung – Strahlenschutz Berlin) noch im Jahr 2008 an die KV Berlin übertragen werden sollte. Da der Senat diese Aufgabe aber noch nicht wirksam auf die KV übertragen hatte, musste die ÄSQSB im Wirtschaftsplan berücksichtigt werden. Wie Schatzmeister Rudolf Fitzner betonte, ändere sich hinsichtlich der Bilanzierung nichts. Die Delegierten stimmten der Änderung einstimmig zu.

Die Beschlüsse der Delegiertenversammlung:

Drucksache 12/45: Unterstützung des Projekts „Evaluation der Weiterbildung“, einstimmig;

Drucksache 12/41: Wahl der Abgeordneten und deren Vertreter für den 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz, einstimmig, s. Kasten Seite 32;

Drucksache 12/42: Änderung des Wirtschaftsplans 2009, einstimmig;

Drucksache 12/43: Auftrag an den Vorstand zur Vorlage einer überarbeiteten Entschädigungsregelung und einer überarbeiteten Gebührenordnung bei den Prüfungen von Medizinischen Fachangestellten, einstimmig bei 2 Enthaltungen.

Größerer Prüfungsaufwand

Wie Christoph Röhrig, Leiter der Abteilung 3 der Kammer (zuständig u.a. für die Berufsbildung), erläuterte, ist der Aufwand für die Prüfungen der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten enorm gestiegen. Ab dem kommenden Sommer werden fast alle Auszubildende nach der neuen Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte geprüft werden. Statt wie früher 20 Minuten nimmt die Prüfung heute jeweils 80 Minuten in Anspruch. Die gegenwärtige Entschädigungsregelung stehe so nicht mehr im Verhältnis zu dem gestiegenen zeitlichen Aufwand. Um die Prüfungen sicherzustellen, würden sich

die Kosten erhöhen, deshalb müsse auch darüber nachgedacht werden, ob höhere Gebühren erforderlich seien, insbesondere für nicht kammerangehörige Personen oder Institutionen.

Helmut Mälzer (Liste Allianz) warnte vor einer Erhöhung der Gebühren für Kammermitglieder, er unterstützte jedoch zusätzliche Gebühren für Nichtkammermitglieder. Zugleich kritisierte er die überbetriebliche Ausbildung, die zusätzlich Kosten verursache und nicht effektiv sei. Kammerpräsident Jonitz erläuterte, dass sich der Vorstand bereits mit der überbetrieblichen Ausbildung befasst habe und diese wesentlich gekürzt werden solle.

Der Antrag, den Vorstand mit einer Überarbeitung der Entschädigungen und der Gebühren für die Prüfungen von Medizinischen Fachangestellten zu beauftragen, wurde bei zwei Enthaltungen einstimmig angenommen.

Antrag zurückgezogen

Für Diskussionen sorgte ein Antrag des Vorstandes, wonach dieser von der DV beauftragt werden sollte, ein Konzept zur Anpassung der Prüferentschädigungen (Weiterbildung) und gegebenenfalls zur Einführung von Prüfungsgebühren zu erstellen. Dies sei notwendig, um künftig

eine ausreichende Anzahl von Prüfern für die deutlich gestiegenen Weiterbildungsprüfungen gewinnen zu können, so die Begründung. Durch die aktuelle Weiterbildungsordnung ist die Zahl der Prüfungen stark gestiegen. Um eine aufwandsgerechte Entschädigung der Prüfersicherzustellen, sei außerdem eine Teilfinanzierung über die Einführung von Gebühren anzustreben, hieß es weiter.

Zunächst drehte sich die Diskussion unter den Delegierten darum, ob es sinnvoll sei, die Entschädigungen anzuheben und Gebühren einzuführen. Die Delegierten Andreas Grüneisen und Matthias David

(Marburger Bund) sprachen sich klar dagegen aus. Ihrer Meinung nach ist die zu geringe Zahl an Prüfern keine Frage des Geldes. Abgelehnt wurde von einigen Delegierten auch die Einführung von Gebühren ab der zweiten Facharztprüfung sowie Zusatzweiterbildungen und Schwerpunktbezeichnungen. „Die Einführung von Gebühren für die erste Facharztprüfung steht nicht zur Debatte“, stellte Kammerpräsident Jonitz daraufhin klar. Und Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz) wies darauf hin, dass in allen anderen Kammern, außer Thüringen, Gebühren erhoben würden. „Mit den zusätzlichen Facharztbezeichnungen und

Schwerpunkten wird ja auch Geld verdient“, betonte er.

Danach stellte Kilian Tegethoff (Marburger Bund) die Frage, weshalb der Auftrag der DV zur Erstellung eines Konzeptes notwendig sei. Dem schlossen sich mehrere Delegierte an und forderten den Vorstand auf, den Antrag zurückzuziehen und einfach ein Konzept vorzulegen. „Und dann stimmen wir darüber ab“, erklärte Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit). Der Antrag wurde daraufhin zurückgezogen. Der Vorstand wird jetzt ein Konzept erarbeiten und vorlegen.

srd

Als Delegierte bzw. deren Stellvertreter zum 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz wurden von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin benannt:

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Niedergelassene Ärzte	Dr. med. Georgi Wassilew	Dr. med. Wolfgang Kreischer
2.) Fraktion Gesundheit	Anna-Marta Klimiuk	Dr. med. Thea Jordan
3.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Verena Dicke	Dr. med. Wolfram Singendonk
4.) Fraktion Gesundheit	Hermann Brehme	Dr. Carsten Belter
5.) Fraktion Gesundheit	Julian Veelken	Dr. med. Eva Müller-Dannecker
6.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Stefan Hochfeld	Dr. med. Volker Pickerodt
7.) Marburger Bund	Dr. med. Werner Wyrwich	Dr. med. Sigrid Kemmerling
8.) Marburger Bund	Dr. med. Kilian Tegethoff	Dr. med. Matthias Albrecht
9.) Marburger Bund	Dr. med. Peter Bobbert	Dr. med. Günther Jonitz
10.) Hausärzte im BDA	Klaus-D. Elstermann von Elster	Dipl.-Med. Dieter Schwowchow
11.) Hausärzte im BDA	Stephan Bernhardt	Prof. Dr. med. Vittoria Braun
12.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Svea Keller	Dr. med. Roland Urban
13.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Dietrich Banzer	Dr. med. Elmar Wille
14.) Allianz Berliner Ärzte	Prof. Dr. med. Harald Mau	Dr. med. Dittmar Kruska
15.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Christian Handrock	Dr. med. Sabine Krebs
16.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	Burkhard Bratzke

ANZEIGE

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

Bestandene Facharztprüfungen Januar bis Februar 2009 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Eyad Abduljawwad	FA Innere Medizin
Minou Afshar-Solimani	FA Urologie
Soha Asgari	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Henning Aurich	FA Augenheilkunde
Fuad Barakat	FA Radiologie
Dr. med. Ina Beeretz	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Holger Beutel	FA Urologie
Dr. med. Frieder Brehm	FA Chirurgie
Askin Büyüközer	FA Innere Medizin
Prof. Dr. med. Harry Conrads	FA Nervenheilkunde
Dr. med. Antje Dembinski	FA Augenheilkunde
Toralf Dietzel	FA Innere Medizin
Eugen Eliasch	FA Chirurgie
Dr. med. Jörg N. Elster **	FA Innere Medizin
Dr. med. Lope Estévez Schwarz	FA Chirurgie
Dr. med. Johannes Fakler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Thomas Finkbeiner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Marcus Fischdick	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Berit Fischer	FA Kinderchirurgie
Dr. med. Ingo Fiss	FA Neurochirurgie
Dr. med. Max Freiherr von Seebach	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Tatiana-Alexandra Funck	FA Augenheilkunde
Dr. med. Bernd Gengenbach	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Andreas Greißinger	FA Innere Medizin
Dr. med. Michael Grothe	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Dr. med. Konstanze Gabriele Halder	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Mirjam Hansen	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Dirk Heinichen	FA Chirurgie
Heiko Helbig	FA Chirurgie
Dr. med. Monika Heydenreich	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Wolfgang Hoffmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Christiane Hofmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Ralf-Harto Hübner	FA Innere Medizin
Dr. med. Jaqueline Jacobi	FA Innere Medizin
Christian-Friedrich Jehn	FA Innere Medizin

ANZEIGEN

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Christoph Kahl	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Friederike Kauer	FA Dermatologie und Venerologie
Dr. med. Stefanie Klaffke	FA Neurologie
Dr. med. Stefan Knaut	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Ruth Koch	FA Kinder- und Jugendmedizin
Turna Köcer	FA Nuklearmedizin
Dr. med. Rebekka Kretz	FA Neurologie
Dr. med. Sandra Krüger	FA Orthopädie
Dr. med. Volker Kunzmann	FA Neurologie
Dr. med. Claudia Lehmann	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Alexander Lemmé	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Vesela Loch	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Uta Annette Lochmann	FA Visceralchirurgie
Dr. med. Matthias Matthiessen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Georgios Matziolis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Katrin Metz	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Christine Möhlig	FA Innere Medizin
Gunter Müller-Glewe	FA Chirurgie
Karsten Müller	FA Innere Medizin
Eberhard Mulsow	FA Chirurgie
Dr. med. Antje Neumann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Noelle Solange Nzimegne-Gölz	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Elvira Peltonen	FA Neurochirurgie
Dr. med. Daniela Pfaff	FA Anästhesiologie
Dr. med. Natalie Pirkham	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Hans-Jürgen Raatschen	FA Diagnostische Radiologie
Dipl.-Med. Bernd Radzewitz	FA Visceralchirurgie
Dr. med. Frank Rauhut	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Hagen Reichelt	FA Kinder- und Jugendmedizin
Reinhard Schleuß	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Anne Renger	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Germain Renouard	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Torsten Roeßler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Viola Roggenkamp	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Jens-Eric Röhl	FA Neurologie
Dr. med. Nicolai Cecil Rutkowski	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Dietmar Sander	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Hans-Dieter Scharf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. Heinz Schauwecker	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Thomas Schilder	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Jane Schilling	FA Chirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Tobias Schilling	FA Kinder- und Jugendmedizin
Daniel Schöndube	FA Innere Medizin
Dr. med. Malte Schröder	FA Innere Medizin
Dr. med. Carsten-Oliver Schulz	FA Innere Medizin
Dr. med. Wito Schulze	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Daniel Schumacher	FA Nervenheilkunde
Dr. med. Imke Schwartau	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Thomas Siegel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Canan Temel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Efat Torabi Paridari	FA Allgemeinmedizin
Gerrit Vater	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Stefan Veitshans	FA Innere Medizin
Dr. med. Michael Wagner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Thomas Wäkerle	FA Urologie
Dr. med. Frank Wanjura	FA Chirurgie
Dr.med.univ. Florian Wichlas	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Peter Winter	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Rüdiger Wolf	FA Kinder- und Jugendmedizin
Aysen Wunschel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Mechthild Wünscher	FA Augenheilkunde
Aykut Yilmaz	FA Chirurgie
Dr. med. Elisabeth Eva Zadan	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Helen Zeytountchian	FA Neurologie
Dr. med. Tobias Zißner	FA Allgemeinmedizin

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

ANZEIGE

Fragen & Antworten zum Fortbildungszertifikat

Informationen zum „Stichtag 30.06.2009“

Für den Großteil aller Berliner niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist der 30. Juni 2009 ein ganz besonderes Datum: Bis zu diesem Tag müssen alle Vertragsärzte, die vor dem 01.07.2004 zugelassen waren, den Nachweis einer erfolgten Fortbildung, d.h. 250 Fortbildungspunkte, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vorlegen. Dieser Nachweis ist typischerweise das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Berlin. Der nahende Stichtag bedeutet für alle Beteiligten ein Novum und ist mit umfangreichen Arbeiten für die Ärztekammer Berlin verbunden. Von den rund 7.000 Niedergelassenen sind etwa 5.400 schon länger als fünf Jahre als Vertragsärzte tätig und fallen somit in die Stichtagsregelung „30.06.2009“ des Gesetzgebers. Um diese Herausforderung zu meistern, hat die Ärztekammer Berlin frühzeitig geeignete Maßnahmen ergriffen, um auch die mengenmäßige und logistische Herausforderung im Sinne der Kammermitglieder umzusetzen. Bitte beachten Sie, dass wir aufgrund der zahlreichen (Detail-)Anfragen durch unsere niedergelassenen Kammermitglieder mit einer verlängerten Bearbeitungszeit bei denjenigen Kammermitgliedern rechnen müssen, die nicht unter diesem Termindruck stehen. Insofern bitten wir Sie um Geduld. Lesen Sie dazu auch auf Seite 13.

Wie ist mein Punktestand und wie kann ich mein Online-Konto einsehen?

Sie können Ihren Fortbildungspunktestand jederzeit in dem für Sie angelegten Online-Fortbildungspunktekonto einsehen. Dieses wird seit Sommer 2008 von der Ärztekammer Berlin als Bestandteil des Mitglieder-Portals (erreichbar unter **www.aerztekammer-berlin.de**) für alle rund 26.000 Kammermitglieder betrieben. Wir bitten Sie daher herzlich, dieses Angebot zu nutzen – so wie viele andere Kolleginnen und Kollegen auch.

Bitte beachten Sie, dass in der „heißen Phase“ der Zertifikatserstellung für die niedergelassenen Kammermitglieder (diese müssen bis zum Stichtag 30.06.2009 ein gültiges Fortbildungszertifikat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen) Fragen zum Punktekontostand erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung beantwortet werden können und sich daher eine persönliche Nachfrage voraussichtlich erst ab dem 01.08.09 empfiehlt.

Um das Online-Fortbildungspunktekonto zu nutzen, ist eine vorherige Anmeldung erforderlich. Hierzu wurden Sie von der Ärztekammer Berlin im Sommer 2008 angeschrieben. Das Anschreiben ist Teil einer

zweistufigen Anmeldung, die das Post-Ident-Verfahren nutzt und somit eine hohe Datensicherheit ermöglicht. Unter **www.aerztekammer-berlin.de**, weiter zu „Mitglieder-Portal“, finden Sie eine Kurz- und eine ausführliche Anleitung.

Falls Sie sich noch nicht auf dem Online-Fortbildungspunktekonto registriert haben oder Ihnen die Zugangsdaten nicht mehr vorliegen, so melden Sie sich bitte bei der zuständigen Abteilung 5, interne Dienstleistungen der Ärztekammer Berlin, unter der E-Mail-Adresse **mitgliederportal@aekb.de**, die Ihnen alle notwendigen Informationen und Unterlagen bereitstellen wird.

Wie beantrage ich ein Fortbildungszertifikat?

Sie können ein Fortbildungszertifikat beantragen, wenn Sie 250 Punkte und eine Fortbildungsaktivität von fünf Jahren auf Ihrem Fortbildungspunktekonto vorweisen können.

Wenn beide Bedingungen erfüllt sind und Sie ein Fortbildungszertifikat benötigen, so gehen Sie bitte unter **www.aerztekammer-berlin.de** auf das „Mitglieder-Portal“

und loggen sich in Ihrem Online-Fortbildungspunktekonto mit Ihrem Benutzernamen und Passwort ein. Nach dem Login gehen Sie bitte zu „Zertifikat beantragen“ und klicken auf der folgenden Seite die entsprechende Schaltfläche. Der Bearbeitungsauftrag an die ÄKB wird damit unmittelbar ausgelöst. Sobald das Zertifikat erstellt ist, senden wir Ihnen zwei Ausfertigungen zu Ihrer weiteren Verwendung per Post zu.

Warum fehlen auf meinem Fortbildungspunktekonto Punkte? Warum sind Veranstaltungen nicht eingetragen?

Aufgrund der sehr großen Anzahl von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen (in Berlin waren es 2008 über 10.000) und der – leider – nicht durchgehenden Verwendung von Barcode-Aufklebern durch die Kammermitglieder, kann es dazu kommen, dass Ihre Veranstaltungsteilnahme noch nicht gemeldet oder erfasst wurde.

Alle Teilnehmerlisten, die mit Barcode-Aufklebern versehen sind und durch die Veranstalter an die Ärztekammer Berlin eingesandt wurden, werden innerhalb von drei Monaten zuverlässig per Scann-Verfahren erfasst; diese Fortbildungspunkte erscheinen zeitnah, das heißt etwa 14 Tage nach dem Einscannen auf Ihrem Online-Fortbildungspunktekonto.

Bitte beachten Sie, dass wir handschriftlich ausgefüllte Teilnehmerlisten ohne Barcode-Aufkleber, aber mit angegebener

ANZEIGE

Fortbildungsnummer (EFN), vor dem Hintergrund des enormen Arbeitsaufwands nur mit erheblicher Verzögerung erfassen können. Hier bleibt Ihnen jedoch weiterhin der Weg offen, fehlende Punkte durch Teilnahmebescheinigungen nachzuweisen und eintragen zu lassen.

Ich möchte fehlende Veranstaltungen bzw. Punkte eintragen lassen. Wie geht das?

Der beste Zeitpunkt, um fehlende Veranstaltungen eintragen zu lassen, ist etwa drei Monate vor der gewünschten bzw. möglichen Zertifikatsausstellung. Beispiel: Wenn Sie zum März 2011 ein Zertifikat benötigen, dann ist es sinnvoll, fehlende Bescheinigungen im Dezember 2010 einzureichen. Hierzu senden Sie uns bitte entsprechende Nachweise Ihrer zertifizierten (von einer deutschen Landesärztekammer anerkannten) Veranstaltungsteilnahmen, die **noch nicht** auf Ihrem Online-Fortbildungspunktekonto erfasst sind, in **Kopie** und **chronologisch** sortiert mit kurzem **Anschreiben** zu.

Wir erfassen dann händisch die fehlenden Veranstaltungen und schreiben Ihnen die entsprechenden Punkte auf Ihrem Online-Fortbildungskonto gut. Wenn Sie die Erfassung beschleunigen und erleichtern wollen, dann senden Sie uns bitte Ihre Bescheinigungen als PDF-Datei – mit kurzem **Anschreiben** – per E-Mail an **fb-punktekonten@aekb.de** zu.

Bitte beachten Sie, dass eine Erfassung von Einzelbescheinigungen und Bescheinigungen ohne Anschreiben oder ohne erkennbaren bzw. lesbaren Namen, sei es in Papierform, als Fax oder Datei, nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung und auch nur dann erfolgen kann, wenn noch keine 250 Punkte erreicht worden sind.

Kontrollieren Sie daher bitte vor Absendung der Teilnahmebescheinigungen nochmals Ihr Online-Fortbildungspunktekonto: Möglicherweise sind die fehlenden Veranstaltungen und Punkte zwischenzeitlich gemeldet und registriert worden.

Unsere Anschrift für Ihre Teilnahmebescheinigungen:

**Ärztekammer Berlin
Abteilung Fortbildung
Servicebereich Punktekonten
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin**

Warum finden sich auf meinem Fortbildungspunktekonto jetzt weniger Punkte als vorher?

Wenn Sie dieses Phänomen beobachten, ist in der Regel folgendes passiert: Zwischenzeitlich ist Ihr Fortbildungskonto bearbeitet und ein Zertifikat ausgestellt worden, welches wir Ihnen in Kürze zusenden werden. Dies können Sie auch an dem Eintrag „Datum der letzten Zertifikatsausstellung“ unter Punktstand > Überblick auf Ihrem Online-Fortbildungspunktekonto erkennen.

Mit der Ausstellung des Zertifikats wird das alte Fortbildungskonto auf Null gesetzt und, wenn vorhanden, ein Übertrag von maximal 50 Punkten aus dem „alten“ in das „neue“ Fortbildungspunktekonto vorgenommen. Alle Veranstaltungen, die Sie nach dem Ausstellungsdatum des Zertifikats besuchen, werden im neuen Online-Fortbildungspunktekonto entsprechend registriert.

Warum finde ich keine Referentenpunkte auf dem Fortbildungspunktekonto?

Wenn Sie als Referent aktiv an Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte beteiligt

sind, stehen Ihnen sogenannte „Referentenpunkte“ zusätzlich zu den Fortbildungspunkten der Veranstaltung zu. Im Bereich der Ärztekammer Berlin sind dieses maximal 10 Punkte pro Jahr bzw. 50 Punkte in fünf Jahren.

Eine automatische Erfassung von Referentenpunkten ist mit dem derzeitigen System (leider) nicht möglich, so dass wir für die manuelle Gutschrift auf Ihre aktive Mitarbeit angewiesen sind.

Daher bitten wir Sie, wenn Sie Ihr Fortbildungszertifikat beantragen, uns kurz die Veranstaltungen zu nennen, an denen Sie als Referent mitgewirkt haben. Da nicht mehr als 10 Referentenpunkte pro Jahr anerkannt werden können (siehe auch Fortbildungsordnung der ÄKB), reicht es aus, wenn Sie uns jeweils 10 Veranstaltungen pro Jahr nennen. Falls Sie geeignete Nachweise zur Hand haben, so reichen Sie uns diese bitte in KOPIE und SORTIERT mit kurzem ANSCHREIBEN ein und wir werden die entsprechenden Eintragungen in Ihrem Fortbildungspunktekonto vornehmen.

Ich habe viele Fortbildungspunkte über meine Fachgesellschaft gesammelt. Warum finde ich diese Punkte nicht im Fortbildungspunktekonto der ÄKB?

Verschiedene medizinische Fach- und Servicegesellschaften bieten neben Fortbildungsangeboten für ihre Mitglieder auch zusätzlich die Führung und Pflege eines eigenen Fortbildungspunktekontos an.

Die dort registrierten Punkte müssen aber nicht zwingend aus zertifizierten (Ärztekammer-)Punkten bestehen, das heißt es kann sich auch um reine „Fachgesellschaftspunkte“ handeln. Ist dies der Fall, das heißt weisen die dort aufgeführten Veranstaltungen keine 19-stellige Veranstaltungsnummer (VNR) einer deutschen Landesärztekammer auf, so können in der Regel diese Punkte nicht dem Fortbildungspunktekonto gutgeschrieben werden.

Abteilung 2 Fortbildung
Ärztekammer Berlin

ANZEIGE

Charité-Zeitzeugen gefragt

Diskussion als Auftakt zum Jubiläumsjahr

Nächstes Jahr feiert die Charité ihren 300. Geburtstag. Über ihre komplizierte Geschichte ist vieles bekannt, besonders über jene glorreiche Ära, als sie Mittelpunkt der medizinischen Welt war. Auch ihre Rolle in den zwölf Jahren, in denen eine Medizin ohne Menschlichkeit um sich griff, ist relativ gut erforscht. Und danach? Noch leben genug Zeitzeugen, die aus ihrem Charité-Alltag in DDR- und Wendezeiten berichten können. Mit ihnen fand kürzlich im Plenarsaal des Abgeordnetenhauses unter dem Titel „Die Charité zwischen Ost und West“ eine höchst lebhaft Podiumsdiskussion statt.

Ein funkelndes Diadem der Wissenschaft, ein großer Schmuck unserer Stadt...“ Nach ausgiebiger Charité-Huldigung durch den Gastgeber, den Präsidenten des Abgeordnetenhauses Walter Momper, mahnte Charité-Chef Karl Max Einhüpl, zur Sache zu kommen, nicht nur an diesem langen Nachmittag: „Wenn wir nicht jetzt beginnen, die Vergangenheit aufzuarbeiten, dann werden das andere tun“ – mit weniger Kompetenz, meinte er.

Die Zeitzeugen haben „eine enorme Bereitschaft zu berichten“, konstatierte Moderator Thomas Schnalke, Direktor des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité. Das zeigte sich auch bei Interviews im Rahmen eines medizinhistorischen Seminars. Der Fokus der Fragen lag bei der medizinischen Arbeit, aber „viele andere ist nebenbei herausgekommen“, berichtete Volker Hess, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin; vor allem die ambivalente Haltung gegenüber

der Charité: Zum einen Stolz auf diesen „Leuchtturm der DDR-Medizin“ und ein starkes Zugehörigkeitsgefühl, zum anderen Klagen über die Mangelsituation selbst in diesem Vorzeigeklinikum und über die ständige Bespitzelung. Ambivalent auch das einschneidende Erlebnis der Wende: Teils der Verlust sicherer Verhältnisse und bittere Enttäuschung über den Westen, teils Freude über neue, nie gekannte Möglichkeiten.

Forschungsstand dürftig

Die subjektiven Erinnerungen der Beteiligten sind aber nur die eine Hälfte der Historie. „Zeitzeugenschaft versus Geschichtsschreibung“ war der Untertitel und der angestrebte Schwerpunkt dieser Diskussion. Auf dem Podium saßen deshalb neben den beiden genannten Medizinhistorikern und zwei Zeitzeuginnen auch zwei Experten für Zeitgeschichte, von denen die Medizinhistoriker sich Rat

erhofften. Zusammenführen, was zusammengehört – subjektives Erinnern und (mehr oder weniger) objektive Geschichtsschreibung – ist schon deshalb schwierig, weil auf der „objektiven“ Seite noch nicht viel zu holen ist.

Denn „der Forschungsstand ist dürftig“, wie Schnalke feststellte, von der Interpretation ganz abgesehen. „Man kann ja nicht einfach bei 1945 aufhören. Aber wie verhalten wir uns gegenüber der DDR-Zeit? Ich weiß es nicht“, sagte Hess sehr offen. (Scheuen die Medizinhistoriker wegen dieser Unsicherheit vielleicht schon die Recherche der Fakten?) Und weiter: „Es wird noch sehr lange dauern, bis sich die historische Zunft auf eine Deutung der letzten DDR-Zeit und der Wendejahre verständigt hat.“

Vielleicht würde den Medizinhistorikern die Zusammenarbeit mit eher politik- und konfliktgewohnten Geschichtswissenschaftlern helfen. Eine solche Kooperation wünscht sich Jochen Staadt vom Forschungsverbund SED-Staat der FU. – Manches erschließt sich den Historikern nur durch Zeitzeugen, meinte er, etwa die trotz der Mauer bewahrten Kontakte zwischen Ost- und Westdeutschen. Er riet den Medizinhistorikern der Charité, die Geschichte der Opfer (Karriereknicks, Bespitzelung, Verfolgung) nicht zu vernachlässigen und die subjektiven Zeitzeugnisse zu den objektiven strukturellen und politischen Fakten in Beziehung zu setzen.

Als Stärke von Zeitzeugenberichten sieht Alexander von Plato (Institut für Geschich-

ANZEIGEN

te und Biographie, Fernuniversität Hagen) weniger die Mitteilung von Daten und Fakten als vielmehr deren Verarbeitung: Wie sehen die Menschen ihre eigene Zeit? Er empfahl, in der Charité eine bunte Mischung von Leuten zu befragen (z.B. verschiedenen Alters und unterschiedlicher Stellung in der Hierarchie), dabei auch die Patienten nicht zu vergessen und in die „Oral History“ auch Bilder, Briefe, Fotos und Stasi-Protokolle einzubeziehen.

Stärken und Schwächen der DDR-Charité

Vom eigentlichen Thema der Diskussion, den Methodenfragen der Historiographie, kam man bald ab. Vor allem im Plenum, aber auch auf dem Podium meldeten sich Zeitzeugen zu Wort. Nach 45 Charité-Jahren, vom Studium bis zum Amt als Ärztliche Direktorin und Prodekanin nach der Wende, hat Ingrid Reisinger genügend Überblick und Einblick für ein Resümee: Die Charité war vergleichsweise sehr gut ausgestattet, wissenschaftliche Arbeit war auf hohem Niveau möglich. Partei und Staatssicherheit hinderten Nonkonformisten am beruflichen Vorankommen, aber „wer sich arrangierte und nicht so heftig wider den Stachel löckte, war in der sozialistischen Hängematte gut aufgehoben“ – ohne echte Mitsprache und ohne Reisemöglichkeiten.

Im letzten DDR-Jahrzehnt machte sich selbst in der Charité der Mangel bemerkbar, auch eine zunehmende Ablehnung des Systems, sagte Ingrid Reisinger. Politische Initiativen der Wendezeit machten bald einer Verunsicherung Platz, die angesichts der radikalen Sparmaßnahmen und des drohenden Endes der Charité um sich griff. Das Klinikum wurde zwar gerettet, aber um den Preis des Identitätsverlustes. „Alles heißt jetzt Charité. Und es wurde die Chance vertan, Erfahrungen in Ost und West zu kombinieren.“

Auch in der privilegierten Charité gab es unterprivilegierte Patienten: Die der Psychiatrie, die aus volkswirtschaftlicher Sicht kaum „verwertbar“ waren. Das berichtete die aus der Bürgerrechtsbewegung kommende Ulrike Poppe (heute Studienleiterin der Ev. Akademie Berlin), die zeitweise Hilfspflegerin in der Charité-

Psychiatrie war. Auch nannte sie ein Beispiel für lebensbedrohende Mangelercheinungen: In der Charité starben Patienten, weil es nicht genug Sauerstoffgeräte gab, „im Regierungskrankenhaus dagegen standen sie herum“.

Die Stärken der Charité zu DDR-Zeiten hoben Diskussionsteilnehmer im Plenum hervor: Eine gute Ausbildung, die kameradschaftliche Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften, deren frühe Möglichkeit zur akademischen Weiterbildung für Lehr- und Leitungsaufgaben in der Pflege.

Debatte über IM-Entlassungen

Schnell geriet die Politik ins Zentrum der Diskussion: „Wie viel Prozent der Charité-Mitarbeiter wurden nach der Wende aus politischen Gründen entlassen?“ fragte jemand aus dem Publikum. Ingrid Reisingers klare Antwort: „Keiner.“ Harald Mau, als Nach-Wende-Dekan intensiv mit solchen Fragen befasst, erläuterte: Der Einigungsvertrag schrieb vor, Mitarbeiter der Staatssicherheit (nicht aber SED-Mitglieder) aus dem öffentlichen Dienst zu entfernen. Nach diesem Gesetz wurden um 1992/93 17 Professoren und etwa 80 andere Mitarbeiter entlassen, sagte Mau. „Weiter ist ihnen nichts passiert, und die meisten haben woanders schnell wieder Fuß gefasst.“

Bei diesen Entlassungen von Inoffiziellen Mitarbeitern der Staatssicherheit (IM) hatte die Charité aber nicht nur das Gesetz, sondern auch die Bevölkerung hinter sich. Mau erinnerte an die große Demonstration mit 800.000 Teilnehmern auf dem Alexanderplatz im Spätherbst 1989: „Da wurde gerufen ‚Stasi raus‘, und daran hat sich die Charité dann gehalten. Aber heute hört man, die Leute seien gemobbt worden.“ Sie haben sich auch nach den Gesetzen der DDR strafbar gemacht, fuhr er fort, und andere durch üble Nachrede in ihrer Existenz behindert. „Das wird heute gerne verdrängt.“ Städt erinnerte daran, dass etwa fünf Prozent der Ärzte IM waren (in der Gesamtbevölkerung waren es zwei Prozent). Schon für einen von solchen Kollegen verratenen Fluchtversuch kamen Ärzte ins Gefängnis, und „Unmassen von Studenten wurden aus politischen Gründen exmatrikuliert“.

Kann man denn nicht endlich mit dem Thema Stasi aufhören? fragte eine Diskutantin, und im Zeitzeugenprojekt einfach die Verdienste berühmter Charité-Ärzte hervorheben? Mau erwiderte: „Wenn die Zeitzeugen-Ausstellung zum Beispiel über einen wunderbaren Operateur informieren will, dann geht das gegebenenfalls nur mit dem Satz drunter: Aber er war ein IM.“

Ärzte beim Aufarbeiten schneller als Medizinhistoriker!

Warum tun sich eigentlich unsere Medizinhistoriker so schwer mit der DDR- und Wendezeit? Die Ärzte waren da schneller. Schon seit 1992 förderte die Bundesärztekammer (zusammen mit zwei Ärzte-Stiftungen) das Forschungsprojekt „Ärztliches Handeln und politische Verfolgung in der SBZ und DDR.“ Den Auftrag vergab sie an den Historiker Klaus-Peter Müller, der erste Band seiner Forschungsarbeit (Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten) erschien unter dem Titel „Zwischen Hippokrates und Lenin“ schon 1994 im Deutschen Ärzte-Verlag.

Noch etwas früher, bereits 1991, ergriff die Ärztekammer Berlin die zeitgeschichtliche Initiative. Als eine Hexenjagd gegen die Charité einsetzte, initiierte und förderte sie zwecks Versachlichung eine umfangreiche Zeitzeugen-Recherche bei Charité-Angehörigen verschiedener Berufe, Altersgruppen, Hierarchiestufen und politischer Couleurs. Die Interviews führte Rosemarie Stein, die gekürzten und genehmigten Texte erschienen – mit einem Vorwort des Berliner Kammerpräsidenten und einem Anhang über Stasi-Aktivitäten in der Charité – 1992 unter dem Titel „Die Charité 1945-1992“ im Argon Verlag Berlin.

Ein letztes Beispiel: Das Deutsche Ärzteblatt und seine Herausgeber, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, förderten eine Studie zu den Stasi-Verstrickungen von Ärzten. Das Buch der Historikerin Francesca Weil „Zielgruppe Ärzteschaft – Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit“ erschien 2008 bei V&R unipress Göttingen.

Der Arzt-Philosoph

Ein Riesenbetrieb ärztlichen Tuns wird zunehmend sichtbar in Anstalten, Bürokratien, einem kodifizierten System materieller Leistungen. Die Neigung zu immer neuer Behandlung irgendwelcher Art bei der Mehrzahl der Patienten trifft sich mit dem Organisationswillen technisch gesinnter Massenmenschen, welche mit unwahrer, meist politisch unterbauter Pathetik allen das Heil der Gesundheit zu bringen behaupten. An die Stelle der Sorge für das Individuum tritt der Betrieb.“



Foto: Fritz Eschen, Springer-Archiv

Wer so treffend unseren Medizinbetrieb schildert, in dem Ärzte genauso leiden wie Patienten, der muss sich auskennen. Das trifft auf den Autor gleich un-

ter zwei Aspekten zu: Er war bis zum Alter von vierzig Jahren als Arzt tätig, und er war von Kindesbeinen an chronisch krank. Karl Jaspers starb vor vier Jahrzehnten, und das nicht ganz runde Jubiläum ist willkommen Anlass zum Wiederlesen. Es muss ja nicht gleich das dickleibige Buch „Von der Wahrheit“ sein oder seine dreibändige, 1932 bei Springer erschienene „Philosophie“. Lesenswert genug ist schon das Göschensbändchen Nummer 1000, „Die geistige Situation der Zeit“, das ihn mit einem Schlag berühmt machte.

Und dabei hatte er das 1929 fertig gestellte Manuskript zwei Jahre lang zurückgehalten, weil der Text ohne die „Philosophie“ eigentlich nicht verständlich sei. Er hatte ihn aus dem Hauptwerk ausgegliedert, weil zu

zeitbezogen. Aber nach achtzig Jahren erweist sich vieles darin als aktueller denn je, wie das Beispiel Medizinbetrieb zeigt. Hausärzte, denen ihre Patienten etwas vorjammern, nachdem sie anderswo durch die Mühle gedreht wurden, dürften dies bestätigen: „Man sorgt im medizinischen Beruf rationell für Massenabfertigung der Kranken, für technische Behandlung in Instituten, löst den Kranken auf in Teile zur Überweisung an die spezialisierten Behandlungsarten, zu denen er hin- und hergeschickt wird. Aber gerade damit wird dem Kranken der Arzt genommen. In diesem Betrieb, so heißt es weiter, hat es der Arzt immer schwerer, für den einzelnen Patienten verantwortlich da zu sein. Auch den Missbrauch des sozialen Netzes nahm Jaspers schon kritisch aufs Korn, ebenso wie die vergeblichen Versuche, ihn mit Gesetzen und Kontrollen zu verhindern, „die nur die Möglichkeit eigentlicher ärztlicher Tätigkeit weiter zerstört“.

Er wusste, wovon er sprach. Nach einem rasch abgebrochenen, weil strohtrockenen Jurastudium wechselte er zur Medizin und arbeitete nach dem Staatsexamen von 1908 bis 1915 an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg so erfolgreich, dass der Springer-Verlag ihn zu seiner bahnbrechenden, 1913 erschienenen „Allgemeinen Psychopathologie“ anregte und man ihm später die Leitung einer psychiatrischen Klinik anbot. Er musste aus gesundheitlichen Gründen ablehnen, habilitierte sich in Philosophie (mit der er sich schon früh befasst hatte) und erhielt 1921 in Heidelberg einen philosophischen Lehrstuhl. Jaspers litt bereits als Kind unter einer Krankheit, die später als Bronchiektasie (mit Herzinsuffizienz) diagnostiziert wurde. Nach dem Abitur gab ihm der Rektor seines Gymna-

siums dies mit auf den Lebensweg: „Aus Ihnen kann ja nichts werden, da sie organisch krank sind.“ Dank strikt disziplinierter Lebensführung wurde er 86 Jahre alt und publizierte während seiner Lehrtätigkeit in Heidelberg (später Basel) ein Buch nach dem anderen. 1937 verlor er seinen Lehrstuhl und bekam später auch Publikationsverbot – wegen seiner jüdischen Frau und wohl auch wegen seines Nonkonformismus.

Seine aufrechte und kritische Haltung, die sich nach dem Krieg auch in vielen politischen Publikationen manifestierte, machte ihn nach dem Tode Thomas Manns zum international angesehensten Deutschen. Auch war er für das Amt als Bundespräsident im Gespräch.

Sein Philosophieren will der Orientierung in der Welt und nicht über sie dienen, will nicht den Menschen als Objekt beschreiben, sondern seine Existenz erhellen. Jaspers misstraute allen geschlossenen Weltbildern und scheinsicheren Antworten. Er stellte vielmehr unentwegt Fragen, und sein Philosophieren ist, wie er selbst hervorhob, „nur möglich auf dem Boden der Wissenschaften und bei gleichzeitiger wissenschaftlicher Arbeit. Darum bin ich ausgegangen von wissenschaftlichen Fachstudien und kehre ständig zurück zu Informationen in den einzelnen Wissenschaften“.

Das steht in einer kurzen Autobiografie, die seinem Briefwechsel mit dem Heidelberger Chirurgen Karl Heinrich Bauer vorangestellt ist. Als Bauer ihn um einen Vortrag auf der 100. Tagung der „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“ bat, sagte er ausnahmsweise zu. Denn, so schrieb er ihm am 30. Oktober 1957: „Keinem Kreise fühle ich mich näher... Aus ihm ist mein Denken erwachsen und bleibt ihm, auch in polarer Gegenwirkung, untrennbar verbunden.“ – Es lohnt sich, Karl Jaspers wiederzulesen, gerade für Ärzte.

Rosemarie Stein

ANZEIGEN

BERLINER ÄRZTE

4/2009 46. 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 Piotter (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
Fotonachweis: Fotolia.com © Alexander Shalamov,
Alexander Yakovlev, Holger Buse, Increa, Magic Art,
Magic Art, Michael Paumann, Uolir

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 € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784