

Berufsfreiheit – auch für Ärztinnen und Ärzte



Foto: K. Friedrich

Artikel 12 des Grundgesetzes:

„Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.“

Und §1 (2) der Bundesärzterordnung bestätigt:

„Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Erkennen Sie als Ärztin/Arzt Ihre Lebensrealität in dem wohl geformten Verfassungstext und dem Bundesgesetz wieder? Oder ergeht es Ihnen wie mir? Ich kann davon in meinem Arbeitsalltag nicht viel wiederfinden! Schon als ich mich vor 43 Jahren nach einer „Ausbildungsstätte“ umsah, gab es einen rigiden NC, der über eine zentrale Einrichtung verwaltet wurde. Allerdings lebten wir sechs Jahre später, in den Siebzigern, Dank Ärztemangel fast überall, mit wirklich sehr freien Verhältnissen. Zu Anfang der Achtziger Jahre, zum Zeitpunkt meiner Praxisgründung, gab es sogar noch Niederlassungsfreiheit. Aber da begann auch schon die Flut der Reformgesetze. Wer erinnert sich noch an all die Gesundheitsminister, Ehrenberg, Süßmuth, Blüm, Seehofer, Fischer, Schmidt. Ob SPD, CDU, CSU oder Grüne, das Ergebnis war: Immer stärkere Einengung der Berufsausübungsfreiheit, ganz extrem

Dr. med. Elmar Wille

ist Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzterversorgung und Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

im GKV-Bereich, sprich für 90 Prozent der Bevölkerung.

„Wer darf wo was tun und verordnen?“ Dies wurde bis zum Ersticken reguliert durch Verbote oder – eleganter – durch Honorarkürzung bzw. -entzug. Dem staatlich approbierten Arzt, selbst mit Facharzt-Status, bleibt de facto die eigenverantwortliche, freie Tätigkeit versagt, zum Teil lebenslänglich. Ein gewaltiges Gestrüpp von §§ in Gesetzen, Satzungen oder Gebührenordnungen bremsen besonders die junge Ärzteschaft aus. Sogar die Selbstverwaltung ist daran beteiligt: Bundesärztekammer, Ärztekammer, gemeinsamer Bundesausschuss, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung, letztere subtil über die Forderung zusätzlicher Nachweise, die über das Weiterbildungsrecht hinausgehen. Dazu müssen Sie bitte Folgendes verstehen: Ein Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung in Gastroenterologie, erfahren als Abteilungsleiter und Weiterbilder, erlangt die KV-Zulassung, darf die internistische Routine abrechnen, aber keine Koloskopien, es sei denn, er bringt im entsprechenden Ausschuss eine Dokumentation selbst erbrachter Endoskopien zur Vorlage, und zwar in dreistelliger Höhe bitte. Alles dient natürlich nur der Qualitätssicherung, aber jeder im System fühlt, dass Leistungs- und Ausgabenbegrenzung

wohl eher beabsichtigt ist. Satz 2 von Art.12(1) GG lautet: „Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.“ Die Folge: Faktisch greift „untergesetzlich“ z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss massiv in die ärztliche Tätigkeit ein oder die Krankenkassen steuern mit Leistungszusagen und -verweigerungen bzw. mit Rabattverträgen die Diagnostik und Therapie. Schon seit Jahren ist als Dritter im Sprechzimmer die Sozialbürokratie anwesend – unsichtbar aber mit umso mehr Macht. Sogar der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Herr Zöller, fordert „Wiederherstellung der Therapiefreiheit der Ärzte“. Wir, nicht alle – aber zu viele – haben uns offenbar mit einigen Skotomen in unserem Gesichtsfeld eingerichtet. Nach meinem Empfinden ist der Kern des Art. 12 GG in der Berufswelt unseres Gesundheitssystems soweit ausgehöhlt, dass ich ihn eher für einen frommen Spruch halte. Aber auch wenn die Reste der einstmaligen edlen Berufsfreiheit (siehe Hippokrates-Eid) kümmerlich sind, wir sollten sie verteidigen und die entzogenen Freiheiten wieder einfordern! Dies gehört zu den absoluten Prioritäten des neuen Berliner Ärztekammervorstandes.



TITELTHEMA

Arzneimittelsicherheit: Was bringt das AMNOG?

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – Anfang des Jahres in Kraft getreten – soll nach dem Willen des Gesetzgebers für mehr Arzneimittelsicherheit sorgen. Ob das Gesetz diesem Ziel gerecht wird, beleuchtet dieser Themenschwerpunkt.

Von Lucia Hagmann14

EDITORIAL

Berufsfreiheit – auch für Ärztinnen und Ärzte

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

„Zielgerade“ beim RKI-Gesund- heitssurvey DEGS: Berliner werden untersucht

Informationen des Robert Koch-Instituts
.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK

Krebsmittel: Zugelassen, aber nutzlos?

Von Rosemarie Stein20

Erst am Jahresende kam die Influenza zurück

Infektionsschutzbericht des LAGeSo... 22

Delegierte starten in die neue Runde

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin stellt sich vor.....26

10 Jahre Vivantes – Ein Rückblick

Von Michaela Peeters..... 31

10 Jahre Vivantes – 137 Jahre Tradition städtischer Tradition in Berlin

Kommentar von Thomas Werner..... 33

Große Resonanz bei Wieder- einstiegskurs.....34

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 24

PERSONALIEN

Volker Schmehl zum Gedenken..... 34

FEUILLETON

Stiften gehen

Von Rosemarie Stein..... 35

Junge Ärzte organisieren sich



Die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADe) ist eine Arbeitsgemeinschaft von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

bzw. junger Fachärzte/-ärztinnen für Allgemeinmedizin, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Weiterbildungs-, Arbeits- und Forschungsbedingungen der jungen Ärzte in der Allgemeinmedizin zu verbessern. Sie wurde Ende September 2008 im Rahmen des 42. Kongresses der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) gegründet.

Die JADe möchte Ansprechpartner für alle sein, die in der Allgemeinmedizin ob in der Klinik oder Praxis als junge Ärzte tätig sind und hat in Form von regionalen Weiterbildungsgruppen oder Interessensvertretungen in jedem Bundesland lokale Ansprechpartner. Derzeit sind knapp 200 Ärzte in der Weiterbildung und Fachärzte für Allgemeinmedizin bis fünf Jahre nach der Facharztprüfung in der JADe aktiv. Auf nationaler Ebene arbeitet die JADe mit der DEGAM und dem Deutschen Hausärzterverband zusammen, wahrt hierbei ihre inhaltliche

und organisatorische Unabhängigkeit. International fungiert sie als Bindeglied zum europaweiten Zusammenschluss der jungen Allgemeinmediziner „Vasco da Gama Movement“ (www.vdgm.eu) und der Weltorganisation für Allgemein- und Familienärzte (www.globalfamilydoctor.com/). Jedes Jahr findet vor dem jährlichen DEGAM-Kongress eine Konferenz der JADe statt (22.09.2011). Für jeweils ein Jahr werden vier JADe-Sprecher gewählt für die Themenbereiche: **Weiterbildung, Regionalgruppen, Internationale Zusammenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit.**

Diese vier Sprecher vertreten die JADe nach außen. Die Mitgliedschaft ist kostenfrei, der Beitritt erfolgt über ein E-Mail-Forum, das den Austausch unter den Mitgliedern erleichtert. Auf diese Weise werden sowohl Fachfragen, persönliche Anliegen oder berufspolitische Belange diskutiert. Die JADe motiviert junge Kollegen, das Fach Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Jeder vom PJ über die Weiterbildung Allgemeinmedizin bis fünf Jahre nach der Facharztprüfung Allgemeinmedizin ist herzlich eingeladen bei der JADe mitzuwirken: www.jungeallgemeinmedizin.de

Kongress

Naturheiltage Berlin Frühjahrskongress 2011 – Kurs I

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (37 Punkte)
Fr. bis So., 18.-20.03. und 01.-03.04.2011

- Veranstalter:** Ärztesgesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.
- Inhalte:** Physikalische Therapie (18. u. 19.03.): Geschichte der Naturheilverfahren, Phys. Therapie bei Herz-/Kreislaufkr., Helio u. Lichttherapie, Balneotherapie, Osteopathie;
Phytotherapie (19.03.): Einführung, bei Magen-/Darmerkrankungen, bei Leber-/Gallenerkrankungen, bei Erkrankung des Bewegungsapparates
Ordnungstherapie (01.04.): Einführung, Mind-body-Medizin, Balint-Gruppen, NLP für die Praxis
Ernährungstherapie (02.04. vorm.): Vollwerternährung, „Bio-Nahrung“, Zusatz- und Schadstoffe;
Schwerpunktthema (02.04. nachm.): Naturheilverfahren bei Allergien: TCM, Eigenbluttherapie; Psychosomatik, Pestwurz;
Mikrobiologie (03.04.): Mikroökologie des Darmes, Praxis der mikrobiol. Therapie
- Anmeldung:** Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin,
Tel. 030-40057 484, Fax 030-40057 494, e-mail: r.heinzler@vitanas.de
- Veranstaltungsort:** St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
- Kursgebühren:** 360,00€ für den gesamten Kurs I. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Klinikum Neukölln

Christian Dreißigacker ist seit Januar 2011 neuer geschäftsführender Direktor des Vivantes Klinikums Neukölln. Er ist Nachfolger von Dr. Florian Wenzel, der ab März 2011 die Leitung des Ressorts „Einkauf – Logistik – Apotheke“ bei Vivantes übernimmt.

Dreißigacker war zuletzt sechs Jahre bei den katholischen Alexianerbrüdern als Krankenhaus-Geschäftsführer tätig.

Vivantes Klinikum Neukölln

Professor Dr. Ulrich Böcker wurde zum Februar 2011 neuer Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Vivantes Klinikum Neukölln. Der Facharzt für Innere

Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie war zuletzt leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor der II. Inneren medizinischen Klinik mit den Schwerpunkten Gastroenterologie, Hepathologie und Infektionskrankheiten am Universitätsklinikum Mannheim. Prof. Böcker tritt die Nachfolge von Professor Dr. Detlef Hasso von Kleist an, der in den Ruhestand tritt.

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

Resolution

Berliner Augenärzte stellen sich gegen E-Card

Die Vollversammlung des Berufsverbandes der Augenärzte Berlin hat eine Resolution gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verfasst. Darin wird der Vorstand der Augenärzte Deutschlands aufgefordert, „Einspruch gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu erheben“. Insbesondere die Gesundheitspolitiker der FDP sollen an ihr vor der Bundestagswahl gegebenes Versprechen, die Gesundheitskarte zu verhindern, erinnert werden.

„Weder Arzt noch Patient hat einen substanziellen Vorteil von der mit immensen Kosten verbundenen Einführung der E-Card und zwangsweiser Online-Anbindung der E-Card mit Übermittlung der Patientendaten an einen zentralen Server.“ Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient werde empfindlich gestört. „Wir sollten uns der totalen Überwachung durch den Staat widersetzen“, heißt es abschließend in der Resolution.

Erich Saling-Institut

Ärztliche Mitarbeiter gesucht

Das Erich Saling-Institut sucht für wissenschaftliche, beratende und andere Tätigkeiten ehrenamtliche ärztliche Mitarbeiter. Das gemeinnützige Institut ist eine Einrichtung zur Verbesserung der Schwangeren-Vorsorge und dient vorrangig als überregionales Beratungszentrum zur Vermeidung von Frühgeburten. Da das Institut nicht öffentlich gefördert wird und die laufende Arbeit durch Spenden nicht genügend finanziert ist, kann ein Teil der Tätigkeit nur ehrenamtlich erfolgen. Gedacht ist u.a. an

Kolleginnen und Kollegen im Ruhestand, die fachlich gerne noch aktiv bleiben möchten und evtl. auch über Englisch- und Computerkenntnisse verfügen.

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

ANZEIGE

BERLINER ÄRZTE 2/20, Seite 15 und viele andere ...

Wenn jemand – über 60 – gegen Anglizismen wettet, wird er schnell in eine deutschümelige Ecke gerückt. Daher das Bekenntnis: Ich schätze die englische Sprache, habe in Schottland und in den USA studiert und liebe überdies eine klare medizinische Terminologie. Muß ich deswegen meine Patienten bridgen? Oder ihnen bad news breaken? Auch wenn die Ökonomie unserer Praxen ähnlich heimsucht wie die Klinik: Muss ich – statt gegen Bürokratie zu kämpfen – mich auch noch mit dem clinical divide herumplagen? Wenn ja, dann benötige ich sicherlich die leadership map als assesment tool, um die vier Qualitäten ärzt-

licher Führung praktizierbar zu machen: CURE, CARE, Control and – eh - und – COMMUNITY. Bis auf das bridgen (gemeint ist die s.c.-Antikoagulation vor OP) und das bad news braken (soll wohl heißen: behutsame Vermittlung schlechter Nachrichten) stammen sämtliche Anglode aus dem Beitrag „Ärztliche Führung“. Sein Stil läßt den professionellen Berater erkennen, der die Begriffe für uns Laien gleich mit übersetzt. Sein Stil quietscht vor schiefen Metaphern und läßt im übrigen die Hybris einer Berater-Kaste erkennen, die nach und nach die Definitionsmacht über unseren ärztlichen Beruf übernimmt und

daher pseudowichtig anglodiziert. Erfrischend waren daher die persönlichen Stellungnahmen der Kollegen und Kolleginnen - sie zeigen, wie wichtig eine Reflexion über ärztliche Führung ist. Aber darum geht es hier nicht - sondern: Wir müssen inzwischen die englische Sprache vor wild gewordenen Anglizismen schützen! Und unser Deutsch vor seifigen Konstruktionen, die in unserer Grammatik keinen Rückhalt haben. Auch wenn es eine Silbe mehr kostet: Beim Umstellen oraler Antikoagulation könnte man zur Not „überbrücken“ sagen. Zumindestens würden es dann unsere Patienten verstehen. Warum

reserviert BERLINER ÄRZTE nicht eine kleine Ecke, in der die skurrilsten foreign terms gepublisiert werden? Mit Übersetzung, versteht sich, und einem 4-Sterne score der ihre häufige Wider-nützlichkeiit prämiert.

Dr. Hans-Georg Fritz, Berlin

Anmerkung der Redaktion: Vielen Dank für Ihre Anregungen Hinweise. Wir werden sie uns zu Herzen nehmen und versuchen, Anglizismen nur dort zu verwenden, wo sie nötig sind.



ANZEIGE

Inhalative Glukokortikoide

Diabetes-/Pilzinfektionsrisiko

Glukokortikoide können die Diabetesrate oder Diabetesprogression erhöhen (vor allem ältere Patienten scheinen empfindlicher zu reagieren). Nach einer Beobachtungsstudie scheinen auch inhalative Glukokortikoide ähnlich zu wirken: bei über 380.000 kanadischen COPD- oder Asthmapatienten waren Diabetesrate und Diabetesprogression erhöht. Auch wenn diese UAW dosisabhängig auftraten, bedürfen diese Ergebnisse noch einer Bestätigung durch eine randomisierte Studie: mögliche Komedikationen (Erhöhung der Blutglukosespiegel durch Betamimetika) und Lebensstiländerungen (z.B. Gewichtszunahme wegen Bewe-

gungsmangel durch die Grunderkrankung) scheinen unzureichend berücksichtigt.

Nach einer Schätzung leiden jährlich circa 40.000 Patienten aufgrund von inhalativen Glukokortikoiden an Pilzinfektionen der Mundhöhle. Einfache Maßnahmen wie Inhalation vor einer Mahlzeit oder Spülung mit Wasser nach einer Inhalation oder die richtige Inhalationstechnik werden nicht ausreichend angewandt.

Quellen: JAMA 2010; 123: 1001; www.aerzteblatt.de/nachrichten/43169

Paracetamol

Neue Risikoeinschätzung?

Paracetamol (Ben-u-ron®, viele Generika) hat wie jeder Arznei-

stoff auch seine spezifischen UAW. Bekannt ist vor allem seine Hepatotoxizität (ab circa 4,0 g/d bei Erwachsenen), weniger bekannt sind Blutdruckerhöhung, die Gefahr von Herzinfarkten, intestinalen Blutungen (insbesondere in Kombination mit ASS) oder Asthmaanfällen. Die Ergebnisse epidemiologischer Studien bei Schwangeren deuten auf einen möglichen Hodenhochstand männlicher Foeten und ein späteres erhöhtes Asthmarisiko bei Kindern. Die bekannten UAW treten vor allem bei hohen Dosierungen oder Überdosierungen und bei langfristiger Einnahme auf. Nicht zu unterschätzen ist auch die kombinierte Paracetamolaufnahme von sog. Heißgetränken bei Erkältungskrankheiten und von Analgetika. Die freiverkäufliche Packungsgröße von bis zu 10 g Paracetamol scheint zu hoch zu liegen und die epidemiologischen Daten bei Schwangeren sind noch zu verifizieren. Außer dem generellen Hinweis, dass Arzneimittel (auch freiverkäufliche) zurück-

haltend und überlegt eingenommen werden sollten, scheinen übertriebene Warnungen nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht begründet zu sein.

Quellen: Dtsch.Apo.Ztg. 2010; 150: 5646, 5768, 5811

Ergotamin

Arterielle Vasospastik

Die verfügbaren neuen Migränemittel (Triptane) haben das Auftreten eines medikamentösen Ergotismus stark verringert.

Eine Fallbeschreibung eines vasospastischen Verschlusses der Arteria femoralis bei einer 42-jährigen Frau mit jahrelanger Ergotamineinnahme wegen Migräne sollte differentialdiagnostisch bei für eine pAVK untypischen Patienten in Betracht gezogen werden, solange z.B. Ergotamin-haltige Präparate (z.B. Ergo-Kranit Migräne®) auf dem deutschen Markt verfügbar sind.

Quelle: Dt. med.Wschr. 2011; 136:23

ANZEIGEN

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht. Tel.: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

„Zielgerade“ beim RKI-Gesundheitssurvey DEGS: Berliner werden untersucht

Seit November 2008 führt das Robert Koch-Institut die Feldarbeit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) durch. DEGS soll aktuelle Daten zum Gesundheitszustand, zu gesundheitlichen Risiken und zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung liefern. Dazu werden innerhalb von drei Jahren insgesamt 7.500 Erwachsene in 180 Orten Deutschlands befragt und körperlich untersucht, nach einer Zufallsziehung aus Einwohnermelderegistern. Im Jahr 2011 befindet sich DEGS auf der Zielgeraden. Im Herbst 2011 wird die Studie abgeschlossen, vorher gibt es noch drei Studienorte in Berlin: im März in Marzahn-Hellersdorf, im Juni in Friedrichshain-Kreuzberg und im November in Tempelhof-Schöneberg und Neukölln.

Bis Dezember 2010 nahmen 4.835 Erwachsene an DEGS teil (2.484 Frauen, 2.351 Männer). Die Teilnahmebereitschaft hat sich seit Studienbeginn kontinuierlich erhöht, u.a. durch die Anpassung des Terminangebots. Im Vergleich zu anderen großen Bevölkerungsstudien ist sie mit im Durchschnitt knapp 50 Prozent inzwischen vergleichsweise gut. Im Hinblick auf die Repräsentativität der Studie wird regelmäßig untersucht, inwiefern sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer unterscheiden. Die Auswertung der Kurzfragebögen von Nichtteilnehmern deutet auf eine verzerrungsarme Nettostichprobe hin.

Die umfangreichen Laboranalysen in DEGS sind für viele Probanden ein wichtiger Anreiz zur Studienteilnahme. Alle Ergebnisse werden den Teilnehmern schriftlich zurückgemeldet, mit dem Hinweis, auffällige und entsprechend gekennzeichnete Ergebnisse mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. In der

DEGS-Studie können keine ärztlichen Diagnosen gestellt werden oder gesundheitliche Beratungen erfolgen. Laboregebnisse, die einer sofortigen Abklärung und Behandlung bedürfen (z.B. infektiöse Hepatitis) werden umgehend nach Bekanntwerden schriftlich mitgeteilt. Die Beurteilung und Rückmeldung der Befunde erfolgt auf der Grundlage standardisierter Ablaufverfahren, gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK) und Infektionsschutzgesetz (IfSG).



Der größte Teil der Laborparameter (z.B. Glukose- und Fettstoffwechsel, C-reaktives Protein, Leber-, Nierenschilddrüsenfunktionswerte, Kalzium- und Knochenstoffwechsel) wird im Epidemiologischen Zentrallabor des Robert Koch-Instituts bestimmt. Hinzu kommen umfassende allergologische Analysen als Grundlage des bundesweiten Allergiemonitorings (gesamt IgE-Titer und ca. 50 Einzelallergen-Testungen) sowie die Bestimmung der Jodausscheidung im Spontanurin zur Ermittlung der Jodversorgung auf Bevölkerungsebene nach Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Einige Bestimmungen (Urin-Schnelltests, kleines Blutbild) werden direkt im Studienzentrum vorgenommen. Spezielle, aus infektionsepidemiologischer Sicht relevante Bestimmungen (z.B. PCR-Nachweis von Chlamydia trachomatis, Gonokokken im Urin, Hepatitis-Bestätigungstests, MMR-AK-Serologie) werden in dafür ausgewiesenen externen Speziallabors durchgeführt.

Weitere Informationen:
www.rki.de/degs

Medizinische Fachangestellte

Kammer präsentiert Berufsbild auf Messe

Die Ärztekammer Berlin wird zum zweiten Mal auf der Karriere- und Bildungsmesse „Gesundheit als Beruf“ den Ausbildungsberuf und das Berufsbild „Medizinische/r Fachangestellte/r“ präsentieren. Dabei wird die Kammer sowohl hauptsächlich als auch ehrenamtlich vertreten sein.

Erfahrene Arzthelferinnen/ Medizinische Fachangestellte, die auch als Prüferinnen bei der ÄKB tätig sind, werden zusätzlich Einblick in den Berufsalltag geben. Zudem ist an beiden Messtagen ein Kurzvortrag geplant, der unter dem Motto „Medizinische Fachangestellte – Ausbildung mit Perspektive“ über die Ausbildung und den Beruf „MFA“ informiert.

Die Karriere- und Bildungsmesse „Gesundheit als Beruf“ wird in diesem Jahr zum vierten Mal gemeinsam vom Unternehmernetzwerk HealthCapital Berlin-Brandenburg, den Industrie- und Handelskammern Berlin und Potsdam und der Urania Berlin veranstaltet und ist eine Plattform für die Gesundheits-



wirtschaft Berlin-Brandenburg. Sie präsentiert Besuchern Infos zu allen Berufen der Gesundheitswirtschaft, konkrete Jobangebote sowie aktuelle Aus- und Weiterbildungsangebote.

Zielgruppen der Veranstaltung sind Schüler von Abschlussklassen, Abiturienten, Studierende, Lehrkräfte, Fachkräfte, Erwerbstätige, Berufseinsteiger, Wieder-einsteiger, Weiterbildungsinteressierte, Eltern.

Datum: 18. und 19. März 2011
Uhrzeit: jeweils von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Ort: Urania Berlin
An der Urania 17
10787 Berlin

Der Besuch der Messe ist kostenfrei. Weitere Informationen finden Sie unter: www.gesundheit-als-beruf.de

Fortbildung

Breaking Bad News

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Widerstreitende Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind spürbar, je stärker umso schlechter die Nachricht und umso jünger die Patientin/der Patient ist. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, gerade in kritischen Situationen, hat jedoch eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. „Breaking bad news“ ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team.

Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten feedback gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 19.08.2011 – Samstag 20.08.2011
Ort: Ärztekammer Berlin
Anmeldung: i.wegner@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt)
Inhaltliches: Ch. Markl-Vieto, Tel. 40806-1400, E-Mail: c.markl@aekb.de
290 €, 17 Fortbildungspunkte



Charité

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ist wieder auf der Suche nach Alumni, die vor 50 Jahren promoviert haben. Sie sollen wie in den vergangenen Jahren mit einer „Goldenen Doktorurkunde“ geehrt werden. Auch in diesem Jahr sollen die „Diplome“ wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte vergeben werden. Da der Kontakt zu vielen ehemaligen Absolventen verloren gegangen ist, bittet die Charité, diejenigen, die vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder diejenigen, die jemanden kennen, bei dem dies zutrifft, sich zu melden.

Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030/450576-018/-016

Kongress

Fehlerkultur in Praxen und Netzen

Im Rahmen des 6. Kongresses für Gesundheitsnetzwerker wird der Berliner Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz am 16. März (16.30 – 18.00 Uhr) einen Vortrag zum Thema „Fehlerkultur und Patientensicherheit in Praxen und Netzen“ halten. Der Kongress findet am 16. und 17. März in der Charité, Campus-Virchow-Klinikum statt. Er richtet an sich Arztnetze und solche, die es werden wollen. Hier tauschen sich Netze über ihre Erfahrungen aus und lernen vonein-

ander. Ziel des Themas Fehlerkultur ist es, Ärzte zu sensibilisieren und die Chancen zu nutzen, die Netze für die Patientensicherheit bieten. Weitere Referentin ist Dr. Barbara Hoffmann, MPH, Leiterin des Arbeitsbereichs Patientensicherheit am Institut für Allgemeinmedizin, Uni Frankfurt.

Weitere Informationen zum Kongress finden Sie unter www.gesundheitsnetzwerker.de

Fortbildung

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik oder eine Praxis, ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung heute ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie.

Aber: Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein? Wie kann man im komplexen Netzwerk Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Der Kurs erweitert Ihre Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisatio-

nen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm mit Protagonisten aus dem Gesundheitswesen aktuelle Fragestellungen der Führung und der Gesundheitspolitik diskutiert.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

Kursleitung:

Dr. med. Peter Berchtold

Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens, Donnerstag 12.05. – Samstag 14.05.2011
 Modul 2: Führen als interaktiver Prozess, Donnerstag 16.06. – Samstag 18.06.2011
 Modul 3: Gesundheitspolitischer Rahmen / betriebswirtschaftliche Steuerung / Change Management, Donnerstag 15.09. – Samstag 17.09.2011
 Modul 4: Sicherung des eigenen Konzepts, Freitag 09.12.2011

Veranstaltungsorte:

wannseeFORUM und Evang. Bildungsstätte auf Schwanenwerder

Kursgebühr:

3.400 € ohne Übernachtung
 3.850 € mit Übernachtung
 80 Fortbildungspunkte

Anmeldung:

aerztliche-fuehrung2011@aekb.de



Arzneimittelsicherheit:



Deutschlands Arzneimittelmarkt ist reformiert. Im Januar dieses Jahres ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) in Kraft getreten. BERLINER ÄRZTE berichtet über wichtige Änderungen bei der Bewertung neu zugelassener Medikamente und nimmt die Gesetzesänderung zum Anlass, auch einen Blick auf das heikle Thema Arzneimittelsicherheit zu werfen.

Von Lucia Hagmann



Was bringt das **AMNOG**?

Mit einem hochgesteckten Ziel war die schwarz-gelbe Koalition angetreten: Durch die Neuordnung des Arzneimittelmarktes sollte die Macht der Pharmakonzerne begrenzt werden. Der liberale Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler wollte die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) infolge sich ständig erhöhender Arzneimittelausgaben nachhaltig eindämmen – der Plan: jährlich zwei Milliarden Euro weniger Aufwendungen für Medikamente. Kernpunkt des neuen Beschlusses ist die Preisregulierung für neue Präparate auf der Basis einer frühen Nutzenbewertung. Zum 1. Januar 2011 ist das neue Gesetz nun in Kraft getreten – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Pharmaindustrie, die Krankenkassen, Großhandel, Apotheken und nicht zuletzt die Patienten. Doch ob die Neuordnung wirklich eine „Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit“ schafft, von der auch die Patienten profitieren, wie es das Bundesministerium für Gesundheit verspricht, ist strittig.

AMNOG: Was ist neu?

Grundlage des neuen Arzneimittelgesetzes soll ein fairer und transparenter Wettbewerb sein, der den Innovationswillen der Medikamentenhersteller belohnt, das Gesundheitssystem nicht unnötig belastet und die bestmögliche Versorgung der Patienten garantiert. Für alle neu zugelassenen Arzneimittel muss der Hersteller künftig Nachweise erbringen, die einen Zusatznutzen belegen. Dies soll die Entwicklung von tatsächlich innovativen Wirkstoffen fördern und die Kosten niedrig halten. Bereits zur Markteinführung muss der Hersteller dazu ein Dossier vorlegen. Auf dessen Basis erstellt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) oder das von ihm beauftragte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) innerhalb von drei Monaten eine Nutzenbewertung, die von Herstellern und Fachkreisen öffentlich diskutiert wird. Anschließend entscheidet der G-BA über den zusätzlichen Nutzen eines Präparats.

Am eigentlichen Zulassungsverfahren von Arzneimitteln durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ändert das neue Gesetz zunächst nichts. Dennoch hat die

moderne Form der schnellen Nutzenanalyse auch Einfluss auf die Arzneimittelsicherheit. Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), begrüßt die neu eingeführte frühe Nutzenbewertung: „Sie führt erstmals in Deutschland dazu, dass ein neuer Wirkstoff hinsichtlich seines Zusatznutzens bewertet wird. Das ist zweifellos ein Fortschritt. Patienten und Ärzte können so besser über neue Arzneimittel informiert werden.“ Auch Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des IQWiG, sieht in dem neuen Prozess einen Vorteil: „Die frühe Nutzenbewertung hat durchaus das Potenzial, die Qualität der Verschreibung von Medikamenten zu verbessern – und damit auch etwas zur Sicherheit von Arzneimitteln beizutragen.“ Prof. Windeler hofft, dass die Schnellbewertung mehr Klarheit darüber schaffe, wann neue Präparate wirklich innovativ seien, aber auch, wann kein Grund bestünde, Bewährtes aufzugeben und ungewisse Risiken in Kauf zu nehmen. Ein Garant für Unbedenklichkeit kann aber auch eine frühe Nutzenanalyse nicht sein. Der Vorsitzende der AkdÄ gibt zu bedenken, dass durch das neue Verfahren lediglich eine gewisse Nutzenprognose möglich sein werde. Der tatsächliche Nutzen neuer Arzneimittel könne aber mangels weite-



Foto: AkdÄ

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig,
Vorsitzender der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

rer relevanter Studien nicht abschließend beurteilt werden. Nicht unumstritten ist auch der Entschluss des Gesetzgebers, die Bewertung des G-BA nunmehr an die Zulassungsentscheidung zu koppeln – Kritiker sehen darin eine gewisse Entmachtung des Ausschusses. Die Bewertungen des G-BA dürfen den Ergebnissen der Zulassungsbehörde in Sachen Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Medikaments künftig nicht widersprechen. Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA, sprach bezüglich der Verknüpfung von Zulassungsentscheidung und Nutzenbeleg gegenüber der „Ärztezeitung“ von einem „ständigen Grundkonflikt, mit dem man umgehen müsse“.

Das Ergebnis der Nutzenbewertung ist im Verlauf von entscheidender Relevanz für die Preisgestaltung eines neuen Wirkstoffs: Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird der Erstattungsbeitrag auf den Preis vergleichbarer Medikamente begrenzt. Wirkstoffe, die die Behandlung bestimmter Krankheiten deutlich verbessern, kann der Hersteller ein Jahr lang zu einem von ihm festgelegten Preis verkaufen – für die Zeit danach werden Erstattungsbeiträge mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt. Prof. Ludwig sieht darin eine gute Entwicklung: „Bislang war Deutschland ein Paradies für die pharmazeutischen Hersteller: Das Arzneimittel konnte nach der Zulassung – anders als in anderen

europäischen Ländern – ohne weitere Einschränkungen zu einem vom Hersteller frei festgelegten Preis verordnet werden. Möglichkeiten, Preisverhandlungen zu führen, gab es keine.“

Knackpunkt „Orphan Drugs“

Dennoch gibt es kritische Stimmen, die im neuen Gesetzbeschluss ein Zugeständnis der Koalition an die Pharmunternehmen sehen. So sind Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen, die sogenannten „Orphan Drugs“, von der frühen Nutzenbewertung ausgeschlossen. Ihr medizinischer Zusatznutzen gelte schon allein durch die Zulassung als belegt, so das neue Gesetz. Auch Prof. Ludwig hält diesen Beschluss für falsch: „Grundsätzlich sollten alle neuen Arzneimittel der frühen Nutzenbewertung unterzogen werden. Die in den Änderungsanträgen stehenden Behauptungen, dass für „Orphan Drugs“ keine Therapiealternativen vorhanden seien und der Zusatznutzen bereits feststehe, stimmen so nicht. Es gibt sehr wohl auch für seltene Medikamente Therapiealternativen.“ Der Zusatznutzen könne außerdem nicht richtig bemessen werden, da seltene Präparate im Rahmen der Zulassung meist gar nicht gegen eine zweckmäßige Vergleichstherapie untersucht worden seien. Wichtig sei auch die Tatsache, dass bei der Zulassung zwar die Wirksamkeit, Sicherheit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels untersucht würden, nicht aber der patientenrelevante Nutzen. „Unterbleibt die frühe Nutzenbewertung, wird möglicherweise ein schlecht oder unzureichend geprüftes Arzneimittel auf den Markt kommen, ohne dass man mögliche Mängel in den Zulassungsstudien ausreichend begutachtet hat. Das ist dann schon ein Sicherheitsrisiko.“ Diese Ausnahmeregelung für „Orphan Drugs“ wurde insofern im endgültigen Gesetzesentwurf korrigiert, als vom Hersteller eines „Orphan Drug“, dessen Umsatz in den letzten 12 Kalendermonaten einen Betrag von 50 Millionen Euro übersteigt,

jetzt wieder der Nachweis des medizinischen Zusatznutzens gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie gefordert wird.

Ein weiterer Änderungsantrag, der es in den Beschluss des Bundestags schaffte, sieht eine Möglichkeit vor, die Nutzenbewertung zu umschiffen: „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ... das Arzneimittel von der Nutzenbewertung freizustellen, wenn zu erwarten ist, dass den gesetzlichen Krankenkassen nur geringe Ausgaben für das Arzneimittel entstehen werden.“

Umstrittene Beweislastumkehr

Eine umstrittene Neuerung im Gesetz ist auch das Prinzip der Beweislastumkehr. Galt bisher die Regelung, dass der G-BA neue Arzneimittel ohne Zusatznutzen von der Kostenerstattung durch die Krankenkassen ausschließen konnte, muss er beziehungsweise das IQWiG jetzt die „Unzweckmäßigkeit“ eines Medikaments beweisen. Praktisch ist dies jedoch schwer. „Die Möglichkeiten des G-BA, Arzneimittel von der Verordnung auszuschließen, wurden durch das neue Gesetzesvorhaben verschlechtert“, sagt der Vorsitzende der AkdÄ. „Zum Glück hat man die Forderung des Nachweises der Unzweckmäßigkeit im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens noch etwas revidiert.“ So ist dem G-BA nachträglich noch die Möglichkeit eingeräumt worden, nach der frühen Nutzenbewertung ergänzende Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels einzufordern. Werden diese Studienergebnisse in einem gewissen Zeitraum nicht vorgelegt, kann das Präparat von der Verordnung ausgeschlossen werden. Denn gerade Medikamente, deren Nutzen nicht eindeutig bewiesen ist, sollten nicht unreguliert verordnet werden. „Wir müssen gewisse Anforderungen an die neuen Wirkstoffe stellen“, so Prof. Ludwig. „Gibt es Bedenken, müssen weitere Untersuchungen zeigen, dass kein Sicherheitsrisiko für die Patienten besteht. Gegebenenfalls



kann es notwendig werden, mit einem Verordnungsausschluss oder einer Verordnungseinschränkung zu reagieren.“

Gegner der Reform befürchten, die Pharmaindustrie könne neue Medikamente künftig besser in den Markt „drücken“. Auch die Ärztekammer Berlin äußert diesbezüglich Bedenken. In einem Brief an den Gesundheitsminister betonte Präsident Dr. Günther Jonitz im Herbst letzten Jahres: „Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass neue Medikamente mit sehr großem Nachdruck in der Patientenversorgung platziert werden. Nicht selten stellt sich nach flächendeckender Anwendung und nach Verursachung erheblicher Kosten heraus, dass die Nebenwirkungen der neu zugelassenen Medikamente größer sind als die Wirkung. Nicht selten sind diese Nebenwirkungen tödlich.“ Präparate wie Lipobay, Vioxx oder zuletzt der Insulinsensitizer Avandia haben dies gezeigt.

Im Fokus: Arzneimittelsicherheit

Ein generelles Problem der Arzneimittelsicherheit sieht Ludwig darin, dass im Rahmen der Zulassung meist nur wenige hundert bis tausend Patienten mit einem Präparat behandelt werden – und das auch nur über einen sehr kurzen Zeitraum. „Das bedeutet, dass man zwar die kurzfristig auftretenden Nebenwirkungen erfasst, nicht aber die mittel- oder langfristigen. Außerdem entgehen aufgrund der geringen Fallzahlen bei den Zulassungsstudien seltene bis sehr seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen.“ Die in den Zulassungsstudien erfassten Patientenkollektive sind außerdem nach bestimmten Aspekten der klinischen Prüfung ausgewählt und somit nicht unbedingt repräsentativ für die Bevölkerung. Auch Windeler bestätigt, dass ein neues Arzneimittel zwar gewisse Mindeststandards zu Sicherheit und Wirksamkeit erfüllt. „Wel-

chen Nutzen beziehungsweise Schaden es für Patienten auch langfristig wirklich birgt und welches Mittel das Beste ist, bleibt bei der Zulassung aber meist offen.“

Bei ihrer Ermittlung und Bewertung arzneimittelbedingter Risiken stehen sowohl die EMA als auch die beiden deutschen Zulassungsbehörden, BfArM und PEI, in ständigem Austausch mit Behörden anderer europäischer Länder und der Weltgesundheitsorganisation. Die Abteilungen für Pharmakovigilanz verfolgen Fälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen und treffen gegebenenfalls Maßnahmen zur Risikominimierung. „In der Medizin kann es aber keine absolute Sicherheit geben – auch bei Arzneimitteln nicht“, sagt der Leiter des IQWiG. „Zulassungsverfahren für Arzneimittel sind überall auf der Welt ein Kompromiss: Auf der einen Seite sollen bestimmte Risiken ausgeschlossen werden, auf der anderen Seite soll aber ein neues Arzneimittel so schnell wie möglich auf den Markt kommen – weil es ja auch einen echten Fortschritt bedeuten und Menschen helfen kann.“

Ein Dilemma zwischen Risiko und Nutzen ist die Konsequenz: Negative Wirkungen müssen bis zu einem gewissen Grad in Kauf genommen werden, um die Chancen eines neuen Präparats ausschöpfen zu können. Der Druck auf schnelle Zulassung führe zum Beispiel dazu, dass Arzneimittel nicht daraufhin überprüft würden, ob sie wirklich für Patienten spürbare Vorteile hätten, so Prof. Windeler. Ob sich etwa das Leben verlängern, die Morbidität verringern oder die Lebensqualität verbessern ließen. Häufig werden bestimmte Messwerte, sogenannte Surrogatparameter, als Endpunkte von Studien definiert. Der Grund: sie sind meist besser messbar und somit wirtschaftlicher zu ermitteln als ein bestimmtes Phänomen. „Arzneimittel werden so zugelassen, weil sie zum Beispiel Laborwerte in eine gewünschte Richtung verändern – etwa Cholesterin, Blutzucker oder Blutdruck.

Sie sind wirksam, aber ob die Wirkung auch einen Nutzen

bedeutet, ist bei der Zulassung oft unklar“, weiß der IQWiG-Leiter. Oft gibt es lediglich eine Korrelation zwischen Marker und Krankheitsaktivität, ohne dass ein Zusammenhang zwischen Marker und eigentlich interessierendem klinischen Endpunkt, zum Beispiel der Überlebensdauer, besteht. Ziel sollte es jedoch sein, klarer zwischen der Wirksamkeit eines Medikaments und seinem patientenrelevanten Nutzen zu unterscheiden.

Nebenwirkungen melden!

Um die Risiken für Patienten so gering wie möglich zu halten, ist es in Deutschland für die Hersteller Pflicht, alle bekannt gewordenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen eines neuen Wirkstoffs zu sammeln, auszuwerten und gegebenenfalls in der Fachinformation sowie der Packungsbeilage aufzuführen. Laut Arzneimittelgesetz haften die Pharmaunternehmen für alle nicht angegebenen unerwünschten Nebenwirkungen. EU-weit müssen pharmazeutische Unternehmen Meldungen über Nebenwirkungen an ihre jeweils zuständige Arzneimitteloberbehörde machen. Diese leitet sie anschließend an die EMA weiter, die die einheitliche Erfassung, Sammlung und Auswertung über die Datenbank „EudraVigilance“ koordiniert und zentral archiviert. Auf internationaler Ebene gibt es das „WHO Programme for International Drug Monitoring“, ein Netzwerk zur Archivierung und Publikation unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

In Deutschland ist neben den beiden Bundesoberbehörden und den pharmazeutischen Herstellern die AkdÄ in die Erfassung, Dokumentation und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen eingebunden. Ärzte sind durch ihre Berufsordnung zur Meldung von Verdachtsfällen an die AkdÄ verpflichtet. Oft erscheinen unerwünschte Nebenwirkungen jedoch zu banal oder gelten schon als bekannt und werden deshalb nicht angezeigt. Nicht



selten sind auch organisatorische Gründe, etwa Zeitmangel oder unklare Meldewege, ausschlaggebend für ein fehlendes oder fehlerhaftes Meldeverhalten. Niedrige Meldequoten können dazu führen, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen nur unzuverlässig ermittelt werden können. „Probleme müssen dringend noch konsequenter gemeldet und ausgewertet werden. Nur so kann man Risiken frühzeitig erkennen und nicht erst nach einigen Jahren die Konsequenzen daraus ziehen“, weiß Prof. Ludwig. Um die Nebenwirkungen von Wirkstoffen sicherer und effektiver zu quantifizieren, könnte zum bestehenden Spontanmeldesystem die Errichtung ergänzender Erfassungssysteme sinnvoll sein. Weitere Studien zur Arzneimittelsicherheit, die auch nach der Zulassung systematisch und langfristig potentielle Risiken eines Medikaments untersuchen, seien unbedingt notwendig und werden in der im November 2010 verabschiedeten neuen Pharmakovigilanz-Richtlinie der EU auch explizit gefordert, so der Vorsitzende der AkdÄ. Nur so können lückenhafte Kenntnisse über ein neues Arzneimittel schnell und sicher ergänzt werden.

Aus Fehlern lernen ...

„Wenn behauptet wird, dass eine Substanz keine Nebenwirkung zeigt, so besteht der dringende Verdacht, dass sie auch keine Hauptwirkung hat“, sagte der 1992 verstorbene deutsche Pharmakologe Gustav Kuschinsky – sprich: keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Gerade diese Tatsache wird leider immer wieder Menschen zum Verhängnis. Wie viele Patienten jährlich in Deutschland durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu Schaden kommen, ist bisher nur durch Schätzungen belegt – von bis zu 60.000 Toten ist die Rede. Neben fehlenden Langzeitergebnissen zu den unerwünschten Wirkungen eines Wirkstoffs, Verordnungs- und Einnahmefehlern oder der bereits genannten Meldeträgheit,

können aber auch zurückgehaltene Informationen der Pharmaunternehmen schwerwiegende Konsequenzen für die Patienten haben. So geschehen bei dem Cox-2-Hemmer Vioxx (Rofecoxib): Im Herbst 2004 nahm Hersteller Merck mit diesem Präparat eines seiner umsatzstärksten Arzneimittel vom Markt. „Wir wissen heute, dass bereits kurz nach der Zulassung die kardiovaskulären Risiken von Rofecoxib deutlich erkennbar waren. Man hätte die Verordnung schon viel früher einschränken bzw. das Präparat vom Markt nehmen müssen“, bemängelt Prof. Ludwig. Schon im Frühjahr 2000 hatte es im Rahmen der VIGOR-Studie bei der mit Vioxx behandelten Patientengruppe Hinweise auf ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gegeben. Der Konzern hatte die Studienergebnisse der Öffentlichkeit zunächst vorenthalten. Erst vier Jahre später, als eine neue Langzeitstudie (APPROVE) die bereits bekannten Nebenwirkungen als schwerwiegend einstufte, reagierte das Unternehmen mit der Rückrufaktion seines Präparats. In den USA hatte der Fall strafrechtliche Konsequenzen. Der im Oktober 2004 im „The Lancet“ erschienene Leitartikel „Vioxx: eine ungleiche Partnerschaft von Sicherheit und Wirksamkeit“ kommentierte: „Ärzte müssen sich der vorläufigen Natur bekannter Sicherheits- und Wirksamkeitsdaten neuer Medikamente stärker bewusst werden. Die ursprünglichen Sicherheitsdaten für Rofecoxib basierten auf Ergebnissen von ungefähr 5000 Patienten. Im Vergleich mit den ungefähr zwei Millionen Patienten, die mit diesem Medikament bis jetzt behandelt wurden, ist das eine sehr kleine Zahl. ... Vertrauen in die Sicherheit neu zugelassener Medikamente kann nur vorläufig sein.“ Ferner heißt es: „Die Wahrheit über die kardiovaskulären Risiken war jedoch schon einige Zeit offensichtlich und Mercks heftige Verteidigung des Medikaments war ein klarer Fehler.“ Der Vioxx-Skandal sei letztlich das Resultat einer Kombination aus blindem und aggressivem Marketing seitens Merck und der Selbstgefälligkeit regulatorischer Behörden.

Risiken von Anfang an bekannt

Ganz anders der Hergang im Fall des Cholesterinsenkers Lipobay einige Jahre zuvor: Die gefährlichen Nebenwirkungen von Cerivastatin wurden von Anfang an im Beipackzettel vermerkt. Dennoch wurde das Medikament 2001 nach nur vier Jahren vom Markt genommen, nachdem es zu zahlreichen Todesfällen durch Nierenversagen infolge einer Rhabdomyolyse gekommen war. Immer wieder wurde Lipobay – entgegen der Empfehlung – kombiniert mit dem Fibrat Gemfibrozil verabreicht. Auch Dosierungsfehler werden für die tragischen Folgen verantwortlich gemacht. Besonders in den USA verordneten Ärzte als Startdosis häufig schon die höchste Dosierung.

Im Herbst vergangenen Jahres geriet der Insulinsensitizer Avandia (Rosiglitazon) der Firma GlaxoSmith Kline (GSK) ins Kreuzfeuer. Im September 2010 hatte das BfArM auf Empfehlung der EMA angeordnet, den Vertrieb einzustellen – der Grund: gehäuftes Auftreten von Myokardinfarkten bei Patienten, die mit dem Präparat behandelt wurden. Ähnlich wie beim Vioxx-Fall lagen dem Hersteller schon Jahre vor der Rücknahme Hinweise für kardiale Nebenwirkungen vor. Bereits im Frühjahr 2007 kam der Kardiologe Stephen Nissen im Rahmen einer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass Rosiglitazon das Herzinfarkttrisiko um über 40 Prozent steigert. GSK verwies daraufhin auf das Zwischenergebnis der RECORD-Studie, die keine häufigeren kardiovaskulären Ereignisse belegte und konnte sich somit Sanktionen entziehen. Lediglich ein durch die amerikanische FDA (Food and Drug Administration) eingefügter Warnhinweis in den Fachinformationen war die Folge. Doch Anfang 2010 forderte ein zweiter Mediziner und FDA-Mitarbeiter, David Graham, die Rücknahme des Präparats. Er begründete sein Anliegen mit einer retrospektiven Studie, die die Verschreibung von Rosiglitazon gegenüber Pioglitazon, einem anderen Ant-

betikum, mit einem um fast 70 Prozent höheren Risiko von Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Tod assoziierte. Die Veröffentlichungen von Graham und Nissen hatten Erfolg: die EMA bewertete die Nutzen-Risiko-Relation von Rosiglitazon negativ und sprach der EU-Kommission die Empfehlung aus, die Zulassung des Präparats zurückzunehmen. In Deutschland ist das Präparat jetzt vom Markt. Die FDA hingegen beschloss lediglich eine „risk evaluation and mitigation strategy“ (REMS). Rosiglitazon darf in den USA somit weiterhin verordnet werden – wenn auch eingeschränkt. Einer Studie zufolge sollen zwischen 1999 und 2009 insgesamt 47.000 Menschen durch das Präparat zu Schaden gekommen sein. Mitverantwortlich für diese hohe Zahl: pharmazeutische Hersteller mussten bis vor kurzem lediglich nachweisen, dass ein orales Antidiabetikum den Blutzucker senkt. Erst die neuen Leitlinien der FDA von 2008 schreiben jetzt auch langfristige Studien mit dem Endpunkt „kardiovaskuläre Nebenwirkungen“ vor.

Nach der Reform ist vor der Reform

Doch was kann man aus Arzneimittelskandalen der Vergangenheit lernen? Wie müsste das Zulassungsverfahren für neue Wirkstoffe aufgestellt sein, um die Medikamentensicherheit in Zukunft noch wirksamer zu realisieren? „Wir werden immer nur eine begrenzte Arzneimittelsicherheit haben“, meint Prof. Windeler. „Zulassung ist immer auch eine Abwägung zwischen den Interessen der Patienten und den Interessen der Firmen.“ Es sei letztlich ein Werturteil der Gesellschaft, welche Interessen welches Gewicht haben sollten. „Ich glaube, dass unsere Zulassungsbehörden die Kriterien der Zulassung so umsetzen, wie es ihnen die Gesellschaft in Form von gesetzlichen Regelungen vorgibt.“ Unsicherheiten, die bei der Zulassung eines neuen Arzneimittels bestünden, müssten aber bei der Verschreibung neuer Medikamente drin-

gend kritischer beachtet werden. In der Vergangenheit sei oft der Fehler gemacht worden, den Nutzen voreilig zu überschätzen gegenüber seinen Nachteilen und Unsicherheiten. Und daran hat nicht zuletzt die Pharmaindustrie ein großes Interesse. Gerade die pharmazeutischen Unternehmen führen aber den Großteil der Studien zu einem neu erschienenen Präparat durch. Die Konsequenz liegt auf der Hand: „Diese Daten weisen häufig einen Bias, einen methodisch bedingten systematischen Fehler, auf“, sagt Prof. Ludwig. Das Präparat des Herstellers erscheine im Ergebnis dann fast immer günstiger als es wirklich sei. „Allein mit den Untersuchungen der Hersteller kommen wir nicht weiter. Was wir dringend brauchen, sind mehr unabhängige klinische Studien.“ Woher die finanziellen Mittel für diese autarke Forschung allerdings kommen sollen, ist aber noch unklar. Die AkdÄ fordert außerdem, dass neben der durch das AMNOG im Arzneimittelgesetz verankerten Auflage zur Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen unabhängig von einer Publikation, jeweils auch das Studienprotokoll zugänglich gemacht werden muss. Nur so haben unabhängige Institutionen die Möglichkeit, bei der Interpretation der Ergebnisse zu prüfen, ob Protokoll und Ergebnisse übereinstimmen. Dies wäre ein wichtiger Schritt in Richtung größerer Transparenz beim Nutznachweis neuer Wirkstoffe.

Mit dem AMNOG ist nun ein Gesetz verabschiedet, das für innovative Arzneimittel mit nachweisbarem Zusatznutzen einen angemessenen Preis schaffen will, und, ebenso wichtig, garantiert, dass für neue Arzneimittel ohne Zusatznutzen nicht höhere Preise verlangt werden dürfen als für die zweckmäßige Vergleichstherapie. Vieles spricht dafür, dass die Reform dieses Ziel erreichen kann. Für Unstimmigkeiten sorgen Klauseln, die Medikamentengruppen von der frühen Nutzenbewertung ausschließen. Klaren Verbesserungsbedarf gibt es fern in Sachen der unabhängigen, syste-



Prof. Dr. Jürgen Windeler,
Leiter des IQWiG

matischen und langfristigen Nutzenanalyse von Wirkstoffen. In Studien zu neuen Arzneimitteln sollten klare Endpunkte definiert werden, die den eindeutigen Nutzen für Patienten und nicht lediglich die Veränderung bestimmter Parameter nachweisen. Bleibt zu hoffen, dass das neue Gesetz insgesamt mehr sein wird, als nur ein Sparpaket der Regierung.

Prof. Windeler blickt positiv in die Zukunft. Im AMNOG sieht er vor allem eine Chance – auch in Sachen Arzneimittelsicherheit: „Um einem Patienten die Frage zu beantworten, welches von zwei oder mehr Medikamenten er nehmen soll, reichen die Zulassungskriterien nicht aus. Aber genau hierfür haben wir ja jetzt die frühe Nutzenbewertung als ersten Schritt. Sie hakt da nach, wo die Zulassung aufhört.“ Wenn die Bewertung konsequent auf den Nutzen für Patienten fokussiert werde, wie es das IQWiG beibehalten wolle, dann würden eventuelle Unsicherheiten in Zukunft auch viel präsenter sein, so der Institutsleiter. „Werden die Ergebnisse dann noch von den Ärzten ernst genommen, kann die Nutzenbewertung dazu beitragen, dass Schäden durch voreilige Überschätzung neuer Arzneimittel in Zukunft zumindest kleiner ausfallen.“

Verfasserin:
Lucia Hagmann, Medizinjournalistin

Krebsmittel: Zugelassen, aber nutzlos?

Versorgungsstudien unerlässlich

Viele Patienten mit nur unzureichend behandelbaren Krankheiten wie Krebs warten mit ihren Ärzten dringend auf neue Medikamente. Und viele glauben, zugelassene, also auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit geprüfte Mittel würden ihnen auch nützen. Leider ein Irrtum. Der interdisziplinär besetzte Arbeitskreis „Versorgungsqualität in der Onkologie“ hat kürzlich in Berlin eine Analyse des unbefriedigenden Status quo vorgelegt und samt Verbesserungsvorschlägen öffentlich diskutiert. Zugleich wurde ein vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenes Gutachten zur „Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie“ bekannt. BERLINER ÄRZTE versucht hier, aus beiden Quellen ein paar für den Arzt wichtige Erkenntnisse zu schöpfen.

Plötzlich und unerwartet verstarb...“
„Also Herz-Kreislauf-Krankheit. – „Nach langem schweren Leiden...“ Das war wohl eine Krebskrankheit. Die häufigste und die zweithäufigste Todesursache in Deutschland? Lässt sich schon der Zeitungsseite mit den Todesanzeigen entnehmen; auch, dass beide im Prinzip Altersleiden sind, an denen man stirbt, wenn man alles andere überlebt hat. Aber für Herz-Kreislauf-Kranke kann der Arzt heute aus einer großen Zahl bewährter Wirkstoffe wählen. Ein hoher Anteil der neu zugelassenen Mittel sind „Me-too-Präparate“. Die Frage nach dem Zusatznutzen ist da in wenigen Monaten wohl oft zu klären, wie vom AMNOG vorgesehen (siehe Seite 14 ff in diesem Heft) nämlich meist zu verneinen.

Nicht so bei den onkologischen Arzneimitteln. Sehr teure Innovationen oder Schein-Innovationen drängen zuhauf (vor) schnell auf den Markt. Sie werden ungeduldig erwartet, von Ärzten und Patienten – sehr vielen Patienten. Und es werden immer mehr, da die Lebenserwartung ja unaufhaltsam steigt. Nach Schätzungen aus dem Robert Koch-Institut haben wir in Deutschland jährlich etwa 437.000 Neuerkrankungen an Krebs. Wie lässt sich da die Qualität der Versorgung künftig gewährleisten?

Neu zugelassene Onkologika schlecht geprüft

„Wesentlicher Erkenntnisgewinn entsteht

nach der Zulassung.“ Das ist die erste von sechs Thesen des Gesprächskreises, die als Ariadnefaden durch das Labyrinth der onkologisch-therapeutischen Probleme leiten sollen. Sie wurden nicht nur vorgestellt, sondern auch im Plenum diskutiert, und man untersuchte die Lösungsvorschläge auch auf ihre Realisierbarkeit.

Die dürftige Datenlage zum Zeitpunkt der Zulassung trifft auch auf andere Arzneimittel zu, aber bei Onkologika ist sie die Regel, und das ist wegen des dringenden Bedarfs besonders fatal, hieß es bei dem Treffen. „Zulassungsstudien werden nach ökonomischen Erwägungen der Arzneimittelhersteller und regulatorischen Anforderungen der Zulassungsbehörden mit ausgewählten Patienten durchgeführt“, liest man im Thesenpapier des Arbeitskreises. Danach gehört zu den zahlreichen „Geburtsfehlern“ dieser interessengeleiteten Studien auch einer, der bei Krebspatienten besonders ins Gewicht fällt: die Wahl von Surrogat-Parametern als Endpunkte von Studien.

Medikation gelungen – Patient tot

Was nützen dem Krebskranken das Ansprechen auf eine Therapie und selbst der Stillstand des Tumorwachstums, wenn er doch nicht länger lebt oder wenn er eine Verlängerung mit schweren Nebenwirkungen bezahlen muss? Nach dem Einfluss auf die krankheitsbedingte Lebensqualität wird in Zulassungsstudien meist

überhaupt nicht gefragt, oft nicht einmal nach der Symptomkontrolle. Im Englischen unterscheidet man zwischen „efficacy“ und „effectiveness“. Zulassungsstudien untersuchen nur die „efficacy“: die Wirksamkeit unter den Idealbedingungen einer Studie. Sie sagt noch nicht viel über die „effectiveness“ aus: Die Wirksamkeit, die unter den Alltagsbedingungen der stationären oder ambulanten Behandlung erreichbar ist, den Nutzen für den Patienten, heißt es in einer schriftlichen Zusammenfassung der Ergebnisse anderthalbjähriger Arbeit, die der Gesprächskreis jetzt vorlegte.

Über das Nutzen- und Schadenspotenzial der – extrem teuren – innovativen Krebsmittel weiß man bei deren Zulassung noch so wenig, dass deren „Effizienz“ – ein dritter Begriff überhaupt nicht zu beurteilen ist. Unter „effizienz“ versteht man ein gutes Kosten/Nutzen-Verhältnis; (der Begriff wird umgangssprachlich aber oft falsch verwendet und mit dem – undifferenzierten – Begriff „Wirksamkeit“ gleichgesetzt.) Dass die hohen Preise innovativer Krebsmittel keineswegs immer angemessen sind, lässt sich erahnen, wenn man ein Beispiel aus der Zwischenbilanz des Arbeitskreises betrachtet:

Der monoklonale Antikörper Cetuximab kann die Überlebenszeit von Patienten mit fortgeschrittenem nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom um 1,2 Monate verlängern, wenn sie sich 18 Wochen damit behandeln lassen und die Toxizität in Kauf nehmen. Das kostet etwa 80.000 Dollar.

Surrogat-Endpunkt Straßenlaterne

Ein Sturzbetrunkener ist spät in dunkler Nacht auf dem Heimweg. Er hält sich an einem Laternenpfahl fest und umtaumelt ihn, den verschwommenen Blick zu Boden gerichtet. Ein Passant: „Kann ich Ihnen helfen? Was suchen Sie denn?“ – „Me-meinen Hausschlüssel“, lallt der Mann. „Haben Sie ihn hier unter der Laterne verloren?“ – „Ne-nein – aba hier isses hell genuch zum Suchen.“

Würden sich in Deutschland alle in Frage kommenden Patienten dieser Therapie unterziehen, müsste die GKV dafür mindestens eine Milliarde Euro aufbringen. Für andere innovative onkologische Wirkstoffe ist die Größenordnung vergleichbar, heißt es in dieser Zwischenbilanz. Und weiter:

„Wenn die nicht hinreichend geprüfte Einführung neu zugelassener sehr teurer Arzneimittel in gleichem Maße wie bisher fortgesetzt wird, könnte die Leistungsfähigkeit der von der GKV finanzierten Versorgung onkologischer Patienten sehr schnell an ihre Grenze stoßen.“ Zu deutsch: Ohne evidenzbasierte Rationalisierung droht eine Rationierung der Therapie – nicht nur Krebskranker. „Wir haben noch immer eine gigantische Verschwendung in den Gesundheitssystemen der westlichen Welt“, meinte Michael Hallek (Direktor der Klinik für Hämatologie und Onkologie der Univ. Köln). Aber viele Ressourcen ließen sich durch eine strenge (Zusatz-)Nutzenbewertung freisetzen, ergänzte der Münchner Medizinethiker Georg Marckmann. Dann kämen die teuren neuen Medikamente jenen Krebskranken zugute, denen sie wirklich helfen können.

Neutrale Nach-Zulassungsstudien neuer Krebsmittel unerlässlich

Die zweite These des Expertenkreises: „Ein gewisser Blindflug nach der Zulassung kann durch unabhängige Post-Zulassungsstudien vermieden werden. Sie liefern gesicherte Erkenntnisse über das Nutzenpotenzial neuer Arzneimittel.“ Denn vom Procedere nach dem AMNOG (s. Seite 14 ff dieses Heftes) erwarten die Onkologen keine verlässlichen Daten, sofern man sich mit dem Dossier des Herstellers über den (Zusatz-)Nutzen begnügt. Binnen drei Monaten können G-BA oder IQWiG ihrer Bewertung ja nur die unzulänglichen und oft geschönten Ergebnisse der Zulassungsstudien zugrundelegen. Eine voreilige Schnellbeurteilung nach dem AMNOG könnte sogar schädlich sein, meinte Wolf-Dieter Ludwig (Onkologie-Chef im Helios-Klinikum Berlin-Buch und Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen

Lohnt sich das für den Patienten?

Ein neues Medikament, der monoklonale Antikörper Catumaxomab, wurde auf Grund einer offenen Phase II/III-Studie an 258 Patienten zur Behandlung des malignen Aszites zugelassen. Primärer Endpunkt war das punktionsfreie Überleben. Zu jeder der vier sechsständigen peritonealen Infusionen wurden die Patienten für 24 Stunden stationär aufgenommen. „Nachteile von Catumaxomab sind durch Zytokinfreisetzung bedingte akute Infusionsreaktionen in Form von Fieber, Übelkeit, Erbrechen und Schüttelfrost bei über 90 Prozent der Patienten, infusionsbedingte Bauchschmerzen, häufigere Krankenhausaufenthalte (18 statt 4 Tage) und die Entwicklung von Antikörpern bei fast allen Patienten.“ – „Catumaxomab erhöhte das punktionsfreie Überleben von 11 Tagen (Kontrollgruppe) auf 46 Tage, hatte aber keinen signifikanten Effekt auf das mediale Gesamtüberleben (68 versus 72 Tage).“ – „Durch die Palliativtherapie werden etwa vier Aszitespunktionen eingespart.“ Die Kosten für einen Therapiezyklus mit vier Fertigspritzen: 14.626 Euro, die 14 zusätzlichen Krankentage nicht gerechnet. (Nach „Arzneiverordnungs-Report 2010“, S. 58 ff des Kapitels Neue Arzneimittel 2009 von Uwe Fricke und Ulrich Schwabe.)

Ärztenschaft): Man wiegt sich womöglich dann in falscher Sicherheit.

Also sind unabhängige Prüfungen gerade der neuen Krebsmittel unerlässlich, wie sie auch These 4 fordert und als machbar bezeichnet: „Eine verlässliche Einschätzung des Nutzen- und Schadenspotenzials onkologischer Innovationen ist wissenschaftlich möglich und ethisch ohne Alternative; unabhängige Studien nach Zulassung ermöglichen einen bedarfsgerechten Einsatz begrenzt verfügbarer Ressourcen.“ Dazu Wolf-Dieter Ludwig: „Wir haben enorme Fortschritte in der Grundlagenforschung gemacht. Aber ‚Mehr Grundlagenforschung – bessere Medikamente‘, diese Hoffnung hat getrogen. Wir haben jetzt ein Overload unzureichend geprüfter Arzneimittel. Gewonnene Lebensmonate sind oft stark mit Nebenwirkungen belastet.“

Und ständig drängen neue, äußerst kostspielige onkologische Medikamente auf den Markt. An deren Zulassung ohne Nutzen/Risiko-Prüfung lässt sich in Deutschland nichts ändern: Spezialpräparate werden jetzt für Europa zentral von der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln zugelassen. Also konzentriert sich der Arbeitskreis auf die Zeit danach, vor allem auf die Forderung, die Nutzen/Schaden-Relation innovativer Substanzen nach ihrer Zulassung zu untersuchen.

Warum gibt es so wenig klinische Studien und vor allem so wenig Versorgungsforschung, die neue Therapien unter Alltagsbedingungen prüft? Weil solche patientenrelevanten Studien immer noch weit weniger prestigeträchtig sind als Grundlagenforschung; weil der bürokratische Aufwand zu hoch ist; und weil die Haupt-„Sponsoren“ der Arzneimittelforschung, die Pharmafirmen, verständlicherweise kaum Interesse daran haben, die mögliche Unterlegenheit ihres endlich zugelassenen Präparates, also den fehlenden Zusatznutzen im Vergleich zu Konkurrenten zu ermitteln.

Wer soll das bezahlen?

Wer also sollte unabhängige Forschung bezahlen? Die onkologischen Uni-Kliniken können sie sich kaum noch leisten (und reichen „Big Pharma“ schon mehr als den kleinen Finger). Das Bundesforschungsministerium und die Deutsche Forschungsgemeinschaft haben zwar die Notwendigkeit der patientenrelevanten Versorgungsforschung jetzt erkannt, fördern aber nach wie vor im Wesentlichen die Grundlagenforschung, auch die onkologische. Die Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Versorgungsforschung zu fördern, sind trotz einer Änderung im Sozialgesetzbuch noch immer ungenügend. Bleiben die Stiftungen, vor allem die Deutsche Krebshilfe, deren

Mittel (aus privaten Spenden) aber begrenzt sind.

Ein Blick über den nationalen Gartenzaun – das heißt, in die internationale onkologische Fachpresse – zeigt dem onkologischen Arbeitskreis, dass auch anderswo die von den Herstellern finanzierten und dirigierten Studien dominieren, die ja oft mit einem „sponsorship bias“ behaftet sind, also die eigene Prüfsubstanz zu positiv bewerten. Von den Forschern selbst initiierte Arzneimittelprüfungen finden immer weniger statt. In Italien immerhin zahlt die Pharmaindustrie fünf Prozent ihres Marketing-Budgets in einen Pool, aus dem unabhängige Arzneimittelforschung finanziert wird.

Manche innovativen Krebsmedikamente kosten pro Therapietag mehr als 200 Euro. Könnten und wollten die Kassen Versorgungsforschung spürbar finanzieren, dann würden sie künftig viel Geld sparen, das für die evidenzbasierten Mittel und Methoden verfügbar wäre. Die „Spezialpräparate“, (die außer gegen Krebs u.a. gegen HIV und nach Transplantationen verordnet werden) haben eine solche Dynamik, dass sie die Bank – sprich: die GKV – zu sprengen drohen. Laut Arzneimittel-Report 2010 machten sie 2009 in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zwar nur 2,5 Prozent der Verschreibungen, aber 27,5 Prozent des gesamten Fertigarzneimittelumsatzes aus. Der Spezialmittelumsatz stieg im Jahrzehnt bis 2009 von 2,8 auf 7,8 Milliarden Euro, mit einem Umsatzanstieg allein 2009 um 11,4 Prozent (Arzneimittel insgesamt: 32,4 Milliarden, mit 4,8 Prozent Anstieg 2009). Ein zweistelliger Umsatzanstieg ist auch weiterhin Jahr für Jahr zu erwarten – und das bei minimalem oder wissenschaftlich gar nicht belegtem Nutzen, zumindest in der Onkologie.

Patienten stärker einbeziehen!

„Wir müssen zuerst den Nutzen für die Patienten ermitteln und dann erst über die Preise reden“, sagte Marckmann; „und wir sollen auch mit den Patienten über das Nutzen/Risiko-Verhältnis einer Therapie sprechen“ – soweit die Ärzte es selbst

schon kennen. Viele Krebspatienten fangen an, „mündig“ zu werden, informieren sich, greifen nicht mehr nach allem, was neu ist, meinte Johannes Bruns (Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft). Im „Nationalen Krebsplan“ des Bundesgesundheitsministeriums wird von der Onkologie eine stärkere Patientenorientierung gefordert. Sie ist auf gutem Wege: Zum Arbeitskreis wie zu anderen Gremien gehören auch Patientenvertreter. Zwei Frauen aus der Selbsthilfebewegung beteiligten sich kompetent an den Diskussionen in Berlin, und im Thesenpapier heißt es: Patienten mit dieser lebensbedrohenden Krankheit fordern „zu Recht einen schnellen Zugang zu innovativen Behandlungsverfahren, die“ – und das ist neu – „bei einschätzbaren Risiken einen verlässlichen Vorteil für sie bieten. (Verbesserte Lebensqualität und/oder verlängerte Überlebenszeit.)“

Es gibt sogar sehr gut aufgeklärte Krebspatienten, die nicht nur auf die „partizipative Entscheidungsfindung“ in eigener Sache vorbereitet sind, sondern auch Mitverantwortung im Gesundheitssystem übernehmen wollen, wie zum Beispiel Hilde Schulte (Frauenselbsthilfe nach Krebs), die dem Gesprächskreis angehört. IQWiG-Vertreter Stephan Lange hält sogar die Beteiligung von Patienten schon an der Konzeption von Zulassungstudien für wünschenswert, damit patientenrelevante Endpunkte gewählt werden.

Forschung und Versorgung verschränken – aber evidenzbasiert

Um die vielen, nach der Zulassung eines neuen Wirkstoffs noch offenen Probleme zu lösen, wird im Thesenpapier das „Ineingreifen von Forschungsfragen und Alltagsversorgung“ gefordert. Eine Expertenkommission aus allen beteiligten Gruppen sollte die versorgungsrelevanten Fragen definieren, Prioritäten setzen, kompetente Mediziner in entsprechend ausgestatteten onkologischen Kliniken und Schwerpunktpraxen in die Bearbeitung einbeziehen. Grundlage wäre eine sorgfältige Dokumentation aller Therapien. Mit

den üblichen „Beobachtungsstudien“ als Marketinginstrument hätte dies absolut nichts zu tun.

Verschiedene Studienarten wurden für die Zeit nach der Zulassung diskutiert, auch Krebsregister als entscheidender Baustein zum Erkenntnisgewinn genannt. Solange das Nutzen/Schaden-Verhältnis und der Zusatznutzen eines neuen Krebsmittels nicht geklärt ist, sollte es nur im Rahmen einer Post-Zulassungsstudie verordnet und von der Kasse erstattet werden, schlägt der Arbeitskreis vor. Seine letzte These ist gar keine, sondern eine Frage:

„Schaffen wir die notwendige politische Reflexion und daraus folgende Geschlossenheit, um diesen wesentlichen Fortschritt für Innovation, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Onkologie von morgen zu ermöglichen?“

Die Skepsis ist begründet. Rainer Hess (G-BA), bezweifelte entschieden, dass aus politischer Reflexion Geschlossenheit folgt. Er hat langjährige Erfahrung.

Rosemarie Stein

Evidenzbasierte Informationen für Patient und Arzt

Beim Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg können sich nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte wissenschaftlich fundierte Informationen nach dem neuesten Forschungsstand holen. An den KID-Telefonen sitzen inzwischen fast nur Mediziner. Lassen Fragen sich nicht sofort beantworten, wird für den Anrufer recherchiert. Die kostenlose Telefonnummer

0800/420 30 40

kann man an sämtlichen sieben Tagen der Woche von 8 bis 20 Uhr anwählen. Ist besetzt, wird später auf Wunsch zurückgerufen.

für das 2. Halbjahr 2010

Erst am Jahresende kam die Influenza zurück

BERLINER ÄRZTE möchte an dieser Stelle den halbjährlichen Bericht des Fachgebiets Infektionsschutz/Infektionsepidemiologie des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) vorstellen. Sie erhalten so einen umfassenden Überblick über das Infektionsgeschehen in Berlin.

Tabelle Stand: 17.1.2011	2. Halbjahr 2010				2. Halbjahr 2009		
	Berlin			Deutschland	Berlin		
Meldekategorie	Rang	Anzahl	Inzidenz*	Inzidenz*	Rang	Anzahl	Inzidenz*
Norovirus **	1	2.870	83,63		2	4.523	131,80
Einzelfallmeldungen		1.217	35,46	35,74		2.220	64,11
zusätzliche Fälle aus aggregierten Herdmeldungen		1.653				2.303	
Campylobacter	2	1.765	51,43	46,93	3	1.523	44,38
Salmonellose	3	423	12,33	16,89	5	418	12,18
Rotavirus	4	418	12,18	11,72	4	502	14,63
Hepatitis C	5	307	8,95	3,03	6	301	8,77
E.-coli-Enteritis	6	236	6,88	4,00	8	186	5,42
Giardiasis	7	213	6,21	2,53	7	209	6,09
Tuberkulose	8	147	4,28	2,51	9	141	4,11
MRSA ***	9	127	3,70	2,09	10	71	2,07
Shigellose	10	89	2,59	0,62	14	34	0,99

* Inzidenz = Fallzahlen pro 100.000 Einwohner (Stand: 31.12.2008) im Halbjahreszeitraum (Juli - Dezember)

** Daten aus 2009 und 2010 enthalten für Berlin Fälle aus Einzelfallmeldungen und zusätzliche Fälle aus Herdmeldungen, für Deutschland nur Einzelfallmeldungen (Daten aus Herdmeldungen liegen bundesweit nicht vor); Angaben der Einzelfallmeldungen und der zusätzlichen Fälle in Herdmeldungen sind für Berlin auch getrennt angegeben

*** MRSA (Labornachweis in Liquor und/oder Blut) sind erst seit dem 1.7.2009 meldepflichtig

**** Rang 1 belegte im 2. Halbjahr 2009 die Influenza, die jedoch im 2. Halbjahr 2010 nicht mehr unter den zehn meist gemeldeten Infektionen zu finden war

Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin

Nach dem Abklingen der Hauptwelle der Neuen Influenza A/H1N1 Ende 2009 kam es in der Folge - wie auch im ersten Halbjahr 2010 - nur noch zu einer geringen Zahl sporadischer Meldungen (10 Fälle seit Jahresmitte bis zur 49. Woche). In der 50. bis 52. Woche wurden dann mit ansteigendem Trend 31 Fälle berichtet und ließen ein spürbares saisonales Geschehen Anfang 2011 erwarten. In 58% dieser Fälle wurde A/H1N1/2009 und in 17% Influenza B nachgewiesen. Im zweiten Halbjahr 2010 kam es in Berlin nicht zu Todesfällen durch Influenza. Im August 2010 hatte die WHO die Pandemie durch die „neue“ Influenza

A/H1N1/2009 für beendet erklärt, womit die Besonderheiten bei der Erfassung des neuen Erregertyps endgültig entfallen sind.

Der im ersten Halbjahr 2010 beobachtete Anstieg der Shigellennachweise ging im zweiten Halbjahr noch intensiver weiter. Die Inzidenz stieg in Berlin damit auf 2,6 pro 100.000 Einwohner und ist bei weitem die höchste in Deutschland (bundesweite Inzidenz 0,6). Im Zusammenhang mit diesem Geschehen wurde in 39 von 89 Fällen ein sexuelles Übertragungsgeschehen vermutet (44%), das erhöhte Aufmerksamkeit der klinisch tätigen Ärzteschaft nahe legt.

Die Zahl der diagnostizierten Masernfälle lag mit 17 deutlich höher als im Vergleichs-

zeitraum 2009 (1 Fall). Ein Ausbruchsgeschehen wie Anfang 2010 wiederholte sich bisher nicht. Bei Masern ist nach dem IfSG neben dem Labornachweis bereits der Krankheitsverdacht an das zuständige Gesundheitsamt meldepflichtig.

Hepatitis E wird zwar auf niedrigem Niveau, aber häufiger diagnostiziert (10 Fälle), wobei im Gegensatz zu 2009 die Mehrzahl der Fälle mit einem Auslandsaufenthalt in Verbindung gebracht wurden.

Die Zahl der gemeldeten Infektionen mit *Listeria monocytogenes* lag mit 13 Fällen höher als im zweiten Halbjahr 2009. Hier wurde neben einem Fall von Neugeborenen-Listeriose auch über eine vermutlich nosokomiale Übertragung auf ein Neugeborenes berichtet.

Der infektionsepidemiologische Jahresbericht 2009 für Berlin ist erschienen und kann auf der Homepage des LAGeSo abgerufen werden. Druckexemplare stellt das LAGeSo auf Anfrage in eingeschränkter Zahl gern zur Verfügung.

Kontakt:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Email: infektionsschutz@lageso.berlin.de
www.lageso.berlin.de

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 03.03.2011 / 17.03.2011 / 31.03.2011 jeweils 19.00 – 21.15 Uhr	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994–3) 9 Std. Theoriekurs 40 Std. Hospitation in Kinderarztpraxis 60 Std. Hospitation in Erste-Hilfe- Stelle der KV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information / Anmeldung Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 P
■ 25.03.2011	Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich TN-Gebühr: 60 €	5 P
■ 25.03.–26.03.2011	Verkehrsmedizinische Begutachtung - Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €. Kombipreis für beide Kurse: 290 €	16 P
■ 09.04.2011	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 135 €	9 P
■ 09.05.–11.05.2011	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 12.05.–14.05.2011 16.06.–18.06.2011 15.09.–17.09.2011 09.12.2011	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 13)	WannseeForum und Evang. Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: aerztliche-fuehrung2011@aekb.de	80 P
■ 06.06.–08.06.2011	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: 250 €	21 P
■ 08.06.–10.06.2011 10.06.2011	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 TN-Gebühr: Spezialk.Rö-diag: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 19.08.–20.08.2011	Breaking Bad News Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel: 40806-1400 E-Mail: c.markl@aekb.de Anmeldung: i.wegner@aekb.de 290 €	17 P

Verkehrsmedizinische Begutachtung Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Psychometrie und Perimetrie, welches am Vormittag des 25.03.2011 stattfindet.

Termin: Freitag, 25.03.2011, 14.00 - 21.00 Uhr

Samstag, 26.03.2011, 8.30 - 17.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 Euro

Hinweis: Kombipreis für „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 Euro

Information u. Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06 -1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

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

Der 200 Stunden- Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2011 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben

Termine: Präsenzwoche 1: 26.09. bis 01.10.2011 / Woche 2: 07.11. bis 12.11.2011 / Woche 3: 12.12. bis 17.12.2011 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 40806-1207 (Organisation), Tel.: 40806-1400 (C.Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2011@aekb.de

Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie (40-Stundenkurs, findet in zwei aufeinander aufbauenden Teilen statt)

Termine:

10. März 2011; 14:00-18:00 Uhr **und** 24. März 2011; 14:00-18:00 Uhr
11. März 2011; 09:00-19:00 Uhr 25. März 2011; 09:00-18:00 Uhr
12. März 2011; 09:00-17:00 Uhr 26. März 2011; 09:00-14:00 Uhr

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten“ der Bundesärztekammer ausüben möchten.

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. Gossrau

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 750 Euro

Information/ Anmeldung: Tel.: 40806-1401; E-Mail: r.drendel@aekb.de

Fortbildungspunkte: Die Teilnahme ist mit 40 Fortbildungspunkten anerkannt.

Grundlagen der medizinischen Begutachtung Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2011 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité-Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termin: Modul I: 13./14.05.2011 / Modul II: 20./21.05.2011

Modul III: 17./18.06.2011

(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr, samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird eine Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer Berlin ausgestellt. 45 Fortbildungspunkte (15 Punkte pro Modul). Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,- €.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@aekb.de

Täuschung und Manipulation mit Zahlen

Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen

„Das Mammographie-Screening senkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25%.“ Hätten Sie gewusst, dass diese relative Risikoreduktion bedeutet, dass 1 von 1000 Frauen weniger an Brustkrebs stirbt? Wenn nein, sind Sie in guter Gesellschaft.

Wer keinen Draht zu der Materie Statistik findet, aber einen Einstieg sucht, ist hier richtig. Die Teilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, positive Untersuchungsergebnisse oder Zahlenangaben, z.B. signifikante Studien-Ergebnisse kritisch zu würdigen, um ihre Patienten auf besserer Wissensbasis beraten zu können. Im Vordergrund stehen das Verstehen und der Umgang mit statistischen Grundbegriffen und deren Abhängigkeit von einander. Unterschiede zwischen bedingten Wahrscheinlichkeiten (Relativ-Prozent) und natürlichen Häufigkeiten werden ebenso herausgearbeitet wie auch das Verstehen von Interessenskonflikten, die häufig dazu führen, dass Statistiken irreführend dargestellt werden und mit Zahlen getäuscht wird.

Referenten: Dr. med. Hans-Joachim Koubenec

Termin: Seminar-Teil 1: 23.03.2011 (17:00-19:30 Uhr)

Seminar-Teil 2: 04.05.2011 (17:00-19:30 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 40 Euro für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar

8 Fortbildungspunkte für beide Teile bzw. 4 Punkte pro Teil

Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

www.berliner-aerzte.net!

Die neue Delegiertenversammlung ist am 19. Januar zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammengekommen. Nachdem wir Ihnen in der vergangenen Ausgabe den neuen Vorstand vorgestellt haben, möchten wir in dieser Ausgabe die 46 Delegierten der 13. Legislaturperiode vorstellen, damit Sie sich ein Bild von Ihnen machen können. Besonders begrüßt seien an dieser Stelle die Kolleginnen und Kollegen, die der Delegiertenversammlung neu angehören.



Delegierte starten in die neue Runde

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin stellt sich vor

MARBURGER BUND



Dr. med. GÜNTHER JONITZ
Präsident, FA für Chirurgie,
Vorstandsmitglied
im Marburger Bund BB



Dr. med. KILIAN TEGETHOFF
Vorstandsmitglied, FA für
Anästhesiologie an der Charité,
Campus Berlin-Mitte, Vor-
sitzender Marburger Bund BB



**Dr. med. JÖRG MICHAEL
STOHRER**
Assistenzarzt DRK-Kliniken
Berlin Köpenick



Dr. med. MATTHIAS ALBRECHT
FA für Kinder- und Jugend-
medizin, SP Neonatologie,
Geschäftsführer im
Ev. Krankenhaus Hubertus



Dr. med. THOMAS WERNER
FA für Chirurgie Vivantes
Klinikum Prenzlauer Berg



**Prof. Dr. med. AXEL
EKKERNKAMP**
Leitender FA für Chirurgie,
Unfallkrankenhaus Berlin



Dr. med. JUSTUS HILPERT
FA für Anästhesiologie, Leitender
Oberarzt Intensivmedizin Charité,
Campus Benjamin Franklin



**Dr. med. MORITZ PEILL-
MEININGHAUS**
FA für Anästhesiologie,
freiberuflich, selbstständig



Prof. Dr. med. Matthias David
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Oberarzt an der Charité, Campus Virchow



Dr. med. CHRISTIAN STORM
FA für Innere Medizin, Charité, Campus Virchow



Dr. med. WERNER WYRWICH
Vorstandsmitglied, FA für Unfallchirurgie, Kaufmännischer Leiter Centrum 13 der Charité - Universitätsmedizin, Vorstandsmitglied im Marburger Bund BB



Dr. med. KLAUS THIERSE
Niedergelassener FA für Orthopädie und Unfallchirurgie



Dr. med. PETER BOBBERT
Assistenzarzt, Kardiologie an der Charité, Campus Benjamin Franklin

DELEGIERTEN VERSAMMLUNG

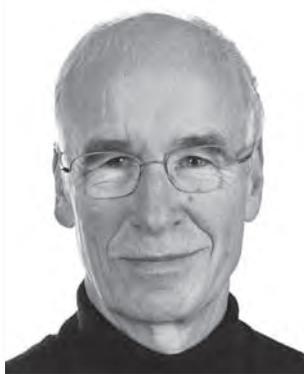
FRAKTION GESUNDHEIT



Dr. med. WOLFRAM SINGENDONK
Niedergelassener FA für Kinder- und Jugendmedizin aus Berlin-Schöneberg



ANTJE BLANKAU
Niedergelassene FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Friedenau



Dr. med. ANDREAS GRÜNEISEN
FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie, im Ruhestand



Dr. med. SEBASTIAN DIECKMANN
FA für Innere Medizin, tätig am Berliner Tropeninstitut der Charité



Dr. med. ROLF-JÜRGEN KÜHNELT
Niedergelassener FA für Kinder- und Jugendmedizin aus Wedding



Dr. med. STEFAN HOCHFELD
FA für Innere Medizin, MVZ Neukölln



Dr. med. HERBERT MENZEL
Niedergelassener FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Neurologie und Psychiatrie in Wilmersdorf



Dr. med. VOLKER PICKEROTH
FA für Anästhesiologie, Oberarzt am Ev. Waldkrankenhaus Spandau



Dr. med. CONSTANCE JACOBOWSKI
Niedergelassene FÄ für Innere Medizin aus Charlottenburg



Dr. med. EVA-MÜLLER DANNECKER
FÄ für Anästhesiologie am Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin Kreuzberg



Dr. med. BRIGITTE WEINGART-JESSE
Niedergelassene Ärztin in Wilmersdorf



JULIAN VEELKEN
FA für Neurochirurgie am Vivantes Klinik Neukölln

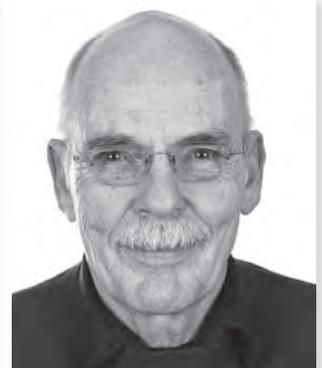
ALLIANZ
BERLINER
ÄRZTE/
HARTMANN-
BUND/
NAV-
VIRCHOW-
BUND



Dr. med. ELMAR WILLE
Vizepräsident, niedergelassener Facharzt für Augenheilkunde in Tempelhof



Dr. med. SVEA KELLER
FÄ für Augenheilkunde, Redaktion von www.buschtelefon.de



Prof. Dr. med. HARALD MAU
Vorstandsmitglied, FA für Kinderchirurgie



BURKHARD BRATZKE
Niedergelassener FA für Dermatologie und Venerologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten) im MVZ Tiergarten, Vorstandsmitglied der KV Berlin



Dr. med. REGINE HELD
Vorstandsmitglied, niedergelassene FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aus Weißensee



Dr. med. CHRISTIAN HANDROCK
Vorstandsmitglied, niedergelassener FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Kladow



Dr. med. KLAUS-PETER SPIES
Niedergelassener FA für Innere Medizin, Nephrologie in Neukölln



Dr. med. HANS-DETLEF DEWITZ
Niedergelassener FA für Orthopädie in Wilmersdorf



ANTON ROUWEN
Niedergelassener FA für Innere Medizin in Kreuzberg



Dr. med. DIETRICH BODENSTEIN
FA für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytiker



Dr. med. THOMAS WILDFEUER
Niedergelassener FA für Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten) in Hohenschönhausen



Dr. med. SABINE KREBS
Niedergelassene FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Wilmersdorf



Dr. med. BERND MÜLLER
Vorstandsmitglied, FA für Urologie in Charlottenburg



HELMUT MÄLZER
Niedergelassener FA für Orthopädie und Unfallchirurgie in Steglitz



Dr. med. MATTHIAS BLOECHLE
Niedergelassener FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Reproduktionsmediziner in Charlottenburg

HAUSÄRZTE



Dr. med. ANGELIKA PREHN
Vorsitzende der KV Berlin, niedergelassene Allgemeinmedizinerin aus Friedrichshain



Dr. med. WOLFGANG KREISCHER
Niedergelassener Allgemeinmediziner aus Zehlendorf, Vorsitzender des Vorstands des Hausärzteverbandes Berlin-Brandenburg



Dr. med. HANS-PETER HOFFERT
Niedergelassener Allgemeinmediziner



Dr. med. GABRIELA STEMFOR
Niedergelassene Allgemeinmedizinerin in Marzahn

NIEDERGE- LASSENE ÄRZTE



KATHARINA WASSILEW
FÄ für Pathologie, Oberärztin am Deutschen Herzzentrum Berlin

VER- TRETRIN DER BERLINER HOCH- SCHULEN



Prof. Dr. med. IMKE PULS
FÄ für Neurologie u. Neuroheilkunde, Juniorprof. für Genetik an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité, CCM

10 Jahre Vivantes – ein Rückblick

Vivantes – was sich vage mit „sie leben“ (frz.) oder „sie sollen leben“ (lat.) übersetzen ließe – klingt wie eine Aufforderung. Tatsächlich schien es Rettung in letzter Minute, als der Berliner Senat im Jahr 2001 seine neun ehemals eigenständigen, städtischen Krankenhäuser unter einem gemeinsamen Dach zusammenführte. Am 01. Mai 2001 wurde die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH gegründet, alleiniger Eigentümer der Berliner Senat. Es sind das Humboldt-Krankenhaus, das Krankenhaus Spandau, das Urban-Krankenhaus, die Krankenhäuser Hellersdorf, Friedrichshain, Prenzlauer Berg, Auguste-Viktoria, Neukölln und Wenckeback. Jedes Haus für sich ein Sanierungsfall, alle zusammen hoch verschuldet.

Von Michaela Peeters

Ob es tatsächlich ein prachtvoller, glänzender Vogel sein würde, der – wie BERLINER ÄRZTE im Oktober 2000 titelte – „wie Phoenix aus der Asche“ auferstehen würde, sollte sich in den Folgejahren erst unter Beweis stellen. Die Ausgangsbedingungen waren denkbar schwierig: Rund 13.000 Beschäftigte, 6.100 Betten, mehr als 100 Mio. Euro vom Land Berlin übertragene Altschulden, dafür betriebsbedingter Kündi-

gungsschutz und Bezahlung nach BAT bis 2006. Voraussetzungen die sich marktwirtschaftlich nicht rechneten.

Mit Wolfgang Schäfer aus Kassel wird dem Konzern ein Manager vorangestellt, der erfahren ist, was die Sanierung eines Klinikums betrifft, und von dem man sich verspricht, dass er auch Vivantes in schwarze Zahlen führen werde. Die Maßnahmen, die getroffen werden,

sind drastisch. Mit einem Schlag werden bis zu 1200 Stellen gestrichen. In die Krankenhäuser ziehen Manager und Medizincontroller ein, die täglich kalkulieren – Kosten, Erlöse, Bilanzen. Eine übergeordnete Zentrale entscheidet über Einstellungen und Personalschlüssel, Effizienz der einzelnen Fachabteilungen und weitere Einsparpotenziale. Wirtschaftlichkeit dominiert nicht nur den Alltag der Mediziner, sondern auch die Patientenversorgung, den Stellenschlüssel und die Situation am Krankenbett, wenn es um Steigerung der Fallzahlen, Kürzung der Liegezeiten und die Dauer von Therapiegesprächen geht. Mit den DRGs, die 2003 eingeführt werden, erhöht sich der Rationalisierungsdruck in den Kliniken. Die neuen Schlüsselbegriffe lauten Facility Management, Benchmarking und Best-Practice. Mit der zunehmenden Zentralisierung eröffnen sich den Ärztinnen und Ärzten aber auch neue Kommunikations- und Informationswege, Synergieeffekte entstehen und Möglichkeiten der hausinternen Rotation.

ANZEIGE

Die ersten Jahre

Anfang 2004 steht Vivantes kurz vor der Insolvenz. Indem der Berliner Senat dem Klinikkonzern die Altschulden erlässt und mit der Belegschaft einen Notfalltarifvertrag aushandelt, kann der weitere Betrieb sichergestellt werden. Infolge von kontinuierlichem Personalabbau und einem Mehr an unbezahlten Überstunden kommt es zu ersten Warnstreiks, von denen weitere in den nächsten Jahren folgen werden.

Das Sanierungskonzept von Schäfer mit all seinen Auswirkungen überzeugt den Vivantes-Aufsichtsrat nicht. Wolfgang Schäfer verlässt 2005 das Unternehmen. Vivantes zählt zu diesem Zeitpunkt zu den größten Krankenhauskonzernen in Deutschland. Bislang wurden rund 1000 Betten und fast 3.000 Vollzeitstellen abgebaut.

2006 übernimmt Holger Strehlau-Schwoil aus Wiesbaden die Geschäftsführung und wird 2007 von Joachim Bovelet, zuletzt Geschäftsführer der Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH, abgelöst. Seine erste Herausforderung sind die vom Marburger Bund und ver.di geführten Tarifverhandlungen, die in 2008 erneut zu Protesten, Streiks und im Ergebnis zu einer langsamen Anpassung an den TVöD führen. 2009 wird schließlich der hauseigene „Tarifvertrag Ärzte Vivantes“ er-

folgreich umgesetzt, der feste Laufzeiten enthält und zuletzt Ende 2010 nachverhandelt wurde. Eine Besonderheit des Vertrags ist die Einrichtung einer vom Marburger Bund und Vivantes besetzten Arbeitsgruppe, die Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Familienfreundlichkeit, Nachwuchsförderung und einer besseren Unternehmenskultur unterbreiten soll.

Nach dem Ausbau der ambulanten Pflege bei Vivantes und der Errichtung von acht neuen MVZ steigt die Patientenzahl auf mittlerweile 265.000 im Jahr. Die Liegezeiten sinken weiter. Inzwischen wird jeder dritte Patient in Berlin bei Vivantes behandelt. Zum Netzwerk Vivantes zählen neben den neun Krankenhäusern nunmehr zwölf Pflegeheime, zwei Seniorenwohnhäuser, eine ambulante Rehabilitation sowie etliche Tochtergesellschaften für die internen Geschäftsfelder. 2009 entsteht im Klinikum Neukölln die erste überregionale Stroke Unit mit mehr als 1000 Schlaganfallpatienten, d.h. jeder siebte Schlaganfallpatient in Berlin wird hier behandelt.

Und heute?

Heute steht Vivantes selbstbewusst da. Die notwendige, bevorstehende Sanierung einiger Häuser könnte aller-

dings ein finanzieller Kraftakt bedeuten, der nicht aus Eigenmitteln getätigt werden kann. Doch gibt sich Berlins Gesundheitsssenatorin Katrin Lompscher – so in der Presse zu lesen – zuversichtlich. Die rund 20.000 Betten in Berlin sollen vorerst erhalten bleiben. Wer das hört, könnte das als positives Zeichen für die immer wieder spekulierte Schließung einzelner Häuser deuten. Heute gefragt, woran man die Besonderheit von Vivantes erkennt, erfährt man ähnlich Zuversichtliches von der Senatorin: An der „[...] hohen Qualität der Leistungen. Daran haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen entscheidenden Anteil. Sie sorgen für das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in den neun Vivantes-Kliniken. Auf diesem erfolgreichen Weg wird das Unternehmen weitergehen und dabei in öffentlicher Hand bleiben.“

In den letzten zehn Jahren hat die Ärztekammer Berlin die Entwicklung in den Vivantes-Kliniken stets aufmerksam kritisch und konstruktiv begleitet.

Verfasserin:
Michaela Peeters
Ärztekammer Berlin

KOMMENTAR

10 Jahre Vivantes – 137 Jahre Tradition städtischer Krankenhäuser in Berlin

Von Thomas Werner

Hochglanzbroschüren, Festveranstaltungen, neue Logos und renovierte Internetauftritte kündigen es an. Der Vivantes Konzern feiert 2011 seinen 10. Geburtstag – oder doch nur das 10-jährige Überleben? Ökonomisch konsolidiert, zumindest äußerlich betrachtet, reduziert sich das politische Interesse an Vivantes einmal mehr auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Unternehmens am Berliner Gesundheitsmarkt. Gerade dies jedoch steht dem Hauptinteresse aller jener entgegen, die sich in den vergangenen Jahren einer Privatisierung des Unternehmens zur Sicherstellung der Kernaufgabe des Konzerns im Sinne einer qualifizierten medizinischen Versorgung der Berliner Bevölkerung widersetzt haben. Die weit verzweigte Präsenz im Stadtgebiet bildet dabei die Basis des Gleichgewichtes von Chance und Verantwortung eines kommunalen Unternehmens. Dazu gehört nach wie vor eine wohnortnahe Versorgung, die die spezifischen Berliner Verhältnisse der gewachsenen Kiezstrukturen und den zum Teil rasanten demographischen und strukturellen Wandel in diesen dringend berücksichtigen muss. Nach Modellberechnungen des statistischen Bundesamtes ist bis 2030 mit einem Anstieg der Krankheitsfälle im Land Berlin um weitere 14,1% zu rechnen. Sind unter diesem Aspekt Diskussionen über Standortaufgaben wie am Prenzlauer Berg gerechtfertigt oder sind sie kurzfristig finanziellen Effekten geschuldet und führen zur Entkopplung der Versorgungsstrukturen? Der Patient entscheidet, wo er sich behandeln lässt: Häufig gut informiert, oft subjektiv beein-

flusst und meist einfach nur pragmatisch. Die sowohl dem zunehmenden ökonomischen Druck als auch den steigenden Qualitätsansprüchen geschuldete Zentralisierung medizinischer Spezialisierungen steht nicht im Widerspruch zur flächendeckenden Basisversorgung, die in besonderem Maße die Bedürfnisse der Patienten in den verschiedenen Regionen der Stadt berücksichtigen muss. Diese in bester Qualität zu erbringen, erfordert in allen Bereichen eine genügende Anzahl motivierter und professioneller Mitarbeiter, die von einem System moderner und transparenter Unternehmens- und Führungsstrukturen profitieren sollten. Zufriedene Mitarbeiter, hohe Qualität, zufriedene Patienten. Vivantes bietet auf Grund seines breiten Spektrums nahezu ideale Voraussetzungen für Ausbildung, Qualifizierung und langfristige Beschäftigung von Mitarbeitern der verschie-

densten Berufsgruppen medizinischer und nichtmedizinischer Bereiche. Eine Aufgabe für die Zukunft wird es sein, diese Vorteile durch kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen, durch stärkere Gewichtung der Themenkomplexe Vereinbarkeit von Familie und Beruf, flexible Arbeitszeitgestaltung sowie verbesserte Mitarbeitermotivation und Wertschätzung der Arbeit jedes einzelnen zum Gesamtpaket zu schnüren. Nur so kann die Attraktivität von Vivantes als Arbeitgeber auch vor dem Hintergrund des drohenden Personalnotstandes im ärztlichen und pflegerischen Bereich erhalten bleiben und Qualitätseinbußen verhindert werden. Der Bogen an Leistungsverdichtung und Personalabbau ist vielerorts schon heute überspannt. Auch für Vivantes sollte das Konzept „Nachhaltigkeit vor Verschleiß“ gelten. Der Konzern wird sich an die geänderten Bedingungen immer wieder anpassen und neu justieren müssen. Schnell, flexibel und immer gemeinsam mit seinen Mitarbeitern. Die einzige Konstante im System ist der Mensch als Patient, der einen Anspruch auf die bestmögliche Qualität der Versorgung hat.

Dr. med. Thomas Werner
Mitglied der Delegiertenversammlung
der Ärztekammer Berlin

ANZEIGEN

Große Resonanz bei Wiedereinstiegskurs

Auf große Resonanz ist der 14. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall gestoßen, der vom 17. – 28.01.2011 von der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen mit der Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angeboten worden war. 14 Tage lang erfolgten Fachvorträge aus den wichtigsten Disziplinen der ärztlichen Grundversorgung, Informationen über die Niederlassung und Möglichkeiten des Wiedereinstiegs in die ärztliche Berufstätigkeit

sowie Vorstellungen verschiedener ärztlicher Tätigkeitsfelder. Die hochrangigen Referenten gaben einen Überblick über die Neuentwicklungen ihrer jeweiligen Disziplin. Sie begeisterten und ermutigten die Teilnehmer. Das gab ihnen Sicherheit und Orientierung für die Überlegung, wieder ärztlich tätig zu werden. Es wurde nicht nur das Fachliche vermittelt, sondern auch, dass Ärzte trotz des enormen ökonomischen Druckes in Praxis und Klinik immer noch Freude an ihrem Beruf haben. Nächstes Jahr plant die Kaiserin Friedrich-

Stiftung neben denjenigen, die als Wiedereinsteiger in den Beruf zurückkehren wollen, auch jene Kolleginnen und Kollegen weiterzubilden, die als Ausländer bereit sind, in Deutschland zu arbeiten (Voraussetzung: beste Deutschkenntnisse!). Der Ärztemangel – zumindest in bestimmten Regionen Deutschlands – zwingt zum Umdenken und fordert neue Wege. Das Update in allen Disziplinen wird nächstes Jahr wieder im Januar in dem herrlichen Ambiente des Kaiserin Friedrich-Hauses in Berlin stattfinden.

Dr. med. Gisela Albrecht
Geschäftsführerin der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen,
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de

Volker Schmehl zum Gedenken

Am 12. Januar 2011 ist Dr. Volker Schmehl im Alter von 73 Jahren nach langer schwerer Krankheit gestorben. Dr. Schmehl war von 1963 – 1998 im katholischen St. Hedwig-Krankenhaus tätig. Angefangen hat er als Assistenzarzt bis er fünf Jahre später zum Oberarzt ernannt wurde. Von 1982 – 1989 leitete er die Medizinische Klinik als Chefarzt und übernahm später dazu die Funktion des Ärztlichen Direktors.

Während seines 36-jährigen Berufslebens war er uns Ärzten immer ein Vorbild, sowohl in seiner fundierten ärztlichen Tätigkeit – er gehörte noch zu den so genannten Allround-Internisten – als auch in seinem zwischenmenschlichen Auftreten. Nachdem Dr. Schmehl sich Anfang der 60er Jahre einen anatomisch-physiologischen Grundstock im Physiologischen Institut der Charité erarbeitet hatte, begann seine internistische Facharztausbildung unter der Leitung unseres verehrten Lehrers, Dr. Hermann Kahl, im traditionsreichen St. Hedwig-Krankenhaus. Seine Liebe galt immer der Gastroenterologie, zu deren Entwicklung er wesentlich beigetragen hat. Nach dem Ausscheiden von Dr. Kahl wurde die große Medizinische Abteilung in die Bereiche Innere 1 und Innere 2 geteilt. Dr. Schmehl übernahm



Foto: privat

die chefarztliche Leitung der 2. Inneren Abteilung, in der unter seiner Leitung neben der Gastroenterologie auch die Diabetologie und Nephrologie fester Bestandteil der Klinik wurde. In diesem Zusammenhang entstand auch ein Dialysezentrum. Bei aller Subspezialisierung legte Dr. Schmehl immer großen Wert auf umfassende allgemeininternistische Betreuung der Patienten. Diese Allround-Ausbildung und seine verständliche Art, Wissen zu vermitteln war uns Medizinern stets eine große Hilfe, aber auch Herausforderung. Nicht nur Ärzte

gingen durch seine formenden „großen“ Hände, auch eine Vielzahl Schwestern und Pfleger erinnern sich gern an seine Lehrtätigkeit an der zum St. Hedwig-Krankenhaus gehörenden Krankenpflegeschule. Sein wissenschaftlicher Werdegang gipfelte in der Habilitationsschrift „Chronischer Alkoholabusus und Ösophagusfunktion“, die er 1993 an der Charité verteidigt hat und damit Privatdozent wurde. Obwohl Dr. Schmehl 1998 aus dem aktiven Dienst ausgeschieden ist, hat er noch viele Jahre lang die ambulante Betreuung seiner „Stammpatienten“ und unserer Ordensschwestern übernommen. In den letzten Jahren begann für Dr. Schmehl ein langer Leidensweg durch eine seltene schlecht einzuschätzende Erkrankung, der er am 12. Januar erlegen ist. In dieser schweren Zeit standen ihm seine Ehefrau und seine beiden Kinder zur Seite. In einem bewegenden Trauergottesdienst haben sich Familie, Freunde und Kollegen am 27. Januar 2011 in der Kapelle des St. Hedwig-Krankenhauses verabschiedet. Wir werden Privatdozent Dr. Volker Schmehl ihn in ehrender Erinnerung behalten.

Dr. med. Jörg Kämmer
Internist im St. Hedwig-Krankenhaus

Stiften gehen

„Wer war Maecenas – wirklich?“ so hieß die vergnügliche Performance im rauf- und runterfahrenden Paternoster der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Ihren diesjährigen „Salon Sophie Charlotte“ hatte sie den Mäzenen von Kunst und Wissenschaft gewidmet. Die spielwütigen jungen Leute von der Universität der Künste gaben ihrem Affen Zucker. Falls sie dabei gesagt haben sollten, wer Maecenas wirklich war, dann ging das im Wirbel unter. Also Lexikon:

„Maecenas, römischer Ritter, gest. 8 v. Chr., hochgebildet, aus vornehmerm etrusk. Geschlecht, war der Vertraute des Kaisers Augustus, der Gönner von Vergil, Properz und vor allem Horaz. Sein Name wurde zum Begriff (Mäzen).“ – Und was ist nun ein Mäzen? Bestimmt nicht einer, der zwar die Restaurierung gefährdeter Baudenkmale finanziert, dafür aber Kirchtürme, Schloss- und selbst Krankenhausfassaden (mit Patienten dahinter!) mit überdimensionaler, aufdringlicher Werbung zuhängen darf.

So einer ist allenfalls ein „Sponsor“. Das ist ein Begriff im Bedeutungswandel: Vom Adjektiv „selbstlos“ entfernt er sich immer weiter. Es sind schon Lichtjahre, seit absurderweise jede Pharmafirma, die für ihre eigenen Produkte die gesetzlich vorgeschriebenen Zulassungsstudien finanziert, ganz offiziell „Sponsor“ heißt. Mäzene hingegen fördern selbstlos, mal abgesehen vom Steuervorteil oder Imagegewinn.

An diesem langen Abend wimmelte es in den ehrwürdigen Akademieräumen am Gendarmenmarkt von lebenden freilaufernden Mäzenen, und von berühmten oder auch vergessenen toten wurde berichtet. Die FU-Japanologin Irmela Hijija-Kirschner zum Beispiel erzählte eine erstaunliche Geschichte: Der Besitzer der führenden japanischen Pharmafirma, Hoshi (Vorname Hajime, 1873-1951) unterstützte großzügig die deutsche Wissenschaft, vor allem Chemie und Atomphysik. Dabei ist er nie in Deutschland gewesen.

Aber er wusste, dass die junge Industrie Japans, als es sich nach langer Selbstisolation für die Welt geöffnet hatte, der deutschen Wissenschaft sehr viel verdankte.

Zuerst kamen zwei Millionen Reichsmark aus dem Fernen Osten, dann weitere Stiftungsgelder durch Vermittlung Fritz Habers, der Hoshi 1924 in Japan besuchte



Gaius Maecenas, 70-8 v. Chr.

und ihm einen Dankesbrief des Reichspräsidenten Friedrich Ebert überreichte. Die Fördermittel flossen ohne persönliche Interessen und ohne Bedingungen des Mäzens. Als Hoshis Firma in finanzielle Schwierigkeiten geriet, lieb er sich sogar Geld, um seinen Stiftungs-Verpflichtungen weiter nachkommen zu können. Verwaltet wurden die mäzenatischen Mittel von dem unter Otto Hahn arbeitenden Japan-Ausschuss der „Notgemeinschaft deutscher Wissenschaft“, aus dem die Deutsche Forschungsgemeinschaft hervorging.

Eine ebenso erstaunliche Geschichte spielt hier und heute: Eine Firma finanziert eine

große, seit 2008 laufende unabhängige Versorgungsstudie, aber keine Firma aus dem Medizinisch-industriellen Komplex, sondern – Gazprom Germania; ebenfalls ohne eigene Interessen, außer dem Imagegewinn. Initiatorin der Harow-Studie ist die „Stiftung Männergesundheit“, wissenschaftlicher Leiter der Berliner Urologe Lothar Weißbach, führender Experte fürs Forschungsthema. Denn es geht um das lokal begrenzte, wenig aggressive Prostatakarzinom, und verglichen werden invasive mit abwartend überwachenden Strategien. Untersucht wird unter anderem besonders die Lebensqualität. (www.stiftung-maennergesundheit.de und www.harow.de)

Fast zu schön, um wahr zu sein, diese beiden Stiftungsgeschichten. Aber verheißen sie nicht die Lösung für die Finanzierung unabhängiger Forschung? Die Grundlagenforschung wird mit interesselosem Wohlgefallen von Pharmafirmen auf der anderen Erdseite unterstützt. Und die Versorgungsforschung wird von Unternehmen gefördert, die dem Medizinisch-industriellen Komplex völlig fernstehen (außer dass vielleicht gerade ein Manager krank ist). Also wollen sie auch nicht Einfluss nehmen.

Am Schluss ihrer Maecenas-Performance standen die Schauspielstudierenden dicht gedrängt auf einer Treppe des Akademiegebäudes und skandierten wie auf einer Demonstration im Sprechchor: „Künst-ler brau-chen Un-ab-hän-gig-keit!“ Wissenschaftler auch.

R. Stein

Vielleicht erwägen manche Leser selber mit Hilfe einer Stiftung Kunst oder Wissenschaft gezielt zu fördern. Wer nicht weiß, wie man das am besten anfängt, findet Rat und Hilfe – auch eine detaillierte Ratgeber-Broschüre – beim:

**Bundesverband Deutscher Stiftungen,
Mauerstraße 93, 10117 Berlin,
Telefon 030/89 79 47-0 und
www.Stiftungen.org**

BERLINER ÄRZTE

3/2011 48. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titel: Sehstern unter Verwendung von
Vector Bootprint ©Andrew Brown - Fotolia.com
Fotos: S.7 ©Marina Lohrbach - Fotolia.com, S.12 ©vege - Fotolia.com,
S.14-15, S.18 © Baris Onal-iStock.com, S.17 © Bernd Kröger-Fotolia.com

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 78,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 52,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,35 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2011 vom 01.01.2011.

ISSN: 0939-5784

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der Avicenna Klinik.
Wir bitten um freundliche Beachtung.