MEZIS
MEIN ESSEN ZAHL ICH SELBST

NACHRICHTEN
NR. 2/15

Editorial

Zuerst möchten wir den Vorstandsnachwuchs Hanna Neumann aus Berlin und Jan Salzmann aus Aachen ganz herzlich begrüßen! Und das mit einer Ermunterung an alle LeserInnen verbinden, sich gerne bei uns mit Themenideen oder eigenen Artikeln zu Wort zu melden!

Die Dinge entwickeln sich in unsere Richtung! 2014 berichteten wir bereits über die Gesetzesinitiative zur Verankerung von Korruption im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch. Dazu liegt der Gesetzentwurf jetzt vor – wir halten dabei jedoch Nachbesserungen, z.B. beim individuellen Recht auf Klage, für notwendig.

Leitlinien sind wichtige Handlungsrichtschnüre für alle ÄrztInnen. MEZIS trägt auch in diesem Heft wieder zur Aufklärung über Verflechtungen der empfehlenden Gremien mit der Pharmaindustrie bei. Hier werden wir auch in Zukunft wachsam bleiben und uns aktiv und konstruktiv mit Vorschlägen für konkrete Maßnahmen in die Diskussion einschalten! Ebenso bedenklich ist die Finanzierung von sogenannten MS-Schwestern durch die Hersteller von Medikamenten gegen MS (Multiple Sklerose).

Masernerkrankungen nehmen in Europa wieder zu. Brauchen wir die Impfpflicht? Unser Autor tritt für eine Versachlichung der Debatte ein. Eine weitere „ernsthafte Erkrankung“ greift scheinbar massenhaft um sich, wenn *mann* auf die Testosteron-Verordnungszahlen schaut: die „Wechseljahre des Mannes“. In einer Zeit, in der wegen gravierender Nebenwirkungen immer weniger Frauen mit Hormonen gegen Wechseljahresbeschwerden behandelt werden, werden nun die Männer als Zielgruppe einer Hormontherapie ins Visier genommen. Skepsis ist angebracht!

Eine anregende Lektüre wünscht

Sigrid Habermann-Tal

Leben – (k)eine Kostenfrage?!

Unentbehrliche Medikamente sind Medikamente, die die bedrohlichsten Erkrankungen einer Bevölkerung therapieren können (priority health care needs of the population). Sie müssen jedem Menschen zu jeder Zeit zu akzeptablen Kosten zur Verfügung stehen. Seit 1977 veröffentlicht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hierzu eine Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel.[1] Die Vereinten Nationen schließen den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten verbindlich in das Menschenrecht auf den höchstmöglichen Gesundheitszustand ein.[2] Bereits 150 Länder haben aus der Modellliste eine Länderliste entwickelt, die der Gesundheitssituation jedes Landes Rechnung trägt.

HEPATITIS-C-MEDIKAMENTE GELTEN JETZT ALS UNENTBEHRLICH

Die WHO hat 2015 fünf neue Hepatitis-C-Medikamente mit folgenden Wirkstoffen (Sofosbuvir, Daclatasvir, Ledipasvir plus Sofosbuvir, Ombitasvir plus Paritaprevir plus Ritonavir mit oder ohne Dasabuvir, Simeprevir) in die neue Modellliste der unentbehrlichen Medikamente aufgenommen.[3] Alle diese Medikamente sind extrem teuer. Sofosbuvir, mit dem 50 % - 90 % (je nach Genotyp) der Hepatitis-C-Infektionen geheilt werden können, kam für 63.000 Euro (für die Gesamttherapie) auf den deutschen Markt. Auch nachdem der GKV-Spitzenverband nach Ablauf des ersten Jahres nach Zulassung (15.2.2015) einen Rabatt erzwingen konnte, liegt der Preis immer noch bei 43.500 Euro. Die Europäische Arzneimittelzulassungsbehörde EMA, unabhängige ArzneimittelexpertInnen sowie der gemeinsame Bundesausschuss[4] empfehlen die Therapie.[5] Gleichzeitig kritisieren sie den maßlos überteuerten Preis. Diese „Mondpreise“ sind auch in Deutschland für jeden Kostenträger und somit

auch für die SteuerzahlerInnen ein großes Problem und umso mehr in den ärmsten Ländern der Welt, wo Hepatitis C häufig ist. Ca. 300.000 Menschen in Deutschland und 150 Millionen Menschen weltweit leiden unter Hepatitis C.

DRUCK AUF DIE UNTERNEHMEN, DIE PREISE ZU SENKEN

Der Schritt der WHO ist ein starkes politisches Signal und übt Druck auf die Pharmaunternehmen aus, die Preise zu senken, um diese wichtigen Arzneimittel für die Betroffenen verfügbar zu machen.[6] Denn die Produktionskosten für z.B. Sofosbuvir liegen bei ca. 100 Euro, eine nicht nur beachtliche, sondern auch unmoralische Gewinnspanne.

Christiane Fischer

Dr. Christiane Fischer ist die Geschäftsführerin der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte MEZIS.

Interessenkonflikte: Mitglied des Deutschen Ethikrates und der Palliativstiftung; Vortragshonorare für MEZIS-Vorträge.

1 *WHO (2015) Essential medicines. http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/ [Zugriff 13.5.2015]*
2 *UN (1966) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. § 12 und 15; UN (2000) The right to the highest attainable standard of health: 11.08.2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En [Zugriff 13.5.2015]*
3 *Presseerklärung WHO (2015) WHO moves to improve access to lifesaving medicines for hepatitis C, drug-resistant TB and cancers. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/new-essential-medicines-list/en/ [Zugriff 13.5.2015]*
4 *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Sofosbuvir. 17.7.2014 www.g-ba.de/downloads/39-261-2029/2014-07-17_AM-RL-XII_Sofosbuvir_2014-02-01-D-091_BAnz.pdf? [Zugriff 13.5.2015]*
5 *Sofosbuvir – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGBV 29.4.14, www.iqwig.de/download/A14-05_Sofosbuvir_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf [Zugriff 13.5.2015]*
6 *Deutsches Ärzteblatt (2015) Essenzielle Arzneimittel: WHO hält teure Hepatitis C-Medikamente für unentbehrlich. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62762 11.5.2015 [Zugriff 13.5.2015]*

Inhalt

Leben – (k)eine Kostenfrage?! 1

Neue Vorstandsmitglieder stellen sich vor 2

Interessenkonflikte bei Leitlinien regulieren 3

Ein Wochenende mit MEZIS in Leipzig 5

Ein Plädoyer gegen die Impfflicht 7

Leiden Männer unter Wechseljahren? 9

Auch ARISTOTLE hat eine Achillesferse 10

Der neue Gesetzentwurf zur Korruption 12

MS: Zwischen Pharma und Patientenwohl 14

Neue Vorstandsmitglieder stellen

HANNA NEUMANN

Ich bin die Hanna und ich bin Berlinerin. In meiner Heimatstadt studierte ich, mit kurzen Famulatur-/PJ-Ausflügen nach Irland, Südafrika und in die Schweiz. Als „Wirtschaftsflüchtling“ umging ich das AIP in Deutschland und hatte zwei lehrreiche, spannende Jahre in Zürich. Mit der Rückkehr nach Deutschland über München nach Berlin, hier von einer katholischen in eine evangelische Klinik, sank mein Gehalt kontinuierlich. Das ist kein Grund zu klagen, denn ich fühle mich in meinem Beruf finanziell privilegiert und finanzierte mit einer Teilzeitstelle meine vierköpfige Familie ganz nach dem Motto, dass man nicht Porsche fahren muss, sondern auch S-Bahn fahren kann. Ich arbeite als Orthopädin und Unfallchirurgin im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau in Berlin.

Ich bin Mitglied bei MEZIS und IPPNW, weil es mir wichtig ist, dass ich als Ärztin aufmerksam mache auf Missstände, Verantwortung übernehme und mich zu Wort melde. Auf der diesjährigen Mitgliederversammlung wurde ich in den Vorstand gewählt. Ich will mich konstruktiv und kritisch einbringen und werde mit Thomas Lindner den StudentInnenunterricht „Advert retard“ weiterführen. Auch habe ich die Regionalgruppe Berlin übernommen. Auf Feedback und Kontakte freue ich mich!

JAN SALZMANN

Mein Name ist Jan Salzmann, ich bin 47 Jahre alt und seit 2009 Mitglied bei MEZIS. Seit 2008 bin ich in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und als hausärztlicher Internist, Psychotherapeut und Notarzt tätig. Mit meiner Frau und meinen Töchtern (18 und 15 Jahre alt) lebe ich in Vaals in der Nähe von Aachen.

Seit mehr als 25 Jahren bin ich in der entwicklungspolitischen

Interessenkonflikte bei Leitlinien regulieren

APPELL AN DIE MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN IN DEUTSCHLAND

Die gegenwärtig enge Verflechtung von Leitlinien-AutorInnen mit der Industrie lässt sich beispielhaft an der Leitlinie „Sekundärprävention ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vom Januar 2015 ablesen.[1] Sie steht exemplarisch für viele andere Leitlinien der AWMF, die inzwischen die Interessenkonflikte der Beteiligten zwar deklarieren, aber unzureichend regulieren.[2] An der Schlaganfall-Leitlinie waren VertreterInnen von 19 Fachgesellschaften und Verbänden beteiligt. Die Leitlinie entspricht dem höchsten methodischen Niveau S3. Tatsächlich wurden hier die Vorgaben des AWMF-Regelwerks aufwändig und sorgfältig umgesetzt.[1] Dazu gehörten die Einbindung von Methodikern und Patientenverbänden, die Formulierung von Schlüsselfragen, die Identifikation methodisch hochwertiger Quellleitlinien, eine systematische Literaturrecherche, ein moderierter Konsensprozess mit Beteiligung der AWMF, ein begleitender Leitlinienreport und nicht zuletzt eine Empfehlung zur partizipativen Entscheidungsfindung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Die Interessenkonflikte der Leitliniengruppe werden im Leitlinienreport transparent beschrieben.[1] Der Umgang mit den Interessenkonflikten bleibt jedoch problematisch. Im Leitlinienreport heißt es dazu: „Alle Mitglieder der Leitliniengruppe gaben an, dass keine bedeutsamen Interessenkonflikte sie an der Teilnahme an dem Leitlinienvorhaben hindern würden... Die Evaluation aller Erklärungen wurde abschließend auf der zweiten Konsensuskonferenz diskutiert, mit dem Ergebnis, dass keine Interessenkonflikte vorlagen, die einen Ausschluss aus der Leitliniengruppe nach sich gezogen hätten. Falls ein stimmberechtigtes Mitglied aufgrund von Interessenkonflikten bei der Konsentierung der Empfehlungen einzelner Schlüsselfragen nicht unbefangen abstimmen konnte, bestand die Auflage, dass sich der- bzw. diejenige bei dieser Abstimmung enthalten würde.“[1]

Am Beispiel der Empfehlung 13.10 zum Einsatz von Antikoagulantien wird deutlich, dass diese Abstinenz bei Befangenheit nicht konsequent eingehalten wurde. Die Empfehlung lautet:

„Die neuen Antikoagulantien (d.h. Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban) stellen eine Alternative zu den Vitamin-K-Antagonisten dar und sollten aufgrund des günstigeren Nutzen-Risiko-Profils zur Anwendung kommen. (Empfehlungsgrad B)“[1] Laut Leitlinienreport wurde die Empfehlung mit 10 zu 9 Stimmen in der Stichwahl ausgesprochen. Unter den 23 stimmberechtigten Mitgliedern der Leitliniengruppe gaben 10 an, Beraterverträge mit den Herstellern der neuen oralen Antikoagulantien zu haben. Sechs weitere waren über Vortragshonorare mit den Herstellern dieser Medikamente verbunden. Von diesen 16 Befangenen enthielten sich jedoch nur sechs bei der Abstimmung, in der Stichwahl nur noch vier.[1]

Die Rolle der neuen Antikoagulantien wird unter SpezialistInnen kontrovers beurteilt, wie es das knappe Abstimmungsergebnis und auch die heterogenen Empfehlungen internationaler Leitlinien zeigen. So gibt beispielsweise die American Heart Association den herkömmlichen Vitamin-K-Antagonisten einen höheren Empfehlungsgrad als den neuen Antikoagulantien.[3] Zwar weiß niemand, ob die finanziellen Beziehungen zur Industrie die Entscheidung der deutschen LeitlinienautorInnen beeinflusst haben, sie sind aber als Risikofaktor für eine Beeinflussung anzusehen[4] und wecken Zweifel an der Glaubwürdigkeit einzelner Empfehlungen. Die nicht berücksichtigten Interessenkonflikte schaden der Leitlinie, unabhängig

sich vor

Bildungsarbeit aktiv, u.a. als Vorstandsmitglied im „Eine Welt Forum Aachen“, in der Aachener „terre des hommes“-Gruppe sowie im Bündnis „FAIRhandel(n)“. Ein Engagement bei MEZIS stellt für mich eine sinnvolle Ergänzung dieser Arbeitsfelder dar. Ich sehe hier eine geeignete Kraft, um Pharmafirmen, die im Spannungsfeld von Profitinteressen und der Verantwortung für die öffentliche Gesundheitsversorgung oszillieren, mehr zum Pol der Gesundheitsfürsorge zu ziehen. Schwerpunkte meiner Vorstandsarbeit sehe ich in den Themen „Global Health und die Rolle der deutschen Pharmafirmen“, in der Vernetzung mit themenverwandten NGOs sowie der Öffentlichkeitsarbeit.

davon, ob die Empfehlungen wissenschaftlich korrekt sind oder nicht.

Der Prozess der Leitlinienerstellung erstreckte sich von September 2010 bis Juli 2013. Inzwischen ist die Diskussion über Interessenkonflikte vorangeschritten.[5,6,7] Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie veröffentlichte 2014 *Handlungsrichtlinien im Umgang mit wirtschaftlichen Interessen*, die mindestens 50 % unabhängige LeitlinienautorInnen fordern sowie die Abstinenz befangener Mitglieder bei Abstimmungen.[8] Weiterhin wird dort die Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Interessenkonflikten in Aussicht gestellt. Daher hoffen und erwarten wir, dass die AWMF und die beteiligten Fachgesellschaften heute anders und kritischer mit Interessenkonflikten umgehen würden als zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Leitlinie. Wir alle setzen voraus, dass weder ein Richter, ein Prüfingenieur der Stiftung Warentest noch ein Schiedsrichter vertragliche Beziehungen zu einer interessierten Partei hat. Für ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen liegt die Messlatte mindestens ebenso hoch. Die psychologische Forschung hat immer wieder gezeigt, dass wir unsere eigene Befangenheit nur schlecht erkennen („Bias blind spot“).[9] Daher braucht die AWMF eindeutige Regeln zum Umgang mit Interessenkonflikten bei LeitlinienautorInnen.

In einem gemeinsamen Appell von MEZIS, Transparency International und NeurologyFirst an die AWMF werden hierzu folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPEN

Mindestens 50% der Leitlinienautor(inn)en sollen keine oder allenfalls geringfügige Interessenkonflikte haben. Langfristiges Ziel ist die Unabhängigkeit aller Leitlinienautoren. Die federführenden Leitlinienautoren dürfen keine Interessenkonflikte haben. Bei interdisziplinären Leitlinien entsenden die beteiligten Fachgesellschaften einen Vertreter ohne Interessenkonflikte, falls sie nur einen Vertreter stellen. Fachgesellschaften, die mehrere Vertreter entsenden, beachten die 50%-Regel. Sie identifizieren und entwickeln aktiv unabhängige Leitlinienautoren aus den Reihen ihrer Mitglieder.

BEWERTUNG VON INTERESSENKONFLIKTEN

Die Selbstbewertung der Interessenkonflikte nach eigenem Ermessen entfällt in Zukunft, da sie nicht funktioniert. Stattdessen braucht es klare Kriterien zur Bewertung der Schwere von Interessenkonflikten. Zu diesen Kriterien wird auch die Festlegung gehören, ob bestimmte Interessenkonflikte, beispielsweise ein Beratervertrag mit einer Firma, eine Mitarbeit an einer Leitlinie gänzlich ausschließen. Die Interessenkonflikte der Autoren werden bereits bei Anmeldung des Leitlinienprojekts bei der AWMF deklariert und von der AWMF bewertet.

ENTHALTUNG BEI ABSTIMMUNGEN

Bei Abstimmungen zu einzelnen Empfehlungen gilt: Wer einen Interessenkonflikt zu einem Hersteller der zu bewertenden Produkte angegeben hat, muss sich enthalten. Die Einhaltung dieser Regel wird für jede Abstimmung protokolliert. Zudem wird das jeweilige Abstimmungsergebnis in der Langfassung der Leitlinie vermerkt. Experten mit erheblichen Interessenkonflikten können punktuell als Berater hinzugezogen werden, falls auf ihre Expertise nicht verzichtet werden kann.

KONSULTATIONSPROZESS

Der Einfluss von Interessenkonflikten kann außerdem durch eine Internet-basierte Kommentierung des Leitlinienentwurfs durch die Mitglieder der beteiligten Fachgesellschaften gemildert werden.

KollegInnen aller Fachrichtungen sind aufgerufen, diesen Appell mit zu unterzeichnen: http://www.neurologyfirst.de/appell/

Thomas Lempert,
Angela Spelsberg,
Niklas Schurig
und Christiane Fischer

Prof. Dr. Thomas Lempert ist aktiv bei Neurology First, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).

Dr. Angela Spelsberg ist aktiv bei Transparency International.

Dr. Niklas Schurig und Dr. Christiane Fischer sind aktiv bei MEZIS e.V.

1 *http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-133l_S3_Sekunärprophylaxe_ischämischer_Schlaganfall_2015-02.pdf [letzter Zugriff: 14.7.15]*
2 *Langer T, Conrad S, Fishman L, Gerken M, Schwarz S, Weikert B, et al.: Interessenkonflikte bei Autoren medizinischer Leitlinien: Eine Analyse der Leitlinien deutscher Fachgesellschaften 2009-2011. Dtsch Arztebl 2012; 109: 836–42*
3 *2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: Executive summary. Circulation 2014;130:2017-2104.*
4 *Wang AT, McCoy CP, Murad MH, Montori VM. Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. BMJ 2010;340: c1344*
5 *Lieb K, Klemperer D, Ludwig WD. Interessenkonflikte in der Medizin. Springer, Berlin 2011.*
6 *http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Clinical%20Practice%20Guidelines%202011%20Insert.pdf [letzter Zugriff: 14.7.15]*
7 *Lempert T, von Brevern M. Regulierung von Interessenkonflikten: Die Fachgesellschaften sind am Zug. Dtsch Ärztebl 2015; 112:A84-86.*
8 *http://www.dgn.org/images/red_dgn/pdf/handlungsrichtlinien_2014_forum-neurologicum.pdf [letzter Zugriff: 14.7.15]*
9 *Felser G, Klemperer D. Psychologische Aspekte von Interessenkonflikten. In: Lieb K, Klemperer D, Ludwig WD. Interessenkonflikte in der Medizin. Springer, Berlin 2011; 27-45.*

„Das is doch jeden Daach ä wahres Fest…“[1]

EIN WOCHENENDE MIT MEZIS IN LEIPZIG

Man kennt sie noch aus Erzählungen unserer MEZIS-AktivistInnen der ersten Stunde: Zusammenkünfte in dunklen Stuben und stickigen Hinterzimmern, wo heftig debattiert und geschwitzt wurde… Debattiert und (vor Eifer) geschwitzt haben wir auch bei unserer Mitgliederversammlung 2015 – aber der Rahmen hat sich doch erheblich verändert und zeigt sehr schön, wohin sich MEZIS im 8. Jahr seines Bestehens entwickelt hat!

ZWISCHEN ZWANGSJACKE UND HAUSMANNSKOST

Vom 20. bis 22. März 2015 trafen wir uns im „Sächsischen Psychiatriemuseum“ in Leipzig – einem beachtenswerten Projekt des Vereins „Durchblick“ e.V. Hier fanden wir nicht nur passende Räumlichkeiten, sondern wurden auch noch herzlich bekocht und umsorgt – an dieser Stelle sei allen MitarbeiterInnen und HelferInnen noch einmal dafür gedankt! Bei einer Führung durch die Ausstellung wurden wir mit Psychiatriegeschichte aus der Betroffenenperspektive vertraut gemacht, die Vitrine mit kritischen Anmerkungen zu Medikamenten und Marketing der Pharmaindustrie haben wir dabei freudig zur Kenntnis genommen…

Manja Dannenberg im Gespräch mit Dr. Gisela Schott. Bild: C. Fischer

HERZKLOPFEN AUF DEM PODIUM

Am Freitagabend hatten wir zu einer öffentlichen Podiumsdiskussion geladen, Thema: „Wie käuflich ist die Medizin? Über den Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die medizinische Forschung und Praxis“. Mehr als 40 Mitglieder und Gäste waren dieser Einladung gefolgt und wurden sicher nicht enttäuscht! Ich selbst wurde mit der Moderation betraut und war angesichts der namhaften Gäste durchaus etwas aufgeregt…

Dr. Felix Hasler, ein Schweizer Pharmazeut und Autor des Buches *„Neuromythologie – Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung“* erläuterte uns den Konzeptwandel innerhalb der Psychiatrie – weg von der klassischen Sozialpsychiatrie hin zu einer „Neuro- und Molekularpsychiatrie“, die psychische Erkrankungen als ein chemisches „Ungleichgewicht“ definiert und somit den Boden für eine pharmakologische Behandlung bereitet. Die scheinbare „Epidemie“ psychischer Erkrankungen wurde thematisiert, die Pathologisierung von Befindlichkeiten – federführend durch die pharmazeutische Industrie mit dem Ziel der Marktausweitung - wurde durch Herrn Hasler kritisiert.

Dr. Gisela Schott von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft dürfte wohl spätestens seit ihren Publikationen im „Deutschen Ärzteblatt“ vielen KollegInnen ein Begriff sein. Sie berichtete uns von ihren Untersuchungen zum Einfluss von pharmazeutischen Unternehmen auf Arzneimittelstudien und auf Leitlinien und konnte aufzeigen, dass industriefinanzierte Studien häufiger zu einem günstigeren Ergebnis hinsichtlich eines Wirkstoffes gelangen als unabhängige. Frau Schott erklärte Möglichkeiten der Verzerrung bei der Studiengestaltung und ging auch auf die Problematik der Publikation ein. Da sich die Unternehmen die Hoheit über die Daten und damit auch die Publikationsrechte sichern, kann bei der Datenauswertung und durch die Auswahl der veröffentlichten Ergebnisse ebenfalls Einfluss genommen werden. In einer weiteren Studie konnte aufgezeigt werden, dass diese verzerrten Ergebnisse schließlich auch Eingang in Leitlinien finden.

Prof. Dr. Thomas Lempert, Neurologischer Chefarzt der Schlosspark-Klinik Berlin und Mitbegründer der Initiative „NeurologyFirst“ (MEZIS-Nachrichten berichtete darüber), konfrontierte ich mit der Frage, warum es so schwierig ist, innerhalb der Fachgesellschaften ein Umdenken hinsichtlich einer Entkopplung von der pharmazeutischen und Medizinprodukteindustrie zu erzielen. Die Fachgesellschaften empfänden eine „natürliche Nähe“ zur Industrie, die Finanzierung von Fachkongressen, die Mitarbeit bei der Programmgestaltung sowie die Übernahme von Reisekosten haben sich erfolgreich etabliert, so dass für die Verantwortlichen ein alternativer Weg kaum mehr realisierbar scheint. Thomas Lempert erklärte anschaulich, dass die wirkungsvollste Beeinflussung sehr viel subtiler geschieht als durch direkte Geldflüsse oder offensichtliche Werbung: durch die Einladung zu einem Wein wird Aufmerksamkeit erkauft, durch die Organisation von Veranstaltungen (Fortbildungen, Qua-

Auch in diesem Jahr kamen interessante Beiträge aus der Mitgliederrunde. Bild: C. Fischer

litätszirkel) wird den dankbaren ÄrztInnen Arbeit abgenommen und damit kostbare Zeit geschenkt. Angesehene KollegInnen (z.B. ChefärztInnen) werden gezielt von den Unternehmen angeworben und zu MeinungsbildnerInnen aufgebaut, die dann im Rahmen von Vorträgen ein positives Bild zu einem Medikament oder einer Therapie vermitteln und somit dem Empfehlungsmarketing dienen.

Dr. Angela Spelsberg, Epidemiologin und Mitglied von Transparency International, überraschte schließlich mit neuen Ergebnissen ihrer Projektgruppe „Anwendungsbeobachtungen". Sie berichtete zunächst von den Schwierigkeiten, überhaupt Zugang zu den Daten zu erhalten, obwohl Anwendungsbeobachtungen (AWB) u.a. beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte registriert werden müssen. Die Prüfung und Überwachung der Untersuchungen werden demnach von den Aufsichtsbehörden sehr unterschiedlich – und oft unzureichend – umgesetzt, Dateneinsicht wurde nur nach langwierigen Rechtsverfahren gewährt. Dennoch kamen erstaunliche Zahlen für den Zeitraum von 2008 bis 2010 zutage: ca. 130.000 ÄrztInnen führten AWB an insgesamt mehr als 1 Million PatientInnen durch, im Durchschnitt erhielt jeder Arzt 19.000 Euro Honorar dafür. Die Analyse der Wirkstoffe, mit denen Anwendungsbeobachtungen erfolgten, warf neue Fragen auf: Neben den erwarteten neuen Medikamenten, für die AWB als Marketinginstrument gewertet werden müssen, fanden sich auch zahlreiche lang etablierte Präparate, wie zum Beispiel Omeprazol. Frau Spelsberg äußerte hierzu die Vermutung, dass durch AWB die Erfassung von Nebenwirkungen gezielt kanalisiert werden könnten, da die teilnehmenden ÄrztInnen das Gefühl bekämen, durch die Meldung an das durchführende pharmazeutische Unternehmen ihre Pflicht erfüllt zu haben. Somit würden auftretende unerwünschte Wirkungen weniger bei den unabhängigen Stellen – wie zum Beispiel der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – erfasst. Hierzu wurde mit dem Publikum lebhaft diskutiert, letztlich blieben viele offene Fragen und eine weitere Podiumsdiskussion zu diesem Thema wurde angeregt.

NEUE GESICHTER UND GRÜSSE AUS INDIEN

Auf unserer Mitgliederversammlung am Samstag konnten wir das Jahr 2014 als ein sehr erfolgreiches in der Vereinsgeschichte feiern: 108 neue Mitglieder konnten gewonnen werden, 622 betrug die stolze aktuelle Mitgliederzahl an diesem Tag. Auch die Aktivitäten von MEZIS sind ordentlich gewachsen: Durch zahlreiche Vorträge, die Arbeit mit Studierenden, Präsenz bei Kongressen und Tagungen sowie eine beachtliche Medienpräsenz gelingt es mehr und mehr, Expertise zu MEZIS-Themen zu vermitteln und Öffentlichkeit für unsere Anliegen zu schaffen. Die Einladung ins Bundesgesundheitsministerium zu einem Gespräch mit Staatssekretärin Widmann-Mauz im Oktober 2014 war hierfür ein schöner Ausdruck.

Ein Arbeitsschwerpunkt in diesem Jahr wird die CME-Initiative bleiben, Niklas Schurig stellte den ersten Entwurf für ein Online-Formular vor, mit dem es allen KollegInnen ermöglicht werden soll, beobachtete Verstöße bei zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen zu melden. Desweiteren sollen die bundesweiten und internationalen Vernetzungen vorangetrieben werden.

Christiane Fischer berichtete von der National Bioethics Conference in Indien, bei deren Organisation und Gestaltung MEZIS beteiligt waren. Auch konnten wir einen indischen Gast begrüßen: unser Mitglied Narendra Gupta berichtete von den Schwierigkeiten unserer indischen KollegInnen bei der Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen und von seiner Gründungsinitiative zu „No Free Lunch India".

Schließlich galt es noch, einen neuen Vorstand zu wählen. Thomas Lindner und Nik Koneczny wurde für ihre engagierte Arbeit gedankt, beide traten nicht erneut zur Wahl an. Mit Jan Salzmann und Hanna Neumann (siehe Seite 2) haben wir neue kreative Köpfe für den Vorstand gewonnen und die Vorstandsfrauenquote auf vorbildliche 50 Prozent erhöht!

EXPERTINNEN IM GESPRÄCH

Kaum konnten wir eine kurze Verschnaufpause genießen, da nahte auch schon der nächste Hö-

hepunkt heran: MEZIS hatte zu einem ExpertInnengespräch zum Thema „Wie stärken wir in der deutschen Ärzteschaft eine Kultur der wissenschaftlichen Unabhängigkeit?“ geladen. Den Anlass bildete ein kritischer offener Brief an das „Deutsche Ärzteblatt“ (DÄ) vom September 2014, der von unserem Vorstandsmitglied Niklas Schurig initiiert und von zahlreichen MEZIS-KollegInnen mitunterzeichnet wurde. Ganz besonders freuten wir uns daher, dass der Chefredakteur des DÄ, Herr Maibach-Nagel, seine Teilnahme ermöglichen konnte. Niklas Schurig und Adelheid Lüchtrath vertraten MEZIS, Thomas Lempert den „Fachausschuss für Transparenz und Unabhängigkeit in der Medizin“ der AkdÄ. Jan Salzmann übernahm die Moderation und ließ die Problematik von Interessenkonflikten bei AutorInnen wissenschaftlicher Publikationen aus verschiedenen Positionen beleuchten. Aus Sicht von MEZIS ist die konsequente Offenlegung von Interessenkonflikten ein gelungener erster Schritt, es fehlen aber noch klare Regeln bei der Bewertung derselben. Ebenfalls wurden die industriefinanzierten Sonderdruckbeilagen kritisiert. Im Ergebnis der Runde wurde MEZIS zu weiteren Gesprächen mit dem DÄ eingeladen, um seine Expertise bei diesen Themen einzubringen. Dieser Einladung folgen wir gern!

Dr. Maibach-Nagel und Dr. Lempert bei der ExpertInnendiskussion. *Bild: C. Fischer*

Manja Dannenberg

Interessenkonflikte: keine

1 *Lene Voigt (Leipziger Mundartdichterin, 1891-1962)*

Der Preis der Hysterie

EIN PLÄDOYER GEGEN DIE IMPFPFLICHT

Es ist wie in einem Tollhaus: Politiker, Ärztevertreter und Medien überbieten sich mit Forderungen nach einer Impfpflicht für Masern; Berliner Eltern sollen mit ihren Säuglingen zu Hause bleiben; Berlin-Reisen werden storniert. Manche private Kinderkrippen haben nicht verstanden, dass es nur um Masern geht, und verhängen gleich eine Impfpflicht für alles, vorsorglich auch für die Geschlechtserkrankung Hepatitis B.

Warum diese Panik? Masern gibt es seit Menschengedenken, und wir hatten uns relativ gut mit dieser Krankheit eingerichtet. Noch Anfang der Siebzigerjahre hatte jeder mit spätestens zehn Jahren die Masern hinter sich. Es gab daher kaum Fälle bei Erwachsenen, und auch selten bei Säuglingen, die durch die hohen Antikörperspiegel ihrer Mütter geschützt waren. Entsprechend selten traten Komplikationen auf.

Dennoch wurden Hirnentzündungen und tödliche Verläufe in der Häufigkeit von damals (1:10000) zunehmend inakzeptabel. Durch die Masernimpfung nach 1972 sanken die Erkrankungen nachhaltig, sie liegen seit 2004 bis auf wenige Ausnahmen zwischen 500 und 2000 pro Jahr. Todesfälle gibt es nur noch vereinzelt, am ehesten bei Säuglingen und Erwachsenen.

Gegenwärtig sind 97 Prozent der Grundschüler einmal und 92 Prozent zweimal gegen Masern geimpft – von Impfmüdigkeit also keine Spur. Mit Engelszungen und Aufklärung könnte innerhalb weniger Jahre das Ziel erreicht werden, die Masern weitgehend einzudämmen, ohne Bußgeld und Zwangsimpfung. Ich arbeite in meiner Praxis daran mit.

Klar ist aber: Mit keiner Impfstrategie wird es gelingen, die Masern auszurotten. Es gibt nicht nur Impfgegner, sondern auch Menschen, bei denen die Impfung nicht wirkt. Der Anteil beider Gruppen dürfte etwa gleich hoch sein und zusammen annähernd zehn Prozent ausmachen.

Selbst wenn man also 95 Prozent der Bevölkerung zweimal impft, werden zehn Prozent jedes Jahrgangs ungeschützt erwachsen und können bei Masernkontakt erkranken. Es ist zudem illusorisch, in allen Ländern der Welt 95 Prozent der Bevölkerung zweimal zu imp-

fen: Armut, Bürgerkriege und failed states wird es immer geben. Reisende, Flüchtlinge oder Migranten (wie eben in Berlin) tragen das Virus um die Welt. Es kann sogar in einer weitgehend immunen Bevölkerung jahrelang unter- und dann wieder auftauchen.

Wir können die Masern also höchstens eindämmen. Die Krankheit gehört zum menschlichen Schicksal wie Erdbeben oder Unwetter. Die Frage ist nur: Wie weit gehen wir in unserem Sicherheitsbedürfnis, und wie viel Freiheit setzen wir dafür aufs Spiel? Stellen wir uns die Impfpflicht vor: Was geschieht, wenn Eltern sich trotz Bußgeld weigern, ihr Kind impfen zu lassen? Kommt dann die Polizei und reißt ihnen ein schreiendes Kleinkind aus den Armen? Was würde das für unser demokratisches Selbstverständnis bedeuten? Was sind die langfristigen Nebenwirkungen?

In Westdeutschland haben wir uns erst zwei Jahrzehnte nach dem Krieg vom Muff des Obrigkeitsstaates freigekämpft. Das Vermächtnis des Kaiserreichs mit seinem rigorosen Reichsimpfgesetz hat lange fortgewirkt, ebenso das Dritte Reich mit seinen Massenimpfungen als Inszenierung der „Volksgemeinschaft". Noch in den Sechzigerjahren sprachen Politiker vom Primat des „Volkskörpers" über den Körper des Einzelnen. Die demokratische Zivilgesellschaft setzt auf Freiheit und Selbstbestimmung. Dazu gehört die freie, informierte und individuelle Impfentscheidung, gestützt durch Beratung. Ein Fortschritt, den wir uns nicht nehmen lassen dürfen.

Doch wir müssen gar nicht die Verfassung bemühen – Würde des Menschen, körperliche Unversehrtheit, Recht auf Selbstbestimmung –, wenn es um die Akzeptanz von Impfgegnern geht. Nein, wir brauchen diese Menschen, wir brauchen Diskussion, wir brauchen Nonkonformisten. Ein Impfgegner hat durchgesetzt, dass die Ständige Impfkommission (Stiko), die bis dahin im vordemokratischen Dunkeln arbeitete, ihre Protokolle veröffentlichen muss. Impfkritische Stimmen gaben den Ausschlag dafür, dass die Stiko Impfstoffe nicht mehr unbesehen durchwinkt.

Impfskepsis ist kein böser Wille. In keinem anderen Land Europas sind so viele Impfungen so früh empfohlen wie bei uns. Ein ordentliches ärztliches Beratungsgespräch ist da nicht mehr möglich. Impfstoffe werden im Eilverfahren zugelassen, Risiken sind nicht untersucht oder werden nicht kommuniziert. Der Verfassungsrechtler Rüdiger Zuck hält die Stiko-Empfehlungen für verfassungswidrig: Die Abwägung von Risiko und Nutzen sei weder für den Impfling noch den Arzt möglich, der Staat verstoße deshalb gegen seine grundrechtlichen Schutzpflichten. Im Grunde muss die pharmanahe und offensichtlich überforderte Stiko aufgelöst und stattdessen ein „Amt für Prävention" eingerichtet werden, dessen Aufgabe es wäre, Impfungen professionell und ohne Einfluss der Industrie einzuschätzen und gegen andere Maßnahmen abzuwägen.

Wer Impfzwang fordert, müsste viel eher anderswo Zwang fordern: Einschränkung von Autofahrten; Verbot von Tabak und Alkohol; Zwang zum Stillen, denn das steigert die Lebenserwartung des Kindes. Wollen wir eine Gesundheitsdiktatur?

Dieselben Politiker, die eine Impfpflicht fordern, schießen durch den neoliberalen Umbau des Gesundheitssystems die öffentlichen Krankenhäuser sturmreif und betreiben mit Freihandels- und Dienstleistungsabkommen den Ausverkauf an Finanzhaie und Investoren – mit absehbar verheerenden Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen und Patientenversorgung. Keiner weiß, wie viele Opfer das fordern könnte.

Auch Ärzte sollten vorsichtig sein mit dem Ruf nach Impfpflicht. Zum einen ist das ein Offenbarungseid: Wir schaffen es nicht, Vertrauen bei Patienten aufzubauen. Zum anderen sorgt unsere Zunft durch ihr Verschreibungsverhalten dafür, dass bestimmungsgemäß(!) eingenommene Medikamente zur dritthäufigsten Todesursache wurden, wie der dänische Gesundheitsexperte Peter C. Gøtzsche vorrechnet.

Aber zurück zum Impfen: Eltern müssen sich nach dem Willen der Bundesregierung künftig von einem Arzt beraten lassen, bevor sie ihr Kind in eine Kita geben. Warum eigentlich erst dann? Impfbeginn ist doch laut Stiko die neunte Lebenswoche! Und warum werden die Eltern verpflichtet und nicht der Arzt? Ein ausführliches Impfgespräch mit den Eltern sollte für Ärzte obligatorisch sein, aber auch angemessen vergütet werden. Bisher können Ärzte Impfberatung nur abrechnen, wenn sie dann auch gleich impfen.

Es ließe sich vieles besser machen. Aber nicht mit einer Impfpflicht.

Martin Hirte

Dr. Martin Hirte ist Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in München,

Interessenkonflikte:: Mitbegründer von „Ärzte für individuelle Impfentscheidung e.V.", Mitglied bei MEZIS und Autor des Buchs „Impfen Pro und Contra".

Dieser Artikel ist der Nachdruck eines Gastkommentars in der „Süddeutschen Zeitung" vom 9. März 2015 – mit freundlicher Genehmigung.

Leiden Männer unter Wechseljahren?

Diese Frage bejahen mittlerweile nicht nur zahlreiche Arzneimittelhersteller, sondern auch diverse UrologInnen, BuchautorInnen, PsychologInnen und ApothekerInnen. Die sogenannte Andropause führe nicht nur zu Lustlosigkeit und Erektionsstörungen, sondern auch zu Haarausfall, Knochenschmerzen, Muskelschwund, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, vermehrtem Schwitzen, Reizbarkeit und Sinnkrisen.[1,2] Im Internet kursieren „Selbsttests" mit 15-20 Punkten, die die typischen Symptome des „Climacterium virile" abfragen. Begleitend finden sich jede Menge Werbung und Hinweise auf Heilmöglichkeiten mit der Aussicht – einem Jungbrunnen gleich – aus dem lustlosen Trauerkloß einen allzeit aktiven und zu allem bereiten Hengst machen.

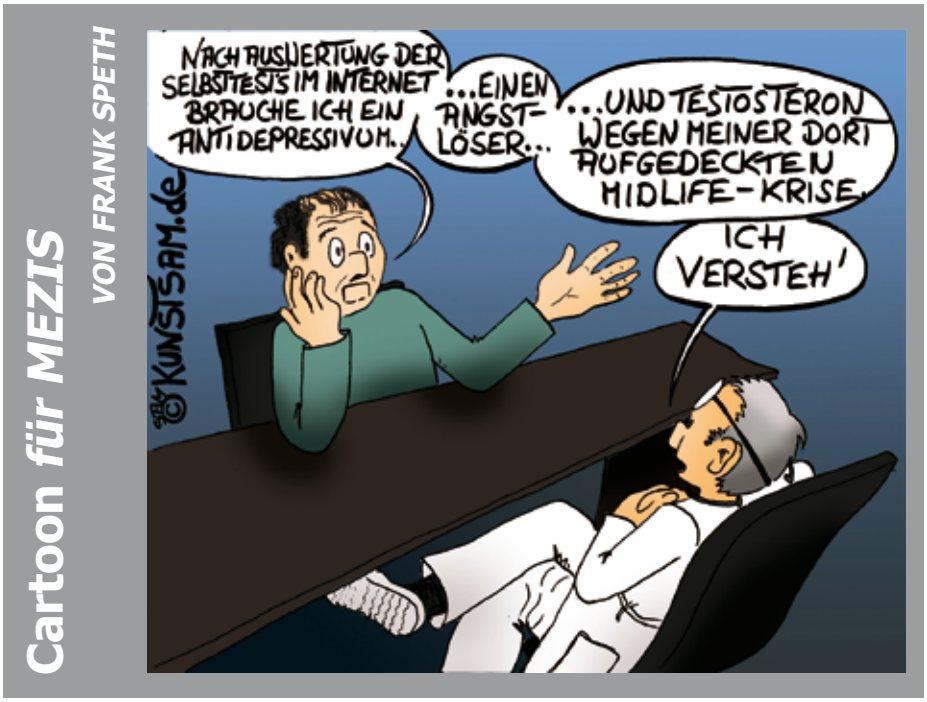
Trotz aller Emanzipation – als „Schwächling" oder „Versager" will wohl kaum ein Mann im Schlafzimmer auffallen, die Bereitschaft, sich bei sexuellen Problemen diskrete Hilfe zu holen und hier auch jede Menge Geld zu investieren, ist hoch. Das wissen auch die Hersteller von Testosteronpräparaten. Es werden ein paar schlichte Gleichungen aufgemacht: Sexuelle Probleme = Hormonmangel = Andropause/ Wechseljahre des Mannes = Lösung durch Substitution.

„Das Verkaufen von Medikamenten ist das Geschäft der Pharmafirmen. Beim Testosteron aber wird die Krankheit gleich zum Produkt mitverkauft. Die hormonproduzierenden Firmen haben Meinungsforschungsinstitute, Werbeagenturen, PR-Unternehmen, UniversitätsprofessorInnen und JournalistInnen in Gang gesetzt, um die Wechseljahre des Mannes als ernst zu nehmende und weit verbreitete Erkrankung bekannt zu machen", so Jörg Blech in seinem bemerkenswerten Buch zu „erfundenen Krankheiten".[3] MEZIS-Geschäftsführerin Christiane Fischer stieß zu Beginn des Jahres im Netz auf die Seite von Cramer Gesundheits-Consulting, auf der das Unternehmen selbst beschrieb, wie sie für die Pharmafirma Jenapharm „Die Wechseljahre des Mannes" MedizinerInnen und PatientInnen als neue Indikation kommunizieren will. Nach einer Einladung zu einer Podiumsdiskussion des Deutschen Ethikrates war diese Seite aus dem Internet genommen.

Das Geschäft mit dem Mythos der sogenannten Andropause läuft gut. Nach Angaben der FDA ist der Markt für Testosteron in den USA in den Jahren 2009 bis 2013 um 65 % gewachsen. Die Zahl der Verordnungen stieg von 1,3 Millionen im Jahr auf 2,3 Millionen im Jahre 2013. Auch in Deutschland von 2008 bis 2012 sind nach dem Arzneiverordnungsreport der GKV die DDD (definierten tägliche Dosen) von 8,3 Millionen auf 13 Millionen gestiegen.[4]

Dass die Argumente für das neue Krankheitsbild medizinisch keineswegs zu halten sind und nicht nur den Umsatz der Arzneimittelhersteller, sondern auch die Gesundheitsrisiken der Betroffenen erhöht, ist mittlerweile durch diverse Untersuchungen belegt. Wu et al. stellten in einer Studie zum „Late-onset hypognadism in midleages and elderly men" fest, dass viele unspezifische und spezifische Symptome (psychische und sexuelle) keine Korrelation zu den Testosteronspiegeln zeigen und ein substitutionspflichter Hypogonadismus sehr selten und nur mit einer definierten Kombination spezifischer sexueller und laborchemischer Befunde zu diagnostizieren ist.[5] Auch die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie betonte noch 2015, dass die „Wechseljahre des Mannes" ein Mythos seien.[6,7] Während die meisten UrologInnen, insbesondere die Mehrzahl der Klinikchefs, die Existenz der Andropause verneinen, gibt es eine Menge – vor allem niedergelassener – KollegInnen, die sich der Behandlung dieses „Krankheitsbildes" verpflichtet haben und es im Internet auch kräftig bewerben. Ob aus finanziellen Gründen oder weil sie selber daran glauben, das wissen wir nicht.

Fakt ist: Ab dem Alter von 40 Jahren sinkt der Testosteronspiegel



physiologisch, und dass die Kräfte im Laufe des Lebens weniger werden, ist genauso normal - ebenso wie seelische und soziale Krisen.

„Disease mongering", das Erfinden oder Aggravieren von Erkrankungen oder die Ausweitung von Indikationen für Arzneimittel (z.B. Serotoninwiederaufnahmehemmer für Ejaculatio präcox) ist ein lukratives Geschäft und wird seit Jahrzehnten mit Erfolg betrieben. Bevorzugte Einsatzgebiete sind Tabuzonen der Gesellschaft: psychische Erkrankungen und sexuelle Störungen. Hierüber sprechen die Betroffenen nicht gern, auch mit dem Hausarzt nicht, sondern schauen im Internet oder in populärmedizinischen Zeitschriften nach.

Verbunden damit sind aber nicht nur finanzielle, sondern auch gesundheitliche Risiken. Testosteronsubstitution kann neben zahlreichen anderen unerwünschten Wirkungen das kardiovaskuläre Risiko steigern und das Wachstum von Prostatakarzinomen fördern.[7,8,9] Somit kann der Einsatz von Testosteronpräparaten dazu beitragen, die Lebenszeit zu verkürzen statt die Jugendzeit zu verlängern.

Jan Salzmann

Dr. Jan Salzmann ist Facharzt für Innere Medizin in Aachen.

Interessenkonflikte: Vorstandsmitglied im „Eine Welt Forum Aachen", in der Aachener „terre des hommes"-Gruppe sowie im Bündnis „FAIRhandel(n)"

1 *http://www.psychotipps.com/wechseljahre-mann.html*
2 *http://www.wechseljahre-des-mannes.de/wechseljahre/index.html*
3 *Jörg Blech, Die Krankheitserfinder, Wie wir zu Patienten gemacht werden, Fischer Verlag 2014*
4 *http://www.medscapemedizin.de/artikel/4901903 Neue Kennzeichnung für Testosteron gefordert – doch Berater der Arzneimittelbehörden halten kardiovaskuläre Risiken für nicht bewiesen*
5 *Wu F. et al, Identification of Late-Onset Hypogonadism in Middle-Aged and Elderly Men, N Engl J Med 2010;363:123-35.*
6 *http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62177/Wechseljahre-des-Mannes-laut-Fachgesellschaft-ein-Mythos*
7 *http://www.sueddeutsche.de/wissen/medizin-die-wechseljahre-des-mannes-sind-ein-mythos-1.960516*
8 *Arzneitelegramm 2/2004, 35, 17, Jungbrunnen Testosteron*
9 *Arzneitelegramm 2/2015, 46, 25-26, EMA, FDA: Kardiovaskuläre Sicherheit von Testosteron nicht belegt*

Auch ARISTOTLE hat eine Achillesferse

Apixaban, ein Faktor Xa Inhibitor, gehört zur Gruppe der direkten oralen Antikoagulantien. ARISTOTLE ist die Abkürzung für „Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation", eine vom Apixaban-Hersteller gesponserte randomisierte Studie, in der Apixaban mit dem Vitamin-K-Antagonisten (VKA) Warfarin an 18.201 PatientInnen mit Vorhofflimmern verglichen wurde. In dieser Studie hat sich Apixaban im Vergleich zu Warfarin als überlegen erwiesen in der Prävention thromboembolischer Ereignisse, weiters waren unter Apixaban Blutungskomplikationen seltener und die Mortalität geringer als in der mit Warfarin behandelten Gruppe.[1]

Die Ergebnisse von ARISTOTLE sollten mit Skepsis beurteilt werden, da ein Teil der eingeschlossenen PatientInnen verloren gegangen ist.[2] Von 380 PatientInnen war am Ende der Studie unbekannt, ob sie noch am Leben waren oder nicht. Es wird nicht berichtet, zu welchem Zeitpunkt diese PatientInnen verloren gegangen sind und wie dieses Problem statistisch gelöst worden ist. Aus der Publikation der Studie erfahren wir: Der Überlebens-Status war von 199 PatientInnen (Apixaban, n=92, Warfarin, n=107) nicht bekannt, weil sie die Studie vorzeitig beendet hatten. Von weiteren 69 PatientInnen (Apixaban, n=35, Warfarin, n=34) wird berichtet, dass sie verloren gegangen sind.[1] Das Ergebnis der Gleichung 380 - (199 + 69) zeigt dass 112 zusätzliche PatientInnen fehlen!

Es ist unbekannt wie viele dieser 112 PatientInnen welcher Behandlung zugeteilt worden sind. Es werden keine klinischen Daten über diese fehlenden PatientInnen berichtet, weswegen nicht beurteilt werden kann, ob sie kränker als die übrigen PatientInnen waren. Aus den Sozialwissenschaften ist bekannt, dass PatientInnen, die mit ihrer gesundheitlichen Situation unzufrieden sind, eine höhere Abbrecher-Rate in Nachuntersuchungen haben als solche, die mit ihrer Gesundheit zufrieden sind.[3,4] Dies legt die Vermutung nahe, dass bei einem Teil der „fehlenden" PatientInnen Blutungen oder Embolien aufgetreten sind. Aber ist es überhaupt möglich, dass das Fehlen von so wenigen - 112 im Vergleich zu 18.201 PatientInnen - die Ergebnisse einer Studie beeinflussen kann?

Um diese Frage zu beantworten haben wir Simulations-Modelle erstellt um abzuschätzen, wie Ereignisse der fehlenden 112 PatientInnen die Gesamt-Ergebnisse von ARISTOTLE beeinflusst haben könnten. Für die Simulations-Modelle wurde die publizierten Zahlen verwendet.[1] Für Gruppen-Vergleiche verwendeten wir den Pearson's Chi-square Test.

Die Ergebnisse sind in der Tabelle aufgeführt. Wenn wir annehmen, dass die 112 fehlenden PatientInnen zwischen den Behandlungsgruppen gleich verteilt waren, dann würden die Unterschiede in der

TABELLE: EREIGNISSE IN DER ARISTOTLE-STUDIE ENTSPRECHEND DER PUBLIKATION UND ZWEIER SIMULATIONS-MODELLE

	Publikation 1				***Simulation A***			***Simulation B***		
Ereignisse	Apixaban	Warfarin	p-Wert	p-Wert[1]	Apixaban	Warfarin	p-Wert[1]	Apixaban	Warfarin	p-Wert[1]
PatientInnenzahl in Hinblick auf Schlaganfall/ Embolie	9,12	9,081			9,12	9,081		9,12	9,081	
Studien-Abbrecher	-92	-107			-92	-107		-92	-107	
Verlorene PatientInnen	-35	-34			-35	-34		-35	-34	
Fehlende PatientInnen[2]	***-56***	***-56***			***0***	***0***		***56***	***-56***	
Zahl der tatsächlich beobachteten PatientInnen	*8,937*	*8,884*			*8,993*	*8,94*		*9,049*	*8,884*	
Schlaganfall/ Embolie	212	265	***<0·010***	***<0·016***	268	267	***<1·000***	324	265	***<0·033***
Tod	603	669	***<0·047***	***<0·063***	659	673	***<0·656***	715	669	***<0·404***
PatientInnenzahl in Hinblick auf Blutungsereignisse	9,088	9,052								
PatientInnenzahl minus verlorener und fehlender PatientInnen	*8,905*	*8,855*			*8,961*	*8,911*		*9,017*	*8,855*	
Schwere Blutung	327	462	***<0·001***	***<0·001***	383	465	***<0·005***	439	462	***<0·328***
Intrakranial	52	122	***<0·001***	***<0·001***	61	123	***<0·001***	70	122	***<0·001***
Andere Lokalisation	275	340	***<0·004***	***<0·009***	322	342	***<0·428***	369	340	***<0·428***
Schlaganfall, Embolie oder schwere Blutung	521	666	***<0·001***	***<0·001***	577	670	***<0·009***	633	666	***<0·242***
Schlaganfall, Embolie, schwere Blutung oder Tod	1,009	1,168	<0·001	<0·001	1,065	1,175	<0·022	1,121	1,168	<0·190

1 P-Wert entsprechend dem Pearson's Chi-square Test

2 Da über diese 112 Fälle nicht im Artikel von Granger et al. 2014 berichtet wird, nehmen wir eine gleiche Verteilung an.

Mortalität zwischen der Apixaban- and Warfarin-Gruppe ihre Signifikanz verlieren.

Für Simulation A haben wir angenommen, dass die 112 fehlenden PatientInnen zwischen den Behandlungsgruppen gleich verteilt waren und dass alle 56 PatientInnen, die der Apixaban-Gruppe zugeteilt worden waren, ein Ereignis erlitten hätten. Es ginge die Signifikanz der Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen in Hinblick auf Schlaganfall/Embolie, Mortalität und extrakranielle Blutung verloren.

Für Simulation B, das "worst case scenario" für Apixaban, haben wir angenommen, dass alle 112 fehlenden PatientInnen der Apixaban-Gruppe zugeteilt worden wären und dass alle 112 PatientInnen ein Ereignis erlitten hätten. Dies hätte zur Folge, dass in der Apixaban-Gruppe signifikant mehr Schlaganfälle/Embolien als in der Warfarin-Gruppe aufgetreten wären. Intrakranielle Blutungen wären weiterhin seltener in der Apixaban-Gruppe, aber bezüglich aller anderen Ereignisse würden die Signifikanzen der Unterschiede zur Warfarin-Gruppe verloren gehen.

Obwohl nur hypothetische Modelle zeigen uns diese Kalkulationen, wie leicht verloren gegangene PatientInnen Ergebnisse großer Studien beeinflussen können. Solange diese Daten nicht zur Verfügung gestellt werden, sollten wir skeptisch bleiben bezüglich der Verschreibung von Apixaban. Wir sollten unsere PatientInnen zur Antikoagulation mit den altbewährten VKA ermuntern, insbesondere zur INR-Selbstkontrolle, die zu einer stabileren und sichereren Antikoagulationstherapie führt als die konventionelle Form der Einstellung.[5]

Claudia Stöllberger,
Christian Wegner,
Josef Finsterer

Prof. Dr. Claudia Stöllberger und Prof. Dr. Josef Finsterer arbeiten in der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien.

Dr. Christian Wegner arbeitet im Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien.

Interessenkonflikte: von allen Autoren verneint

1 *Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, et al. (2011) Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med; 365, p 981–992*
2 *Stöllberger C, Wegner C, Finsterer J. (2015) Achilles' heel of Aristotle. Blood Coagul Fibrinolysis; 26, p 351-352*
3 *Jones AM, Koolman X, Rice N. (2006) Health-related nonresponse in the British Household Panel Survey and European Community Household Panel: Using inverse-probability-weighted estimators in nonlinear Models. J R Stat Soc Ser A; 169, p 543–569*
4 *Lepkowski JM, Couper MP. (2002) Nonresponse in the second wave of longitudinal household surveys. In: Groves RM, Dillman DA, Eltinge JL (Hrsg.) Survey nonresponse. New York: John Wiley & Sons, S. 259–273*
5 *Heneghan C, Ward A, Perera R et al. (2012) Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data. Lancet; 379, p 322–334*

Der neue Gesetzentwurf zur Korruption

WIE ER ZU BEWERTEN IST

Endlich soll korruptives Verhalten für KassenärztInnen strafbar werden. Dazu plant die Bundesregierung einen neuen § 299a ins Strafrecht einzuführen. MEZIS begrüßt die Stoßrichtung des Gesetzentwurfs als Fortschritt gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage, jedoch sind noch einige Änderungen notwendig.

Bisher ist Korruption im Gesundheitswesen nur für AmtsträgerInnen des öffentlichen Dienstes strafbar, da die entsprechenden Paragraphen des Strafgesetzbuchs (StGB) 331ff, die Bestechung und Bestechlichkeit sowie Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung mit Strafe bedrohen, nur für diese anwendbar sind. Und niedergelassene KassenärztInnen sind nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 29. März 2012 keine AmtsträgerInnen. In der letzten Legislaturperiode ist der Versuch gescheitert, Bestechung und Bestechlichkeit nur im Sozialgesetzbuch und nur für KassenärztInnen strafbar zu machen.[1] Wäre diese Gesetzesinitiative akzeptiert worden, wäre es nach unserer Einschätzung zu einem Drei-Klassen-Strafrecht gekommen. PrivatärztInnen hätten gar nicht bestraft werden können, AmtsträgerInnen nach dem Strafgesetzbuch und niedergelassene KassenärztInnen nach dem Sozialgesetzbuch.

Jetzt soll mit dem vorliegenden Entwurf durch die Einführung eines Paragraphen § 299a ein neuer Anlauf genommen werden, zumindest Bestechung und Bestechlichkeit für alle Heilberufe im Strafgesetzbuch zu verankern. In der Begründung liest man: „Korruption im Gesundheitswesen beeinträchtigt den Wettbewerb, verteuert medizinische Leistungen und untergräbt das Vertrauen von Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen. Wegen der erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens ist korruptiven Praktiken in diesem Bereich auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzutreten. Dies ist nach gegenwärtiger Rechtslage nur unzureichend möglich… Bereits korruptive Verhaltensweisen Einzelner können dazu führen, dass ein ganzer Berufsstand zu Unrecht unter Verdacht gestellt wird und das Vertrauen der Patienten

in das Gesundheitswesen nachhaltig Schaden nimmt... Korruption im Gesundheitswesen stört den Wettbewerb und benachteiligt lauter agierende Marktteilnehmer. Sie geht zulasten der Qualität in der medizinischen Versorgung, weil Wettbewerbsvorteile nicht mehr durch Preis und Qualität, sondern mit Hilfe unlauterer Bevorzugung erzielt werden."[2]

WAS BESTRAFT WERDEN SOLL

Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen soll mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe geahndet werden. Besonders schwere Fälle von korruptivem Verhalten bei „dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial"[2] sollen (§ 300) mit bis zu fünf Jahren Haft unter Strafe gestellt werden. Bestraft werden nach dem geplanten Gesetz nicht nur die Bestochenen, sondern auch diejenigen, die bestechen: Der § 299a soll sowohl für das Fordern, Sich-Versprechen-Lassen oder Annehmen gelten als auch für das Fordern, Versprechen und Gewähren.[2]

WIE DER GESETZENTWURF VERBESSERT WERDEN SOLLTE

Der bisherige Gesetzentwurf weist noch ein paar gravierende Schwachstellen auf, die geändert werden sollten:

1. Vorteilsnahme und Vorteilgewährung: Die erste Schwachstelle des neuen Gesetzes ist die Beschränkung auf *Bestechung und Bestechlichkeit*, während die ebenfalls korrumpierend wirkende *Vorteilsnahme und Vorteilgewährung* außen vor bleibt.

Bei der Bestechung (die unter Strafe gestellt werde soll) gibt es Geld oder eine andere Vergünstigung gegen eine vereinbarte Gegenleistung, z.B. laut Begründung eine „Prämienzahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte, mit denen das Verschreibungsverhalten zugunsten eines bestimmten Präparats beeinflusst werden soll" oder auch im Falle von Zuweisung gegen Entgelt.[3]

Die Vorteilsnahme und –gewährung enthält dagegen keine juristische Unrechtsvereinbarung. Bei der Vorteilsnahme und -gewährung geht es entweder um eine implizite Übereinkunft oder eine allgemeine „Landschaftspflege" ohne direkte Gegenleistung, die sich für den Spender oder die Spenderin in der Zukunft günstig auswirken soll. Die Beschränkung des neuen Gesetzes auf Bestechung wird dazu führen, dass beispielsweise die üblichen pharmagesponserten Kongressreisen je nach Verordnungsvolumen in einer rechtlichen Grauzone bleiben. Pharmafirmen erfahren über DatenhändlerInnen, in welchem Umfang einzelne ÄrztInnen ihre Produkte verschreiben. Regelmäßige VerordnerInnen werden nach wie vor mit Kongressreisen belohnt, SpitzenverordnerInnen gar mit Interkontinentalreisen, ohne dass darüber eine explizite Vereinbarung getroffen wird. Die Gesetzesvorlage bietet auch keine Handhabe gegen weitverbreitete und potenziell korruptive Beziehungen zwischen ÄrztInnen und Industrie, die als wissenschaftliche Dienstleistungen getarnt werden. Dazu gehören: langfristige BeraterInnenverträge, ReferentInnentätigkeit, Veranstaltungs-Sponsoring sowie Auftragsvergabe für klinische Studien und Anwendungsbeobachtungen. Bei all diesen Aktivitäten sehen zwischen 60 % und 77 % der deutschen PharmamanagerInnen ein mittleres bis sehr hohes Korruptionsrisiko, wie eine gemeinsame Studie des Lehrstuhls für Strafrecht und Kriminologie der Universität Halle und der Wirtschaftsberatung analysiert.[4] Transparency International untersuchte die 2008-2010 in Deutschland durchgeführten Anwendungsbeobachtungen und kommt zu dem Schluss, dass Anwendungsbeobachtungen von Unternehmen keine Forschung, sondern ein korruptionsanfälliges Marketinginstrument seien.[5]

Die Gesetzesvorlage sollte um den Straftatbestand der Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung ergänzt werden und jede Art von Zuwendung Dritter sowie die Annahme von Zuwendungen untersagt werden (ausgenommen vertraglich geregelte Arbeitsaufträge mit einem angemessenen Honorar). Denn: Beeinflussung von ÄrztInnen geschieht häufiger durch Vorteilsnahme und -gewährung als durch Bestechung und Bestechlichkeit. ÄrztInnen sollen durch Essenseinladungen und die Gewährung von Reise- und Hotelkosten gewonnen werden, Industrie-gesponserte Veranstaltungen zu besuchen und dort aufmerksam zuzuhören. So werden sie von den Produkten „überzeugt", meist mittels selektierter „Information". Überzeugte ÄrztInnen werden dem Produkt eher die Treue halten als klassisch bestochene.

2. Strafantragsberechtigung: Ein weiteres Problem ist, dass nach dem aktuellen Vorschlag (§ 301)[2] die Tatbestände der Bestechung und Bestechlichkeit nur auf Antrag verfolgt werden sollen, dazu berechtigt wären nur berufsständische Kammern, rechtsfähige Berufsverbände, Kranken- und Pflegekassen sowie Versicherungsunternehmen, nicht aber einzelne Angehörige der Gesundheitsbranche oder BürgerInnen, die ein Fehlverhalten bemerkt haben. Ärzte- und Apothekerkammern sowie Berufsverbände haben für einen solchen Strafantrag weder die Ermittlungskompetenz noch die Ressourcen, im Einzelfall mag eine „Beißhemmung" gegenüber den beteiligten KollegInnen hinzukommen, so dass diese auf eine Anzeige verzichten könnten. Auch Kranken- und Pflegekassen haben nur selten die Möglichkeit, unlauteren Praktiken der

PatientInnenenzuweisung oder der Medikamentenverordnung auf die Schliche zu kommen. Damit droht das Gesetz zahnlos zu werden.

Wir empfehlen, dass **alle einzelnen Angehörigen der Gesundheitsbranche sowie BürgerInnen, die ein Fehlverhalten bemerkt haben, antragsberechtigt sind**. Dadurch wäre ein höherer Erfolg in der Durchsetzung des Gesetzes zu erwarten.

Christiane Fischer

Dr. Christiane Fischer ist die Geschäftsführerin der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte MEZIS.

Interessenkonflikte: Mitglied des Deutschen Ethikrates und der Palliativstiftung, Vortragshonorare für MEZIS-Vorträge.

1 *MEZIS Nachrichten; 1/13 S.8-9 und MEZIS Nachrichten; 2/13*
2 *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Justiz und für Verbraucherschutz, Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, 4.2.2015*
3 *Bussman KD (2012) Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt". Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Economy Crime and Research Centre im Auftrag des GKV Spitzenverbandes Berlin*
4 *Bussman KD, Burkhart M, Salvenmoser S (2013) Wirtschaftskriminalität Pharmaindustrie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, S. 12-13 http://www.pwc.de/de_DE/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pharmabranche-fehlt-rezept-gegen-korruption.pdf. [letzter Zugriff: 5.3.2014]*
5 *Transparency International. Forschung oder Korruption? Ludwig Boltzmann Institut. Newsletter Feb 2015 Nr. 134 Forschung oder Korruption? http://hta.lbg.ac.at/ullCms/newsletterPrint/slug/newsletter-februar-2015-nr-134 [letzter Zugriff: 5.3.2014]*

MS: Zwischen Pharma und Patientenwohl

Die Diagnose Multiple Sklerose (MS) reißt Betroffene mitten aus ihrem bisherigen Leben. Sie müssen sich von nun an mit neurologischen Symptomen, existentiellen Ängsten, Vorurteilen, eingreifenden Therapien und einer Flut von komplexen Informationen auseinandersetzen.

MS-SCHWESTERN

In diesem Umfeld üben so genannte MS-Schwestern ihre Tätigkeit aus und könnten Patienten „erste Hilfe" in Bezug auf die Überforderung und Sorgen leisten. Dies gelingt aber oft nicht, so berichten es viele Betroffene. Grund dafür ist die bislang nicht primär patientenorientierte Ausbildung zur MS-Schwester.

Die MS-Schwester wurde in Deutschland Ende der 1990er Jahre von pharmazeutischen Herstellern eingeführt, um die „Therapietreue" für die damals neuen zu injizierenden und oft schlecht verträglichen MS-Medikamente zu erhöhen. Die Unternehmen entwarfen eigene Fortbildungskurse und bauten Pools aus Krankenpfleger(inne)n und Medizinischen Fachangestellten mit Neurologieerfahrung auf, die sie als MS-Schwestern bei Bedarf zur Injektionsschulung zu den Patienten nach Hause schickten.

Für die neurologischen Arztpraxen entstand dadurch ein kostenloser Service, denn die MS-Schwestern der Pharmaindustrie erledigten eine Arbeit, die eigentlich Aufgabe des behandelnden Arztes und seines Praxisteams gewesen wäre. Pharmazeutische Unternehmen füllten mit der Erfindung der MS-Schwester eine Versorgungslücke, für die damals weder im ambulanten noch im stationären Sektor eine Kostenerstattung vorgesehen war.

SITUATION HEUTE

An der ursprünglichen Situation hat sich seitdem einiges geändert. Es gibt – zusätzlich zu dem fortbestehenden System der von pharmazeutischen Herstellern beschäftigten MS-Schwestern – nun auch industrieunabhängige Fortbildungen durch die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), neurologische Schwerpunktpraxen oder MS-Kliniken, und MS-Schwestern sind in neurologischen Ambulanzen und Arztpraxen direkt angestellt.

Auch ihr Aufgabenfeld hat sich in den vergangenen Jahren auf andere Aspekte des Therapiemanagements über die rein medikamentenbezogene Betreuung hinaus ausgedehnt. Allerdings existiert eine Grauzone, denn auch in einer neurologischen Arztpraxis angestellte MS-Schwestern können Einzelverträge mit pharmazeutischen Herstellern eingehen und Patientenberatungen gesondert mit diesen abrechnen.

ALTERNATIVEN

In den vergangenen Jahren wurde in Deutschland auf Initiative der Ärztekammern die Zusatzqualifikation der Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) bzw. der Nichtärztlichen Praxisassistentin für Medizinische Fachangestellte eingeführt. Die EVA bzw. NäPa darf einen Teil der ärztlichen Versorgungsaufgaben übernehmen, was dann auch von den Kostenträgern vergütet wird. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bietet bisher als einzige eine Zusatzqualifikation für Medizinische Fachangestellte in neurologisch-psychiatrischen Praxen (EVA-NP) an, die u.a. ein Aufbaumodul für Multiple Sklerose beinhaltet.

TABELLE: ANSPRÜCHE MS-BETROFFENER AN DIE AMBULANTE MEDIZINISCHE BETREUUNG

Hinweis: Da Patienten den ersten Kontakt zur Praxis über das Praxisteam/die MFA aufnehmen, sind die Teams zuerst genannt. Die aufeinanderfolgende Zuständigkeit wechselt je nach Aufgabenstellung.

	Aufgaben des Praxisteams	***Originäre ärztliche Aufgaben***
Unmittelbar nach Diagnosestellung	• Die im Arztgespräch vermittelten Informationen ggf. gemeinsam reflektieren • Patienten anbieten, dass er nach einer Reflexion des eben Erfahrenen im persönlichen Umfeld einen Anschlusstermin vereinbaren kann • Anlaufstellen für Betroffene aufzeigen (Selbsthilfegruppen, Sportangebote, Empowerment etc.)	• Humane Diagnosemitteilung gemäß medizinethischen Prinzipien[1] • Behandlung der Frühsymptomatik • Ausführliche Aufklärung über das breite Spektrum an Verläufen der unbehandelten Multiplen Sklerose
Medikamentöse Therapien	• Die im Aufklärungsgespräch vermittelten Informationen ggf. vertiefend erklären • Patienten bei der Anwendung beraten	• Mündliche Aufklärung über Therapieoptionen, deren Wirksamkeit und Nebenwirkungen gemäß Patientenrechtegesetz § 630 e BGB[2] • Patientenpräferenzen ermitteln • Patientenentscheidungen respektieren
Neue Symptome oder Verschlechterung bekannter Symptome	• Kurzfristige Vergabe eines Untersuchungstermins • Erkennen von Symptomen und Weiterleitung an den Arzt/die Ärztin	• Sorgfältige differentialdiagnostische Abklärung • Behandlung in Relation zur Schwere der Symptomatik
Rehabilitation / Verordnung von Hilfsmitteln	• Beratung bei der Anwendung von Hilfsmitteln • Beratung zur psychosomatischen Krankheitsbewältigung	• Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen • Verordnung von Hilfsmitteln • Verordnung von nicht-medikamentösen Therapieverfahren (Physiotherapie, Psychotherapie, Rehasport etc.)
Therapiefolgen	• Erkennen von Nebenwirkungen und Weiterleitung an den Arzt/die Ärztin	• Aktives Erfragen von Nebenwirkungen • Ggf. Absetzen von unverträglichen Medikamenten
Allgemein	• Unparteiische Ansprechpartner/in • Aktive Kontaktaufnahme zum Patienten • Unterstützungsbedarf ermitteln • Vermittlung zwischen Patient und Arzt/Ärztin	• Aufmerksamens Zuhören • Individuelle Beratung und Behandlung • Gemeinsame Entscheidungsfindung

1 *Auf die derzeit unzureichende Situation machen wir mit unserer Online-Petition „Für eine humane Diagnosemitteilung bei MS" aufmerksam.*

2 *Nur wenn die Aufklärung den Gesetzesanforderungen entspricht, ist die Einwilligung in die Therapie gültig. Ohne gültige Einwilligung handelt es sich auch bei einer medikamentösen Therapie um eine Körperverletzung. Der Behandelnde muss den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufklären. Behandlungsalternativen müssen aufgezeigt werden. Schriftliches Informationsmaterial kann nur ergänzend zur mündlichen Aufklärung verwendet werden. Informationsbroschüren der Hersteller sind kein geeignetes Aufklärungsmaterial. Interessenskonflikte des Praxisteams, z. B. die separate Abrechnung von Beratungen zu einem bestimmten Medikament mit dessen Hersteller, sind den Patienten vorab mitzuteilen, damit sie erkennen können, dass in diesem Fall keine Unabhängigkeit der Beratung gegeben ist.*

PRIMÄR AM PATIENTENWOHL AUSRICHTEN

Auch wenn die flächendeckende Einführung der EVA-NP den unhaltbaren Zustand der Pharmadominanz in Ausbildung und Beschäftigung von MS-Schwestern beenden würde, wäre es damit noch nicht getan. MS-Versorger müssten die Behandlungskonzepte der Multiplen Sklerose wieder primär am Patientenwohl ausrichten und sich von Interessenkonflikten freischwimmen, die sie sich mit der Annahme der so freigiebig von der pharmazeutischen Industrie verteilten Unterstützung eingehandelt haben.

WAS ERWARTEN BETROFFENE?

MS-Schwestern können schon unmittelbar nach der Diagnose Patienten helfen, das Arztgespräch noch einmal zu rekapitulieren und die dort vermittelten Informationen zu verstehen. Sie können Anlaufstellen rund um das Leben mit MS nennen, Hilfsmittel und Selbsthilfegruppen empfehlen. Bei einem Termin mit der MS-Schwester erwarten Patienten persönliche Zuwendung und konkrete Unterstützung.

Die Realität sieht oft noch anders aus: MS-Schwestern übernehmen z.B. einen Teil der Diagnostik, verteilen Informationsbroschüren der pharmazeutischen Hersteller, werben für die Teilnahme an klinischen Studien, entlasten eher organisatorisch die Praxis oder die neurologische Klinik als den Patienten zu unterstützen. Es ist mittlerweile Usus, Betroffenen gleich nach der Diagnose mit mehr oder weniger Druck zu empfehlen, mit einem so genannten Basismedikament zu beginnen. Schockiert von der Diagnose sind Betroffene beim Arztgespräch selten in der Lage, das Für und Wider einer Medikation abzuschätzen und die richtigen Fragen zu stellen.

Patienten wünschen sich etwas anderes: eine Ansprechpartnerin, die Betroffene mit ihren Bedürfnissen und Zweifeln ernst nimmt, die unparteiisch ist und Zeit in das Gespräch investiert.

ANFORDERUNGEN AN DAS PRAXISTEAM

Die Ansprüche MS-Betroffener an die medizinische Betreuung variieren, aber in der Beratungstätigkeit kristallisieren sich Schwerpunkte heraus, die teils originäre ärztliche Aufgabe sind, teils vom Praxisteam erwartet werden (s. Tabelle).

Gerade gegenüber Medizinischen Fachangestellten zeigen Patienten oft besonders großes Vertrauen. Häufig haben Patienten geringere Hemmungen, ihnen ihre wahren Sorgen mitzuteilen. Umgekehrt bringen Patienten meist nicht all ihre Beschwerden oder Fragen in der kurzen Konsultationszeit beim vielbeschäftigten Neurologen vor. An dieser Schnittstelle vermittelnd zu wirken, wäre aus Patientenperspektive die wichtigste Aufgabe einer MS-Schwester.

Jutta Scheiderbauer
Nathalie Beßler

Dr. Jutta Scheiderbauer ist aktiv in der Trierer Aktionsgruppe Multiple Sklerose (TAG), Nathalie Beßler hat TAG gegründet und leitet die Trierer Informationsstelle MS (TIMS).

Interessenkonflikte: Die Autorinnen sind selbst an MS erkrankt.

Dieser Artikel ist ein Nachdruck aus „praxisnah" 3+4/2015 mit freundlicher Genehmigung des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

IMPRESSUM

MEZIS Mein Essen zahl' ich selbst!
Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte

www.mezis.de, info@mezis.de

ISSN: 2194-1440

Korrespondenzanschrift:
Praxis Dr. Eckhard Schreiber-Weber,
Parkstr. 48, 32105 Bad Salzuflen,
Tel.: 05222 61901

Redaktion: E. Schreiber-Weber,
C. Fischer, N. Schurig, H. Neumann,
J. Salzmann

Chefredaktion (V. i. S. d. P.):
M. Dannenberg, S. Habermann-Tal

Schlussredaktion/Layout: K.-U. Dosch

Erscheinungsweise: dreimal jährlich

Kostenlos für Mitglieder

Die Wiedergabe und der Nachdruck von Artikeln aus MEZIS-Nachrichten ist nur nach Rücksprache und mit Genehmigung der Redaktion möglich. Diese wird in der Regel erteilt.

VORSTAND

Manja Dannenberg, Wismar,
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
dannenberg@mezis.de

Dr. Sigrid Habermann-Tal,
Friedland, Betriebsärztin,
habermann-tal@mezis.de

Hanna Neumann, Berlin, Orthopädin
und Unfallchirurgin, neumann@mezis.de

Dr. Jan Salzmann, Aachen, Facharzt für
Innere Medizin, salzmann@mezis.de

Dr. Eckhard Schreiber-Weber,
Bad Salzuflen, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren,
schreiber-weber@mezis.de

Dr. Niklas Schurig, Bietigheim,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
schurig@mezis.de

ÄRZTLICHE GESCHÄFTSFÜHRUNG

Dr. Christiane Fischer, MPH, Hamm,
fischer@mezis.de

INTERESSENKONFLIKTE

Alle AutorInnen füllen den für die MN überarbeiteten Fragebogen der AG „Interessenkonflikte in der Medizin" (Dtsch Arztebl 2011; 108(6)) aus.