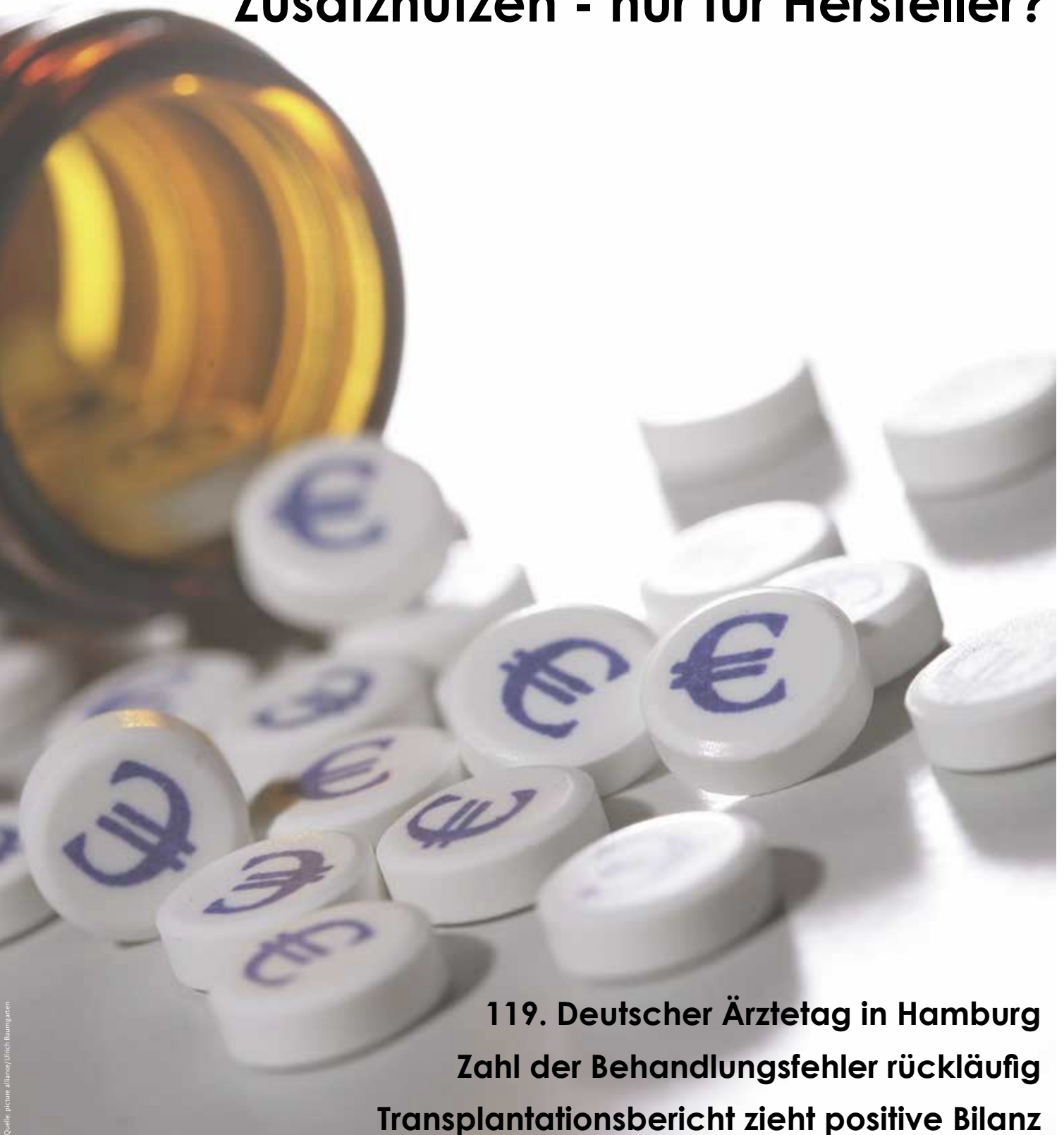




## Arzneimittelpreise Zusatznutzen - nur für Hersteller?



**119. Deutscher Ärztetag in Hamburg**

**Zahl der Behandlungsfehler rückläufig**

**Transplantationsbericht zieht positive Bilanz**

## Auftakt

Gesundheitspolitisch steht der Mai im Zeichen des 119. Deutschen Ärztetages. Die Delegierten treffen sich vom 24. bis 27. Mai in Hamburg, um über wichtige Fragen wie die medizinische Versorgung von Flüchtlingen oder die Ökonomisierung der Medizin zu diskutieren. Einen weiteren Themenschwerpunkt wird das Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und Marktwirtschaft bei der Arzneimittelpreisbildung bilden. Nachdem die Ärzteschaft schon lange für eine Nachschärfung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes aus dem Jahr 2011 plädiert, wird inzwischen auch die Politik aktiv (S. 3). Im Interview mit BÄKground fordert Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, unter anderem eine konsequentere Umsetzung bestehender Verordnungen. Auch eine zweite Nutzenbewertung hält Ludwig für sinnvoll (S. 5).

Währenddessen geht der Kampf gegen den Ärztemangel weiter. „Die Zahl der Ärzte steigt, aber der Bedarf steigt schneller“, kommentiert BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery die Ergebnisse der jüngsten Ärztestatistik. Ohne energisches Gegensteuern stehe die medizinische Versorgung in Zukunft vor ernststen Problemen. Die BÄK fordert daher mehr Studienplätze und bessere Auswahlverfahren für Medizinstudenten (S. 8).

Positiv fällt die Bilanz des zweiten Transplantationsberichts aus. Darin attestiert die Bundesregierung der ärztlichen Selbstverwaltung eine verantwortungsbewusste, effektive und professionelle Arbeit. Die Maßnahmen für mehr Kontrolle und Transparenz in der Transplantationsmedizin greifen, findet auch Prof. Dr. Hans Lippert, Vorsitzender der Überwachungskommission. Sie trügen dazu bei, verloren gegangenes Vertrauen zurückzugewinnen (S. 18). ■

## inhalt

## april 2016

### Politik & Beruf

<b>Zusatznutzen - nur für Hersteller?</b> Diskussion um hohe Arzneimittelpreise	3
<b>Zulassungsstudien müssen besser werden</b> AkdÄ-Vorsitzender Prof. Dr. Ludwig im Interview	5
<b>119. Deutscher Ärztetag in Hamburg</b> Themen u. a. Flüchtlinge und Ökonomisierung	6
<b>Bedarf steigt schneller als Zahl der Ärzte</b> BÄK stellt Ärztestatistik 2015 vor	8
<b>Praxistest der Notfalldaten beginnt</b> Pilotprojekt zur Datenanlage	9
<b>"Ärzte machen Fehler, sind aber keine Pfuscher"</b> Zahl der Behandlungsfehler rückläufig	10
<b>Cannabis-Freigabe zwischen Genuss und Ultima Ratio</b> Zwei Gesetzesinitiativen im Bundestag	11
<b>Pflegeberufausbildung: Nimm drei?</b> BÄK für Spezialisierungsweiterbildungen	12

**Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge gefordert**  
Ärzte und Kassen plädieren für bundesweite Lösung 13

**Nachrichten** 14

### Medizin & Ethik

**BÄK für unabhängige Ethik-Kommissionen**  
Neuregelung klinischer Prüfungen nachbessern 16

**BÄK will bessere Bedingungen für Krisen-Helfer**  
Montgomery: Administrative Hindernisse beseitigen 17

**Transplantationsbericht zieht positive Bilanz**  
Bundesregierung lobt Arbeit der Selbstverwaltung 18

**Think Tank für digitalisierte Medizin-Welt**  
Ärztedelegation diskutiert mit EU-Kommissar 19

**Personalien** 20

**Impressum** 20



Quelle: picture alliance/Westend61

Diskussion um hohe Arzneimittelpreise

## Zusatznutzen - nur für Hersteller?

Die Medien nennen ihn den „meistgehassten Mann Amerikas“, und Martin Shkreli tut wenig dafür, sein Image vom skrupellosen Raubtierkapitalisten loszuwerden. Im September vergangenen Jahres erhöhte das US-Unternehmen Turing Pharmaceuticals, an dessen Spitze Shkreli damals stand, den Preis für das AIDS-Medikament Daraprim auf einen Schlag um satte 5.000 Prozent. Dabei hatte das Unternehmen das Arzneimittel noch nicht einmal selbst entwickelt, sondern lediglich die Rechte daran gekauft. Bei einer Anhörung vor dem US-Kongress quittierte Shkreli Fragen zu seinem Geschäftsgewahren lediglich mit Grinsen. Auf Twitter bezeichnete er die Abgeordneten im Anschluss als „Idioten“. Inzwischen wird gegen ihn wegen Betrugsverdachts ermittelt.

Sicher, hier handelt es sich um einen Extremfall aus dem Mutterland des ungebremsten Kapitalismus. Aber astronomisch hohe Arzneimittelpreise sind auch in Deutschland ein Thema. Auch der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg wird sich mit diesen Fragen beschäftigen. „Wir werden dort über Transparenz bei der Preisbildung sprechen und auch darüber, inwieweit sich die Preise am Patientennutzen orientieren“, sagt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Ganze 46 neue Arzneimittelwirkstoffe kamen im Jahr 2014 in Deutschland auf den Markt. Bei acht von ihnen kostete eine Packung mehr als 10.000 Euro. Bekanntestes Beispiel ist wohl das Hepatitis C-Medikament Sovaldi

des Herstellers Gilead, bei dem eine Behandlung pro Patienten mit 60.000 bis 120.000 Euro zu Buche schlägt. Der Konflikt scheint schwer lösbar: Auf der einen Seite verlangen die Patienten nach innovativen und wirksamen Medikamenten. Auf der anderen Seite geht es auf Kosten der Verteilungsgerechtigkeit, wenn hochpreisige Arzneimittel die gesetzliche Krankenversicherung zu sehr belasten. Und schließlich gibt es die Pharmaunternehmen, die auf die hohen Kosten für Forschung und Entwicklung verweisen.

Dabei hatte die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung schon im Jahr 2011 geglaubt, mit dem „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) eine Lösung gefunden zu haben. Seitdem werden neue Arzneimittel vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf ihren Zusatznutzen hin geprüft und bewertet. Der Hersteller darf nur noch im ersten Jahr einen Preis festlegen; danach gilt der Preis, den er mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelt hat. Eine „neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit“ versprach der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP). Rund zwei Milliarden Euro ließen sich mit dem AMNOG pro Jahr einsparen. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung feierte ihn schon als „Monopolknacker“.

Doch dieses Lob war voreilig. Wie aus dem jüngsten Arzneiverordnungs-Report hervorgeht, erreichten die Ausgaben für

## politik &amp; beruf

Arzneimittel im Jahr 2014 mit 35,4 Milliarden Euro sogar einen neuen Höchststand. Das entspricht einem Plus von 10,3 Prozent.

In den Augen von Montgomery nutzt die Pharmaindustrie „die Bestimmungen des AMNOG hochkompetent aus.“ So auch im Fall Sovaldi. Wenn es stimmt, dass die Herstellungs- und Vertriebskosten für das Präparat tatsächlich bei 1.500 Euro liegen, die Therapie am Anfang 60.000 koste und nach Verhandlungen mit den Krankenkassen immer noch 45.000 Euro, dann sei das unanständig. Trotz guter Ansätze müsse das AMNOG daher nachgeschärft werden, allerdings nicht aus einem rein ökonomischen Blickwinkel. „Eine Kosten-Nutzen-Bewertung, die lediglich als willfähiges Instrument zur Kostensenkung dient, schadet mehr als sie nützt.“

Inzwischen ist auch die Politik auf das Problem aufmerksam geworden. So kündigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zum Abschluss des Pharma-Dialogs mit Unternehmen und Wissenschaft eine Umsatzschwelle für neue Medikamente an. Wird diese überschritten, soll auch rückwirkend nur noch der ausgehandelte Preis gelten. Auf die Höhe der Umsatzschwelle wollte Gröhe sich nicht festlegen. Noch im Sommer will er einen Referentenentwurf vorlegen, der auch die Ergebnisse des Pharmadialogs enthalten soll. Und auf EU-Ebene setzt sich die niederländische Ratspräsidentschaft für eine verstärkte Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten in Sachen Arzneimittelpreise ein.

Im Prinzip sei das AMNOG wirkungsvoll, findet Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. Der Haken sei die Möglichkeit der Unternehmen, im ersten Jahr die Preise beliebig festzulegen. Um „Fantasiepreise“ zu verhindern, sollte der später mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelte Preis nach Pfeiffers Ansicht auch rückwirkend gelten. Ähnlich sieht es Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (siehe Interview S. 5).

„Grundfalsch“ findet diesen Vorschlag Henning Fahrenkamp, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie. Es handele sich dabei um einen „Erstattungsanreiz für Innovationen“, der den Herstellern „bei der ebenso unsicheren wie kostenintensiven Forschung und Entwicklung neuer Präparate eine Basis“ geben solle. Falle dieser Weg, so sei das „Gift für jegliche Innovationstätigkeit“.

Aber forschen die Pharmaunternehmen mit Blick auf das Patientenwohl? „Die Innovationen fokussieren auf die falschen Bereiche“, kritisiert Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. Geforscht werde dort, wo die Industrie die höchste Rendite erwarte. In ihrem Innovationsreport 2015 spricht die Techniker Krankenkasse zudem von einem Trend zur „Orphanisierung“ von Volkskrankheiten. Dabei



BÄK-Präsident Montgomery: Das AMNOG muss trotz guter Ansätze nachgeschärft werden

werden Patientengruppen auf das Maß von seltenen Erkrankungen zugeschnitten. Das sichert den Pharmaunternehmen einen relativ raschen Durchlauf durch das AMNOG-Verfahren, da der Zusatznutzen von Medikamenten gegen seltene Krankheiten („Orphan Drugs“) von vornherein als gegeben gilt. „Die aktuelle Preisentwicklung, insbesondere bei onkologischen Wirkstoffen, orientiert sich leider nur selten am Innovationsgrad oder am patientenrelevanten Nutzen, sondern spiegelt in erster Linie wieder, was der Markt derzeit bereit ist zu zahlen“, sagt der AkdÄ-Vorsitzende Ludwig. Ärzte könnten künftig gezwungen sein, am Krankenbett zu entscheiden, ob sie ein teures, aber unzureichend untersuchtes Arzneimittel einsetzen oder nicht. „Solche Entscheidungen kann aber nicht der Arzt treffen“, findet Ludwig. Diese Frage müsste in der Gesellschaft diskutiert und letztendlich von der Politik beantwortet werden. Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld schlägt vor, neue Medikamente einer strengen Kosten-Nutzen-Bewertung zu unterziehen. Dagegen sehen die Arzneimittelhersteller keinen weiteren Regelungsbedarf. Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der forschenden Pharmaunternehmen wünscht sich für ihre Produkte mehr „Raum, um in der konkreten Versorgung ihren Nutzen auch bei Patientengruppen belegen zu können, für die ursprünglich kein Nutzenbeleg vorhanden war“.

Umstritten ist aber auch das Argument, die hohen Preise seien notwendig, um die teure Forschung zu finanzieren. Nach einer Analyse des Marktforschungsunternehmens GlobalData geben die großen Arzneimittelkonzerne deutlich mehr Geld für das Marketing aus als für die Entwicklung neuer Produkte. Beim US-Unternehmen Johnson & Johnson ist es mehr als das Doppelte, bei Novartis aus der Schweiz rund die Hälfte. Auch die Gewinnmargen sind üppig: Laut GlobalData beträgt sie bei Pfizer etwa 43 Prozent. ■



## Zulassungsstudien müssen besser werden

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im Interview



Quelle: Lopati/AkÄ  
Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ

**D**erzeit macht das Schlagwort von der „Orphanisierung“ von Arzneimitteln die Runde. Gemeint ist, dass eher häufige Erkrankungen in zahlreiche kleine Untergruppen unterteilt werden, um strenge Vorgaben bei klinischen Studien zu umgehen. Ein Mythos oder ist da etwas dran?

Ludwig: Es ist unverkennbar ein Trend im Zeitalter der „individualisierten Medizin“, dass gerade in der Krebsmedizin immer neue Wirkstoffe als Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen - also als sogenannte Orphan Drugs - in einem beschleunigten Verfahren zugelassen werden. Bei diesen Zulassungsverfahren liegen meist unzureichende Ergebnisse zur Wirksamkeit bzw. zum Schaden dieser Wirkstoffe vor. Ein Zusatznutzen wird außerdem vorausgesetzt mit der Zulassung eines Arzneimittels als Orphan Drug im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). Dabei zeigen Studien aus den USA – u. a. zu onkologischen und neurologischen Arzneimitteln –, dass Orphan Drugs in Zulassungsstudien weniger gründlich geprüft werden als andere Arzneimittel. Das liegt vor allem an der kleinen Zahl von untersuchten Patienten, dem meist nicht-randomisierten Design der Studien und der häufigen Verwendung von Surrogatparametern als Endpunkten. Dies führt dazu, dass bei Zulassung Aussagen zu Wirksamkeit und Schaden dieser Arzneimittel nur sehr eingeschränkt möglich sind.

### Wie lässt sich das Problem lösen?

Ludwig: Ganz einfach: Die Anforderungen der europäischen Verordnung zu Orphan Drugs müssen konsequenter erfüllt werden. Sie fordert, dass Patienten mit seltenen Leiden denselben Anspruch auf Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Arzneimitteln haben wie andere Patienten. Daran sollten sich das Design, die Endpunkte, aber auch Zahl der untersuchten Patienten orientieren. Damit keine Missverständnisse aufkommen: Wir Ärzte wünschen uns sehr, dass wir auch für Patienten mit seltenen Erkrankungen eine ausreichende Zahl gut wirksamer und verträglicher Arzneimittel zur Verfügung haben. Dies bedeutet, Anreize für die Entwicklung dieser Wirkstoffe sind grundsätzlich erwünscht. Sie sollten aber nicht von pharmazeutischen Unternehmen, wie bspw. in der Onkologie, missbraucht werden und die Qualität der Zulassungsstudien muss sich definitiv verbessern.

**Besteht nicht die Gefahr, dass die pharmazeutischen Unternehmer das Interesse für die Entwicklung und Markteinführung von Orphan Drugs verlieren, wenn sie keine Anreize bekommen?**

Ludwig: Wie zuvor gesagt: Anreize sind notwendig, aber unter der Voraussetzung, dass die Anforderungen an den Nachweis von Wirksamkeit und Sicherheit nicht gesenkt, sondern angehoben werden. Auch mit Orphan Drugs lässt sich durchaus viel Geld verdienen. Aktuelle Analysen verdeutlichen, dass Orphan Drugs ein sehr lukratives Geschäftsfeld darstellen mit stabilem Umsatzwachstum, Wachstumsraten von 7,5 %, einem globalen Umsatz von 100 Mrd. US-Dollar pro Jahr und einem Anteil von etwa 15 % am weltweiten Umsatz von Arzneimitteln.

**Im Jahr 2011 wurde das AMNOG zur Begrenzung der Kosten für Arzneimittel verabschiedet. Die Einspareffekte sind hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Muss nachgebessert werden?**

Ludwig: Die Preise im ersten Jahr nach der Markteinführung werden weiterhin durch die pharmazeutischen Unternehmer festgelegt und liegen meist höher als in anderen europäischen Ländern. Aktuell wird deshalb zu Recht diskutiert, ob der nach einem Jahr ausgehandelte Erstattungsbetrag rückwirkend, d. h. ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens eines neuen Arzneimittels, gelten soll. Ich halte es für sinnvoll, dass der für Arzneimittel ohne Zusatznutzen ausgehandelte Preis rückwirkend zumindest ab dem Zeitpunkt gültig ist, an dem der G-BA seinen Beschluss veröffentlicht hat. Außerdem brauchen wir insbesondere bei neuen onkologischen Arzneimitteln – der im AMNOG-Verfahren derzeit sowohl quantitativ als auch von den Kosten her führenden Wirkstoffklasse – zusätzlich auch eine „späte“ Nutzenbewertung, etwa zwei bis drei Jahre nach der frühen Nutzenbewertung. Dies ist in der Onkologie erforderlich insbesondere angesichts der beträchtlichen Unsicherheit bei den Erkenntnissen zur Wirksamkeit und Schaden infolge kritikwürdiger Studiendesigns und beschleunigter Zulassungsverfahren.

**Würden von einer späten Nutzenbewertung auch die Patienten profitieren?**

Definitiv ja – unter der Voraussetzung, dass aus den Zulassungsstudien aktualisierte Daten nach längerer Nachbeobachtung vorliegen und vor allem weitere klinische Studien durchgeführt wurden – was leider zu selten der Fall ist. Außerdem benötigen wir verstärkt Daten aus geeigneten Studien bzw. Registern, die eine Beurteilung von Verordnung und vor allem Sicherheit des neuen Arzneimittels im Versorgungsalltag ermöglichen. ■

## 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

Ärzeschaft diskutiert über Flüchtlinge, Arzneimittelpreise und Ökonomisierung



In der Gesundheitspolitik geht es um weit mehr als die Organisation, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Denn vieles, was politisch entschieden wird, hat nicht nur direkte Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung der Menschen, sondern auch auf das gesellschaftliche Zusammenleben insgesamt. Beispiele dafür sind die Diskussionen der vergangenen Jahre um medizinisch-ethische Fragen wie den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen oder ganz aktuell die Suche nach Wegen, wie die medizinische Versorgung der vielen hunderttausend Flüchtlinge in Deutschland gewährleistet werden kann.

wenn der 119. Deutsche Ärztetag vom 24. bis 27. Mai 2016 in Hamburg zusammenkommt, wird das wichtigste innenpolitische Thema der vergangenen Monate nach wie vor aktuell sein – die Bewältigung des Zustroms von Flüchtlingen nach Deutschland. Insbesondere bei der gesundheitlichen Versorgung Asylbegehrender besteht weiterhin in vielen Bereichen Handlungsbedarf. So ist die Personalsituation in den Gesundheitsämtern angespannt, die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge geht nur schleppend voran und die Leistungsgewährung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz stellt Patienten und Ärzte oft vor bürokratische Hürden. Der Deutsche Ärztetag wird sich deshalb intensiv mit den Herausforderungen befassen, Probleme benennen und Lösungsmöglichkeiten beraten.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitspolitik und Gesellschaftspolitik wird auch immer dann deutlich, wenn es um die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem diskutiert wird. Vor diesem Hintergrund bildet die Arzneimittel-

preisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierten Unternehmenszielen einen weiteren thematischen Schwerpunkt des 119. Deutschen Ärztetages. Im Kern geht es dabei um die Frage, ob die Preise bestimmter Arzneimittel in einem solidarisch finanzierten System sowohl unter ethischen Aspekten als auch unter Nutzenaspekten immer gerechtfertigt sind – ein Thema, das Politik und Medien derzeit intensiv diskutieren (siehe dazu auch S. 3ff). Zur Erinnerung: Mit der Einführung der frühen Nutzenbewertung durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) im Jahr 2011 sollten mehr Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz bei der Verordnung von Arzneimitteln erreicht werden. Es gelang jedoch nicht, die anhaltend immensen Ausgaben zu bremsen. Im Gegenteil: Sie führen ganz erheblich zu den Defiziten in der GKV – Geld, das in der Versorgung fehlt. Die Ärzteschaft wird in Hamburg darüber beraten, wie die ausschließlich marktwirtschaftlich orientierte Preisbildung transparenter und an einem evidenzbasierten Nachweis des patientenrelevanten Nutzens ausgerichtet werden kann.

Von ähnlicher gesellschaftlicher Bedeutung ist die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Auf dem Ärztetag geht es dabei besonders um die Rolle leitender Krankenhausärzte im Spannungsfeld zwischen medizinischer Notwendigkeit und ökonomischen Zwängen. Ein möglichst wirtschaftlicher Umgang mit begrenzten Ressourcen ist in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem selbstverständlich. Das darf aber nicht dazu führen, dass ökonomische Parameter das ärztliche Handeln bestimmen, etwa wenn Entscheidungsspielräume durch vorgegebene ökonomische Rentabilitätskriterien begrenzt werden. Viele Ärzte müssen tagtäglich mit diesen Konflikten umgehen und sind zutiefst verunsichert. Die Beratungen und Beschlüsse des Ärztetags können hier Orientierung geben.

Die Gesetzesinitiativen des vergangenen Jahres haben gezeigt, dass es sich lohnt, wenn die Ärzteschaft ihre Positionen deutlich artikuliert und ihre spezifisch ärztliche Sichtweise in die politischen Entscheidungsprozesse einbringt. Daher ist damit zu rechnen, dass der Ärztetag auch die laufenden oder gerade abgeschlossenen Reformen, etwa die Anti-Korruptionsgesetzgebung für das Gesundheitswesen, die aufkommenden Forderungen nach einer Bürgerversicherung oder den Masterplan Medizinstudium 2020 nicht unkommentiert lassen wird. Als weitere Themen stehen die Reform der Gebührenordnung für Ärzte und die Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung auf der Tagesordnung. Darüber hinaus wird die Ärzteschaft über eine Weiterentwicklung der Gremienstruktur der Bundesärztekammer diskutieren. ■

# Tagesordnung

## 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

### Eröffnungsveranstaltung

24. Mai 2016, 10.00 Uhr

Laeiszhalle Hamburg, Johannes-Brahms-Platz, 20355 Hamburg

### Plenarsitzungen des 119. Deutschen Ärztetages

24. bis 27. Mai 2016

CCH Congress Center Hamburg, Saal H, Marseiller Str. 2, 20355 Hamburg

### Tagesordnung

#### TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung

**Referent:** Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Berlin, Präsident der BÄK und des Deutschen Ärztetages

#### TOP II: Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur

**Referent:** Dr. rer. nat. Hagen Pfundner, Berlin, Vorsitzender des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller

**Referent:** Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin, Vorsitzender der AkdÄ

#### TOP III: Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

**Referent:** Dr. med. Franz Bartmann, Bad Segeberg, Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der BÄK

#### TOP IV: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

##### a) Bericht zum Beschluss IX-02 des 118. Deutschen Ärztetages 2015 – Gremienstruktur

**Referentin:** Dr. med. Simone Heinemann-Meerz, Magdeburg, Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

**Referentin:** Dr. med. Heidrun Gitter, Bremen, Präsidentin der Ärztekammer Bremen

##### b) Sachstand GOÄ-neu

**Referent:** Dr. Klaus Reinhardt (Anm. d. Red.: aktualisiert am 26. April 2016)

#### c) Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie

**Referent:** Prof. Dr. med. Hans Fred Weiser, Düsseldorf, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

#### TOP V: Wahlen

##### a) Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der BÄK

b) In Abhängigkeit vom Beratungsergebnis zu TOP IV a: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin und in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

#### TOP VI: Bericht über die Jahresrechnung der BÄK für das Geschäftsjahr 2014/2015

##### a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2014/2015

**Referent:** Tobias Nowoczyn, Berlin, Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der BÄK über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2014/2015

**Referent:** Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK

#### TOP VII: Entlastung des Vorstandes der BÄK für das Geschäftsjahr 2014/2015

#### TOP VIII: Haushaltsvorschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)

##### a) Bericht der Geschäftsführung

**Referent:** Tobias Nowoczyn, Berlin, Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht über die Beratung in der Finanzkommission

**Referent:** Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK

#### TOP IX: Wahl des Tagungsortes für den 121. Deutschen Ärztetag 2018

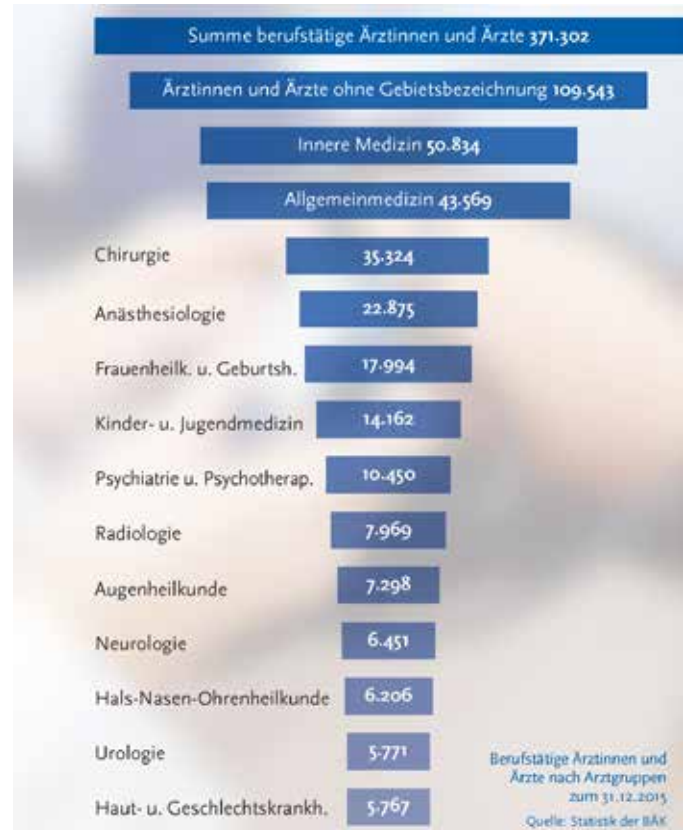
## Bedarf steigt schneller als Zahl der Ärzte

Bundesärztekammer stellt Ärztestatistik für das Jahr 2015 vor

Die Zahl der Ärzte steigt, aber der Bedarf steigt schneller.“ So fasste Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2015 zusammen. Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr nur leicht um 1,7 Prozent. Das bedeutet einen Anstieg um 6.055 Ärzte auf nunmehr 371.302 bundesweit. Davon arbeiteten 189.622 im Krankenhaus (+ 1,8 Prozent). Ambulant tätig waren 150.106 Ärzte (+ 1,5 Prozent). Gleichzeitig stieg die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich an, und ein Ende dieses Trends ist nicht in Sicht. Zwischen 2004 und 2014 erhöhte sich die Zahl der ambulanten Behandlungen in Deutschland um 152 Millionen. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern aus. Die Unternehmensberatung Deloitte prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine Zunahme der Fallzahlen im stationären Bereich um mehr als zwölf Prozent. Verantwortlich dafür ist vor allem der steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der über 60-jährigen Patienten in den Krankenhäusern 51,5 Prozent. Bis zum Jahr 2030 erwarten die Experten von Deloitte einen Anstieg auf 60,8 Prozent.

„Wenn wir jetzt nicht entschieden gegensteuern, steht die medizinische Versorgung in Zukunft vor immensen Problemen“, warnte Montgomery. Daher müsse die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent erhöht werden. „Noch im Jahr 1990 gab es in den alten Bundesländern 12.000 Plätze im Studiengang Humanmedizin. Heute sind es gerade noch 10.000, obwohl durch die Wiedervereinigung acht medizinische Fakultäten hinzugekommen sind“, so der Ärztepräsident. Er forderte die Bundesregierung auf, im Zuge ihres Masterplans 2020 auch die Auswahlverfahren an den Universitäten zu reformieren: „Wir müssen dafür sorgen, dass diejenigen ausgewählt werden, die hinterher auch in der Versorgung der Bevölkerung arbeiten wollen.“ Neben der Abiturnote müssten daher Faktoren wie psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement und einschlägige Berufserfahrung stärker berücksichtigt werden. Um den Ärztemangel im hausärztlichen Bereich zu mildern, sollten Medizinstudierende gleich zu Beginn des Studiums an die Allgemeinmedizin herangeführt werden. Montgomery sprach sich dafür aus, bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin einzuführen.

Nicht nur die Gesellschaft insgesamt altert, sondern mit ihr auch die Ärzteschaft. Zwar stieg im Jahr 2015 der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte um 0,2 Prozentpunkte auf 18,5 Prozent. Dem steht aber bei den über 59-jährigen ein Zuwachs auf 17,3 Prozent gegenüber (Vorjahr: 16,4 Prozent). Weiterhin



ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen von 25,2 Prozent auf 24,1 Prozent zurückgegangen, während der Anteil der 50-bis 59-jährigen von 28,5 Prozent auf 28,6 Prozent anstieg. Damit gibt es viel mehr 50- bis 59-jährige als 40- bis 49-jährige Ärzte.

Zudem verschieben sich bei den Jungmedizinerinnen die persönlichen Prioritäten. „Es wächst eine sehr selbstbewusste Ärztegeneration nach. Sie ist verständlicherweise nicht mehr bereit, Versorgungslücken bedingungslos auf Kosten der eigenen Lebensplanung zu schließen“, so Montgomery. Wie Umfragen zeigen, räumen die angehenden Medizinerinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf die höchste Priorität ein. Knapp dahinter folgt der Wunsch nach geregelten und flexibel gestaltbaren Arbeitszeiten – noch vor den guten Verdienstmöglichkeiten.

Dementsprechend entscheiden sich immer mehr Ärzte gegen eine Vollzeitstelle. Betrug der Anteil der Teilzeitärzten an allen niedergelassenen Ärzten im Jahr 2009 noch fünf Prozent, so waren es im Jahr 2013 bereits 13,6 Prozent. Einer Studie des Forschungsinstituts Prognos zufolge sank die tatsächlich geleistete Wochenarbeitszeit der Ärzte in den Praxen von durchschnittlich 42,6 Stunden im Jahr 2011 auf 40,2 Stunden



im Jahr 2014. Bei den Krankenhausärzten ging die Zahl der geleisteten Wochenstunden zwischen den Jahren 1991 und 2013 von 37,6 auf 29,8 Stunden zurück.

„Gerade im Hinblick auf die Patientensicherheit müssen Bund und Länder daher in den Krankenhäusern für eine ausreichende Personalausstattung und Personalfinanzierung sorgen“, forderte Montgomery. Notwendig seien darüber hinaus Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse, zur Reduktion der Arbeitsverdichtung und zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Gleichzeitig sank die Zahl der Ärzte mit eigener Praxis im vergangenen Jahr um 0,7 Prozent. Dagegen stieg die Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte um 3.066 auf 29.373. Dies entspricht einem Plus von 11,7 Prozent. Begünstigt wird diese Entwicklung durch die exzellente Arbeitsmarktsituation. So liegt die Arbeitslosenquote in Bezug zu der Zahl der berufstätigen Ärzte bei

1,0 Prozent. „Auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte herrscht Vollbeschäftigung. Das ist eine gute Nachricht für unsere Ärztinnen und Ärzte. Problematisch ist aber, dass schon jetzt viele offene Stellen nicht besetzt werden können“, erklärte der BÄK-Präsident.

Daran ändert auch die Zuwanderung von 3.560 Ärzten aus dem Ausland nur wenig (+7,4 Prozent), zumal im selben Zeitraum 2.143 Ärzte aus Deutschland abgewandert sind. Im Vorjahr waren 42.604 ausländische Ärzte in Deutschland gemeldet. Der größte Zustrom konnte aus Syrien (+ 493) verbucht werden, es folgen Serbien (+ 206), Rumänien (+ 205), Russland (+ 159), Bulgarien (+ 127) und Ägypten (+ 125). Einen größeren Rückgang gab im Jahr 2015 lediglich bei Ärzten aus Österreich (- 122). Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (4.062), Griechenland (3.017) und Österreich (2.573), gefolgt von Syrien (2.149). ■

## Praxistest der Notfalldaten beginnt

Pilotprojekt untersucht Anlage der Daten unter Normalbedingungen

In einem Zeitraum von sechs Monaten werden ab Juni 2016 Ärzte aus der Region Münster und Umgebung für rund 4000 Patienten Notfalldatensätze anlegen. An dem Test nehmen 32 Hausärzte und Internisten zusammen mit Kollegen am Universitätsklinikum Münster teil. Am 13. April 2016 kamen sie zu einer ersten Informationsveranstaltung zusammen.

Ziel des Pilotprojekts „NFDMSprint“ ist es, zu untersuchen, ob die Anlage von Notfalldaten unter realen Bedingungen in Praxen und einem Krankenhaus funktioniert. Dieser Test ist ein wichtiger Schritt für die Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte, deren Einführung der Gesetzgeber ab 01. Januar 2018 vorschreibt und die anschließend jedem gesetzlich Versicherten freiwillig zur Verfügung stehen werden. „Um zukünftig Akzeptanz für die Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte zu erreichen, muss diese Anwendung praktikabel sein, also im medizinischen Alltag den Bedürfnissen der Ärzteschaft und der Patienten entsprechen. Das wollen wir mit NFDMSprint sicherstellen“, sagt Dr. Franz Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer verantwortet als beauftragter Gesellschafter der gematik die Entwicklung des Notfalldaten-Managements. „Eine gute Anwendung wird nur dann gelingen, wenn sie zusammen mit ärztlichen Kollegen entwickelt wird. Daher bin ich besonders für das Engagement aller Beteiligten dankbar“, betont Bartmann.

Bis zum Projektstart werden das Universitätsklinikum Münster und der westfälische Hersteller von Arztsoftware, Inter-

Data Praxiscomputer GmbH, als Auftragnehmer der gematik die Projektteilnehmer schulen und die Praxis-IT vorbereiten. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts NFDMSprint übernehmen der Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und die Westfälische Wilhelms-Universität zu Münster.

Der Begriff Notfalldaten-Management (NFDMS) steht für den Umgang mit Informationen, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgelegt werden und den Behandelnden in einer medizinischen Notfallsituation weiterhelfen. Im NFDMS wird unterschieden zwischen dem Notfalldatensatz (NFD) mit notfallrelevanten medizinischen Informationen und dem Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE) des Patienten. Beide werden künftig auf der eGK getrennt voneinander gespeichert und lassen sich im Notfall auch separat lesen. Der NFD kann zum Beispiel Angaben zu Diagnosen, Medikation oder Allergien enthalten, der DPE Hinweise zum Aufbewahrungsort etwa einer Patientenverfügung. Der Patient entscheidet, ob er einen NFD für sich anlegen lässt. Im Notfall können Ärzte oder Notfallsanitäter diese Informationen unter Nutzung ihres elektronischen Heilberufsausweises auch ohne zusätzliche Einwilligung des Patienten lesen.

Vor weiteren Erprobungen und schließlich der bundesweiten Einführung sollen im Pilotprojekt NFDMSprint vor allem zwei Punkte untersucht werden: Wie gut funktioniert der Prozess der Anlage von NFD und DPE durch Ärzte mithilfe ihres Praxisverwaltungs- oder Krankenhausinformationssystems und wo liegen Verbesserungspotenziale. Die Daten werden in diesem Pilotprojekt noch nicht auf der eGK gespeichert. ■

## politik &amp; beruf

## "Ärzte machen Fehler, sind aber keine Pfuscher"

BÄK-Statistik: Zahl der Behandlungsfehler rückläufig

Überall wo Menschen arbeiten, passieren Fehler – auch in der Medizin. Wir gehen aber offen mit unseren Fehlern um, wir lernen aus ihnen und wir verhelfen betroffenen Patienten zu ihrem Recht.“ Das sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2015 in Berlin. Crusius forderte, Ärztinnen und Ärzte bei ihrem Engagement für eine offene Fehlerkultur zu unterstützen. „Wir müssen wegkommen von Pauschalvorwürfen. Und ein Arzt, dem ein Fehler unterläuft, ist kein Pfuscher. Fehler können viele Ursachen haben. Pfusch dagegen beinhaltet immer eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber den Auswirkungen des eigenen Handelns.“ In diesem Zusammenhang wandte sich Crusius gegen immer wieder kolportierte Hochrechnungen zu Behandlungsfehlern. „Das sind Schätzungen auf Grundlage US-amerikanischer Uraltstudien, die keinerlei Bezug zu unserem Gesundheitssystem haben. Die Daten der Ärztekammern dagegen sind absolut valide, weil sie auf realen Fällen beruhen. Auch wenn sie nicht das gesamte Behandlungsgeschehen abdecken, kann man mit ihnen arbeiten und wirksam Fehlerprävention betreiben.“

Crusius betonte, dass die Ursachen für Behandlungsfehler komplex sein können. Ein Grund sei der stetig wachsende Behandlungsdruck in Kliniken und Praxen. So hat sich die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle zwischen den Jahren 2004 und 2014 um 152 Millionen auf 688 Millionen Fälle erhöht. Im stationären Sektor wurden 2014 mehr als 19 Millionen Patienten behandelt. „Da nützt es wenig, dass die Politik eine Qualitätsoffensive für das Gesundheitswesen ausgerufen hat. Qualität hat ihren Preis und deshalb brauchen wir auch eine ausreichende Finanzierung der Personalkosten.“

Wie Kerstin Kols, Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, berichtete, liegt die Zahl der festgestellten Fehler gemessen an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle im Promillebereich. Die Zahl der Sachentscheidungen sowie die Zahl der festgestellten Fehler sind im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. So haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2015 bundesweit insgesamt 7.215 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen (Vorjahr 7.751). Es lag in 2.132 Fällen ein Behandlungsfehler vor (Vorjahr 2.252). Davon wurde in 1.774 Fällen ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und



in rund 90 Prozent der Fälle werden die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von beiden Parteien akzeptiert

Sprunggelenkfrakturen. In 358 Fällen lag ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel vor, der jedoch keinen kausalen Gesundheitsschaden zur Folge hatte.

„Auch wenn selten etwas passiert, ist jeder Fehler einer zu viel“, betonte Priv. Doz. Dr. Peter Hinz, leitender Oberarzt an der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Rehabilitative Medizin der Universitätsmedizin Greifswald. Er erläuterte, wie das Thema Patientensicherheit und Qualitätssicherung im ärztlichen Alltag gelebt wird. Darüber hinaus verwies er auf die vielfältigen Initiativen und Projekte der Ärzteschaft zur Förderung der Patientensicherheit und Qualitätssicherung. Allein die Datenbank ärztlicher Qualitätssicherungsinitiativen der Bundesärztekammer führt rund 160 absolut freiwillige Initiativen auf. Für den ambulanten Sektor führt der Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rund 9.000 Qualitätszirkel mit mehr als 35.000 teilnehmenden Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten auf. Als vorbildliches Projekt zur Vermeidung von Behandlungsfehlern wurde auch auf das vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin betriebene Fehlerlernsystem „CIRS-medical“ hingewiesen. Über das System können Ärzte Beinahefehler anonym melden, damit potentielle Risiken abgestellt werden können.

Dr. Walter Schaffartzik, Ärztlicher Leiter des Unfallkrankenhauses Berlin und Ärztlicher Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, forderte betroffene Patienten auf, sich im Schadensfall an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu wenden. „An unseren Stellen sind hochqualifizierte Fachgutachter tätig, die gemeinsam mit Juristen prüfen, ob ein Behandlungsfehlervorwurf gerechtfertigt ist, oder nicht. Es genügt ein formloser Antrag und das Gutachten sowie die abschließende Bewertung ist für Patienten kostenfrei.“ ■

## Cannabis-Freigabe zwischen Genuss und Ultima Ratio

### Gesetzesinitiativen zu Cannabis-Freigabe und -Arzneien im Bundestag

**K**iffen ist in. Keine andere illegale Droge probieren junge Menschen in Deutschland so häufig wie Cannabis. Jeder dritte junge Erwachsene und jeder zehnte Jugendliche hat Erfahrungen damit. Das geht aus der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hervor, die seit Anfang April vorliegt. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU) warnt vor einer Aufhebung des Cannabis-Verbots. „Wer in dieser Situation die vollumfängliche Legalisierung von Cannabis fordert, der sorgt dafür, dass noch mehr Jugendliche zum Joint greifen“, sagte sie bei der Präsentation der Studie.



Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Einrichtung einer Cannabis-Agentur aus

Für „vollständig gescheitert“ hält die Bundestagsfraktion der Grünen diese Politik. Die repressive Rechtslage bewirke eine unverhältnismäßige Kriminalisierung erwachsener Konsumenten, versage beim Jugendschutz und sei zu teuer, argumentieren die Abgeordneten in ihrem Entwurf für ein Cannabiskontrollgesetz. Sie schlagen deshalb vor, einen „strikt kontrollierten legalen Markt für Cannabis“ zu eröffnen, dessen staatlich regulierte Handelskette mit dem sogenannten Cannabisfachgeschäft enden soll. Dieser Reformvorschlag in der seit Jahren kontrovers geführten Legalisierungsdebatte von Cannabis als Genussmittel polarisiert in politischen wie wissenschaftlichen Fachkreisen. Das bestätigte Mitte März eine öffentliche Experten-Anhörung des federführenden Gesundheitsausschusses im Bundestag, bei der mit etwa achtzig Zuhörern ein überdurchschnittlicher Andrang herrschte.

Während Juristen, Sozialwissenschaftler und Elternvertreter den Entwurf der Grünen tendenziell guthießen, kritisierten Psychiater und Mediziner besonders die Unterschätzung gesundheitlicher Risiken und anderer dysfunktionaler Effekte

gerade auf Jugendliche und junge Erwachsene. Dazu zähle etwa die kontraproduktive soziale Vorbildfunktion volljähriger Konsumenten. Auch die Bundesärztekammer (BÄK) lehnt die Einrichtung eines öffentlich zugänglichen Cannabismarktes entschieden ab. Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery warnte erneut, die Legalisierung des Konsums könne zu massiven akuten und chronischen Gesundheitsschäden führen. In den nächsten Wochen steht die zweite Lesung des Gesetzentwurfes im Plenum an.

Eine andere, rein medizinische Frage der Cannabis-Abgabe hatte Anfang Februar bereits das Bundesgesundheitsministerium aufgeworfen. Es veröffentlichte den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, der eine auf mehr Patientengruppen erweiterte Verordnungsfähigkeit cannabinoidhaltiger Arzneimittel vorsieht. Das soll chronisch kranken Schmerzpatienten, etwa im Feld neurologischer Krankheiten wie Multipler Sklerose (MS), den Zugang zu Cannabis erleichtern. Die deutsche Ärzteschaft sowie die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) halten dies dort für sinnvoll, wo eine ausreichende wissenschaftliche Datenlage zum therapeutischen Nutzen vorliegt. Dies sei für standardisierte und in kontrollierter Dosis einsetzbare Cannabis-Arzneien der Fall, so dass in diesen Fällen eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht werden solle, betonten sie in ihrer schriftlichen Stellungnahme.

Auf Ablehnung stoßen bei BÄK und AkdÄ vor allem die Pläne, getrocknete Cannabis-Blüten und -Extrakte als verschreibungs- und erstattungsfähig zu behandeln. Im Gegensatz zu cannabinoidhaltigen Rezeptur- und Fertigarzneien fehle es für deren medizinischen Einsatz an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz. Die Ärzteschaft lehnt auch die von der Bundesregierung geplante Einrichtung einer sogenannten Cannabis-Agentur zur Kontrolle des Anbaus und des Handels ab.

Montgomery sprach sich für einen ärztlich und pharmazeutisch begleiteten Ansatz der Cannabistherapie aus. „Eine Legalisierung des Besitzes und der Anbau für den medizinischen Eigenbedarf sind nicht zielführend“, sagte Ärztepräsident. Für den weiteren Gesetzgebungsprozess mahnte er eindringlich an, die verpflichtende Kopplung der Kostenübernahme an die Patientenmitwirkung in einem Forschungsprojekt als absolutes Novum bei der Erstattungsfähigkeit medizinischer Leistungen zu überdenken.

Die Stellungnahme finden Sie unter [www.baek.de/betaeuebungsmittel](http://www.baek.de/betaeuebungsmittel)

## Pflegeberufausbildung: Nimm drei?

BÄK hält Spezialisierungsweiterbildungen für zwingend notwendig

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Kritik - auch aus den eigenen Reihen - an der geplanten Reform der Pflegeberufausbildung hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), alle Pflegeverbände aufgefordert, gemeinsam für das Gesetz zu werben: „Gerade für die Altenpflege sollten alle ein Interesse daran haben, sie aus ihrem „Aschenputtel-Dasein“ zu befreien. Wir werden den Pflegeberuf nur dann interessanter machen, wenn wir den Schulabgängern eine Ausbildung auf hohem Qualitätsniveau bieten“. Unterstützung erhielt Laumann von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Die Zusammenführung der bisher drei Ausbildungsgänge bedeute „einen weiteren wichtigen Schritt, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern“, sagte er bei der ersten Lesung des Gesetzes im Bundestag.

Dagegen warnt Pia Zimmermann (Die Linke) vor einer „Schmalspurausbildung“. Elisabeth Scharfenberg, pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion der Grünen, prophezeit „Bildungslücken“ als Resultat der Einheitsausbildung. Aber auch in der Union selbst ist das Gesetz umstritten. Niemand sei so recht zufrieden mit dem Gesetzentwurf, sagt Thomas Feist, Experte für berufliche Bildung in der Unionsfraktion. Der pflegepolitische Sprecher der Unionsfraktion, Erwin Rüdell, betont, es sei wichtig, dass keiner der drei Pflegeberufe in seinen Kernelementen Schaden nehme.

Zuvor hatte sich der Bundesrat mit dem Reformpaket befasst. „Berufliche Ausbildung muss primärer Bildungsweg in der Pflege bleiben“, heißt es in der Stellungnahme der Länderkammer zum Thema hochschulische Pflegeausbildung. Der Bundesrat ist darüber hinaus dem Vorschlag des Kulturausschusses des Bundesrates gefolgt und hat sich dafür ausgesprochen, neben Hochschulen künftig auch die Berufsakademien zur Durchführung des Studiums zuzulassen. Er spricht sich außerdem für eine Neuordnung der Verteilungslast der Kosten der praktischen Ausbildung aus und fordert die Bundesregierung auf, „uneinheitliche Regelung mittelfristig so anzupassen, dass tatsächlich eine vollumfänglich gerechte, gemeinsame und einheitliche Finanzierung der neuen Pflegeausbildung gegeben ist“. Zudem habe die Regierung in Abstimmung mit den Ländern eine nachvollziehbare und vollständige Einschätzung der Kosten der Reform der Pflegeausbildung vorzunehmen. Dabei seien die für die Länder entstehenden Kosten so weit als möglich zu begrenzen.

Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt in ihrer Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf eine Reform der Pflegeausbildung. Sie sende ein wichtiges Signal zur Modernisierung des Berufsbildes angesichts der gesellschaftlichen, epide-

miologischen und medizinischen Herausforderungen in der Patientenversorgung. Zwar sieht die BÄK eine generalistische Ausbildung grundsätzlich positiv, weist aber explizit darauf hin, dass Spezialisierungsweiterbildungen im Anschluss an die Ausbildung, die an den jeweiligen Anforderungen der Einsatzfelder ausgerichtet sind, zwingend notwendig seien. Insbesondere für eine spezialisierte kinderpflegerische Begleitung müssten deshalb ausreichende Qualifikationsmöglichkeiten erhalten bleiben.



Quelle: picturealliance/Barbara Gindl/AFPA

Daneben lehnt die Bundesärztekammer die regelhafte Einführung einer hochschulischen grundständigen Ausbildung ab. „Eine hochschulische Qualifizierung ist stattdessen zielgerichtet für Weiterqualifizierungen in bestimmten Bereichen oder Funktionen, z. B. der Pflegeausbildung, des Pflegemanagements oder der Pflegewissenschaft vorzusehen“. So seien akademische Weiterbildungsstudiengänge mit Blick auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes der geeignetere Weg: Anstelle der Einführung einer akademischen Ausbildungsebene sollten Bildungs- und Berufskarrieren geschaffen und gefördert sowie durchlässig und systematisch gestaltet werden.

Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass der erste vereinheitlichte Ausbildungsjahrgang im Jahr 2018 startet. Bis dahin muss Karl-Josef Laumann aber noch Überzeugungsarbeit leisten. Denn die Pflegeverbände machen bisher wenig Anstalten, seinem Aufruf zur Geschlossenheit zu folgen. Mehr als zehn Verbände unterstützen die Initiative der NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Bündnis90/Die Grünen), die ein Moratorium für das Gesetz fordert. Dagegen stellen sich der Berufsverband für Pflegeberufe, der Deutsche Pflegerat und der Verband der Pflegedirektoren. Sie unterstützen die geplante generalistische Pflegeausbildung und warnen vor einem Stopp des Gesetzes.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer finden Sie unter [www.baek.de/pflegeberufe](http://www.baek.de/pflegeberufe)



## Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge gefordert

Ärzte und Kassen plädieren für bundesweite Lösung

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt nur langsam voran. Bisher steht die Karte in Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein flächendeckend zur Verfügung. In Berlin erhalten seit Januar 2016 alle neu erfassten Flüchtlinge eine Gesundheitskarte. In Nordrhein-Westfalen geben bisher 20 Kommunen die Gesundheitskarte aus. Der Städte- und Gemeindebund NRW wertete die Einführung als „realitätsfernes Konzept“ und forderte eine Senkung der Kosten. Die Kritik bezieht sich vor allem auf den Rahmenvertrag, den die Landesregierung mit den Krankenkassen abgeschlossen hat: Demnach müssen die Gemeinden acht Prozent der angefallenen Gesundheitsausgaben, mindestens jedoch zehn Euro pro angefangenem Betreuungsmonat und Flüchtling allein für den Verwaltungsaufwand zahlen. Kommunen in Niedersachsen können seit dem 1. April eine elektronische Gesundheitskarte nach dem Vorbild von Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen einführen. In Brandenburg, das die Karte ebenfalls zum 1. April eingeführt hat, gibt es noch Widerstand in den Kommunen.

Unterdessen hat der Bundestag das Asylpaket II beschlossen. Mit dem Gesetz sollen die Rahmenbedingungen für die Erstellung ärztlicher Atteste im Zusammenhang mit Abschiebungen präzisiert und klargestellt werden. Nur bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, soll von einer Abschiebung abgesehen werden können. In Fällen von Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) soll die Abschiebung aber regelmäßig möglich sein. Zudem plant der Bund, sich stärker bei der Beschaffung der nötigen Papiere für Personen, die Deutschland wieder verlassen müssen, zu engagieren.

### **BÄK: Personal beim Öffentlichen Gesundheitsdienst aufstocken**

Vor dem Beschluss hatte die Bundesärztekammer (BÄK) deutlich darauf hingewiesen, dass Ärzte in einem beschleunigten Asylverfahren ausreichend Zeit haben müssten, Asylbewerber auf körperliche und seelische Krankheiten hin zu untersuchen. Unerheblich sei dabei, ob die Erkrankungen der Asylbewerber bereits im Heimatland bestanden oder erst auf der Flucht oder in Deutschland aufgetreten sind. Darüber hinaus hatte die BÄK gefordert, auch psychische Krankheiten unter den „lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung“ zu subsumieren. Im Herkunftsland werde es kaum die Voraussetzungen für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung geben. Zudem müsse eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Begutachtung gewährleistet sein.

Für medizinische Gutachten, Stellungnahmen und Untersuchungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und vor der Abschiebung sollten ausschließlich Ärzte und Psychotherapeuten beauftragt werden, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Hierfür müssen die Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) angepasst werden, betont die BÄK. Ferner müssten im ärztlichen Diagnose- und Behandlungsprozess qualifizierte Dolmetscher oder Dolmetscherdienste in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

### **Montgomery: Asylsuchende und Flüchtlinge in die Regelversorgung eingliedern**

Dagegen verteidigte Hamburgs Sozialsenatorin Melanie Leonhard (SPD) die Einführung der Gesundheitskarte. „Eine Gefahr der Kostenexplosion sehe ich nicht“, erklärte sie. Hamburg habe im ersten Jahr nach der Einführung 1,6 Mio. Euro gespart. Die Übertragung der medizinischen Versorgung auf die AOK entlaste die Sozial- und Gesundheitsämter. Ähnlich äußerte sich Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. „Asylsuchende und Flüchtlinge brauchen nach der Erstuntersuchung eine Gesundheitskarte, um in das Regelsystem eingegliedert zu werden. Der leichte Zugang zur ärztlichen Versorgung verhindert, dass Krankheiten sich verschlimmern und reduziert somit am Ende die Kosten“, sagte er.

Sachsen hält hingegen weiter an dem von den Behörden ausgestellten Behandlungsschein fest. Mecklenburg-Vorpommern wird die Karte erst einmal ebenso wenig einführen wie Baden-Württemberg. Es seien „noch weitere Prüfungen erforderlich“, teilte die dort zuständige „Lenkungsgruppe Flüchtlinge“ mit. Insbesondere solle der Abschluss bundesweiter Rahmenbedingungen abgewartet werden. Die Bertelsmann-Stiftung warnte in Anbetracht der Vielzahl unterschiedlicher Regelungen vor einem bundesweiten Flickenteppich. Der GKV-Spitzenverband forderte einen einheitlichen Zugang.

Immerhin haben die ersten Asylsuchenden den neu eingeführten Flüchtlingsausweis erhalten. Er enthält Basisinformationen wie Namen oder Geburtsdatum. Erfasst werden auch Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen sowie Informationen zu Schulbildung oder Berufsqualifikation. Alle Behörden, die mit Flüchtlingen befasst sind, sollen Zugriff auf die gespeicherten Daten erhalten.

Die Stellungnahme steht zur Verfügung unter [www.baek.de/asylbewerber](http://www.baek.de/asylbewerber)

## nachrichten

## Bundesverfassungsgericht hebt Verbot von Sozietäten auf

Rechtsanwälte dürfen in Zukunft gemeinsam mit Ärzten und Apothekern in einer Sozietät arbeiten. Dies hat das Bundesverfassungsgericht entschieden. Es erklärte eine Regelung der Bundesrechtsanwaltsordnung (BRAO) für verfassungswidrig, die ausschließlich Zusammenschlüsse von Rechtsanwälten mit Patentanwälten, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern erlaubt.

Nach Ansicht der Verfassungsrichter birgt die Zusammenarbeit mit Ärzten oder Apothekern keine wesentlichen zusätzlichen Risiken für die Berufspflichten der Anwälte. So seien beide Berufsgruppen ebenso zur Verschwiegenheit verpflichtet. Daher greife das Verbot in § 59a Abs. 1 BRAO unverhältnismäßig in die Berufsfreiheit ein. Im Sinne einer bestmöglichen Beratung könne eine Partnerschaftsgesellschaft sogar wichtig sein. ■

## BÄK begrüßt Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

Die Bundesärztekammer begrüßt die im Rahmen des strukturierten Dialogs mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vereinbarten Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems. „Es hat sich gelohnt, die im April 2014 durchgesetzte Verlängerung der Optionsphase zur sachgerechten Neujustierung der Entgeltsystematik zu nutzen. Und es ist gut, dass eine Fülle der Anregungen der Bundesärztekammer sowie der Fachgesellschaften in den nun vorliegenden Eckpunkten aufgenommen wurden“, so der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Vorbehaltlich der konkreten gesetzlichen Ausformulierung dürfte der neu eingeschlagene Weg den Bedürfnissen einer modernen Versorgung von Patienten der Psychiatrie und Psychosomatik deutlich mehr entgegen kommen als die ursprünglichen Pläne.

Grundlage des neuen Finanzierungssystems soll ein Budgetsystem sein, das krankenhausindividuelle Besonderheiten sowie regionale Versorgungsspezifika besser berücksichtigt. Ebenso zeichnet sich ab, dass endlich auch die Personalausstattung in den Einrichtungen verbessert wird. „Es war sinnvoll, das Prinzip Qualität vor Schnelligkeit bei der Diskussion zur Weiterentwicklung des Systems zu berücksichtigen. Deshalb sollte der Gesetzgeber auch bei der weiteren Ausgestaltung, insbesondere bei der Erarbeitung der Personalvorgaben, der Qualitätssicherungsanforderungen sowie der notwendigen Entbürokratisierung sorgfältig vorgehen. Unverzichtbar bleibt eine auskömmliche Finanzierung des erforderlichen Personal- und Versorgungsbedarfs“, erklärte Montgomery. ■

## Gesetz zur Bekämpfung von Korruption beschlossen

Der Deutsche Bundestag hat am 15. April 2016 das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beschlossen. Es führt die „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ als neuen Tatbestand in das Strafgesetzbuch (§299a und b) ein. Angehörigen von Heilberufen drohen bei Bestechung oder Bestechlichkeit in Zukunft Geldstrafen oder Haftstrafen von bis zu fünf Jahren.



Strittig war bis kurz vor der Abstimmung ein Passus, in dem die Strafbarkeit der Verletzung von „berufsrechtlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit“ geregelt werden sollte. Er ist in dem Gesetz nun nicht enthalten, weil nach Ansicht von Justizexperten der Union die Berufspflichten in den einzelnen Bundesländern durch die Berufskammern sehr unterschiedlich geregelt und ausgelegt werden. In der Folge hätte nicht nur ein Legitimationsdefizit bestanden, sondern möglicherweise auch eine unterschiedliche Strafbarkeit. Auch die Bundesärztekammer hatte sich gegen diese Regelung gewandt. Die Streichung hatte unter einigen Gesundheitspolitikern der SPD zu Unmut geführt. Ihr Argument: Nun stünden nicht mehr die Folgen von Korruption für die Patienten im Mittelpunkt, sondern allein die Auswirkungen auf den Wettbewerb. Im Gegenzug konnte sich die SPD mit der Forderung durchsetzen, dass Korruption nicht nur nach Eingang eines Strafantrags verfolgt wird. Die Staatsanwaltschaft muss nun schon von Amts wegen ermitteln.

Die Bundesärztekammer hatte die Streichung des Berufsrecht-Passus' im Anti-Korruptionsgesetz begrüßt. "Dies ist ein großer Erfolg unserer politischen Arbeit, denn wir haben immer wieder darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen berufsrechtlichen Regelungen der verschiedenen Berufsgruppen zu abweichenden Maßstäben bei der Auslegung und damit möglicherweise zu einer Uneinheitlichkeit der Strafverfolgung führen würden", sagte Prof. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. ■

## GBA: Erste Antragsrunde für Fördermittel aus dem Innovationsfonds

Mit der Bekanntgabe der Themenfelder und Förderkriterien sowie Details zum Antragsverfahren hat der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die erste Runde für die Vergabe von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds eingeläutet.

Bereits Ende Februar hatte der Innovationsausschuss die thematischen Schwerpunkte bekanntgegeben. Dabei unterscheidet der G-BA zwischen den Bereichen „neue Versorgungsformen“ und „Versorgungsforschung“. Zu den Förderschwerpunkten bei den neuen Versorgungsformen zählen Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit und Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health sowie für spezielle Patientengruppen. Im Bereich Versorgungsforschung werden die Themen Qualitätssicherung und Patientensicherheit, Messung von Lebensqualität, arbeitsteilige Pflegekonzepte, Bedarfsplanung, administrative Hürden sowie Nutzung von Routinedaten aufgerufen. In beiden Bereichen ist zudem ein themenoffener Teil für Anträge vorgesehen, die keinem der Themenschwerpunkte zugeordnet werden können. Für die zweite Förderrunde soll auch das Thema Migration eines der vorgegebenen Felder sein. ■

## Vorschlag für Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ steht

Auf einen gemeinsamen Antrag für eine Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ konnten sich die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) und die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall und Akutmedizin (DGINA) einigen. Der Vorschlag kam unter Moderation der Bundesärztekammer zustande.

Die Zusatzweiterbildung soll die Patientensicherheit erhöhen und gleichzeitig die Attraktivität des Arbeitsplatzes Notaufnahme steigern. Grundlage bilden die Inhalte des Curriculums für Notfallmedizin der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EuSEM). Der Vorschlag folgt diesem mit der Kombination von Kernausbildungszeit in der Notaufnahme und zu erfüllenden klinischen Voraussetzungen wie Intensiv- und präklinische Notfallmedizin.

Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzweiterbildung ist eine Facharztweiterbildung in einem der großen Fächer mit hohem Anteil an Notfallpatienten. Erwerben können sie Anästhesisten, Allgemeinmediziner, Chirurgen, Internisten, Neurologen, Neurochirurgen und Pädiater. DIVI und DGINA hoffen nach der Einigung auf eine rasche Implementierung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung. ■

## Heidelberger Erklärung zur Förderung kommunikativer Kompetenzen verabschiedet

Die Förderung der kommunikativen Kompetenzen in der ärztlichen Weiterbildung – dieses Ziel steht im Mittelpunkt der „Heidelberger Erklärung“, die am 29. Februar 2016 im Rahmen eines Symposiums vorgestellt wurde. Zu den Unterzeichnern gehören neben der Bundesärztekammer auch die Landesärztekammern Baden-Württemberg, Hessen, Berlin, Hamburg, Nordrhein, Saarland, Westfalen-Lippe und Sachsen. Sie bekunden damit ihren Willen, „sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und ihrer jeweiligen Zuständigkeiten für eine Verbesserung der Ausbildung kommunikativer Kompetenzen bei angehenden Ärztinnen und Ärzten einzusetzen“, heißt es in der Erklärung. Unter anderem sollen spezielle Schulungen entwickelt werden, um eine qualitativ hochwertige Lehre kommunikativer Kompetenzen zu gewährleisten. Außerdem fordert die Heidelberger Erklärung die Entwicklung und Einführung von „einheitlichen Empfehlungen zur Prüfung kommunikativer Kompetenzen für die fakultären Prüfungen und Staatsexamina“.



Quelle: picture alliance/Bildagentur-online

Darüber hinaus sprechen sich die Unterzeichner für die Implementierung longitudinaler themenspezifischer Mustercurricula aus. Ein Beispiel dafür ist das Mustercurriculum für die Arzt-Patienten-Kommunikation, das Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) auf dem Symposium in Heidelberg vorgestellt hat. Der Lehrplan soll angehende Ärzte in Zukunft umfassend auf eine gute Kommunikation mit ihren Patienten vorbereiten.

Schon der 118. Deutsche Ärztetag hatte sich dafür ausgesprochen, die Kommunikation mit Patienten stärker in die Aus- und Weiterbildung von Ärzten zu integrieren. Unter anderem forderte das Ärzteparlament die Medizinischen Fakultäten dazu auf, die in Approbationsordnung festgelegte Kompetenzentwicklung in der ärztlichen Gesprächsführung konsequent auszubauen.

Die Heidelberger Erklärung finden Sie unter <http://bit.ly/1M2Bsle>. ■

## BÄK: Unabhängigkeit von Ethik-Kommissionen wahren Nachbesserungsbedarf bei Neuregelung von klinischen Prüfungen

Medizinischer Fortschritt wäre ohne klinische Prüfungen kaum denkbar, denn mit ihrer Hilfe werden beispielsweise neue Wirkstoffe am Menschen getestet. Den Probanden eröffnet das die Chance auf besonders innovative Therapien. Um gleichzeitig die Sicherheit der Studienteilnehmer zu gewährleisten, gibt es strenge Regularien. In Deutschland muss jede klinische Prüfung vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) genehmigt werden. Unabhängige und interdisziplinär zusammengesetzte Ethik-Kommissionen wachen unter anderem darüber, ob der Nutzen für den Patienten ein mögliches Risiko überwiegt. Eine zustimmende Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission ist zwingende Voraussetzung für die Genehmigung eines Antrags auf Durchführung einer klinischen Prüfung.



Quelle: picture alliance/Science Photo Library

Nun werden die gesetzlichen Vorgaben in den Mitgliedstaaten der europäischen Union weiter vereinheitlicht. Im April 2014 ist die Verordnung (EU) Nr. 536/2016 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln in Kraft getreten, die voraussichtlich Ende 2018 Geltung erlangen wird. Das Bundeskabinett hat im März den Entwurf eines „Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ vorgelegt. Mit dem Gesetz sollen im Wesentlichen Regelungen der neuen EU-Verordnung auf die nationale Ebene überführt werden. Unter anderem sieht es eine Registrierungspflicht der Ethik-Kommissionen beim BfArM vor.

Die Bundesärztekammer (BÄK) warnt in ihrer Stellungnahme davor, die nach Landesrecht eingerichteten Ethik-Kommissionen in ihrer Unabhängigkeit zu schwächen und das föderale Organisationsprinzip zu gefährden. Aus Sicht der BÄK bestehe ein erheblicher Interessenkonflikt, wenn die zuständige Bundesoberbehörde gleichzeitig für die Genehmigung eines Antrags zur Durchführung einer klinischen Prüfung sowie für die Registrierung der Ethik-Kommissionen verantwortlich sein soll. Besonders kritisch sieht die BÄK, dass das Vorliegen einer zustimmenden Stellungnahme der zuständigen Ethik-Kommission zu einem Antrag zur Durchführung einer

klinischen Prüfung keine zwingende Voraussetzung für deren Genehmigung mehr sein sollte. Sie verweist diesbezüglich auf die Deklaration von Helsinki: Diese sehe vor, dass ein Studienvorhaben der zuständigen Ethik-Kommission zur Erwägung, Stellungnahme, Beratung und Zustimmung vorgelegt werden müsse. Die BÄK fordert daher, dass eine klinische Studie nur dann durchgeführt werden dürfe, wenn die zuständige Ethik-Kommission auch künftig zu zentralen Aspekten wie der Nutzen-Risiko-Bewertung für den einzelnen Patienten sowie der erwarteten Bedeutung für die Heilkunde eine positive Stellungnahme erteilt habe.

Das „Zwei-Säulen-Prinzip“ der unabhängigen Bewertung eines Antrages zur Durchführung einer klinischen Prüfung durch Bundesoberbehörden einerseits und nach Landesrecht gebildeten Ethik-Kommissionen andererseits sei im vorgelegten Kabinettsentwurf nicht gewährleistet. Vor diesem Hintergrund sieht die BÄK auch die Option zur Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission mittels Verordnungsermächtigung kritisch. Dafür bestehe kein Bedarf. Zum Vollzug von Bundesrecht seien die Länder verfassungsmäßig berufen und mit ihren nach Landesrecht eingerichteten Ethik-Kommissionen auch in der Lage, argumentiert die BÄK weiter. Eine unmittelbar bei den Genehmigungs- und Zulassungsbehörden des Bundes angesiedelte Ethik-Kommission würde nicht die notwendige Unabhängigkeit gewährleisten. Dieser kritischen Bewertung haben sich mittlerweile auch die Bundesrats-Ausschüsse für Gesundheit und Kulturfragen in ihren Empfehlungen vom 8. April 2016 weitgehend angeschlossen.

Ein weiteres Thema der Stellungnahme ist der Umgang mit Lieferengpässen von Arzneimitteln. Gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) fordert die BÄK, im Arzneimittelgesetz die Möglichkeit zu schaffen, bei unüberbrückbaren Lieferausfällen rasch Schritte zur Sicherung der Versorgung einzuleiten. Konkret müsse die zuständige Behörde anordnen können, dass Pharmaunternehmen und Arzneimittelgroßhandlungen Vorkehrungen zur Gewährleistung der Verfügbarkeit des betreffenden Arzneimittels ergreifen. Zudem sollte verankert werden, dass die zuständige Behörde Regelungen zum Vertrieb und zur Belieferung von vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen und Apotheken treffen kann. Ferner sei zu prüfen, inwiefern bereits diskutierte Verfahren zur Einrichtung eines Registers über Lieferengpässe bei bestimmten Arzneimitteln eine Anpassung bestehender oder eine Einführung neuer gesetzlicher Regelungen erforderlich machen.

Die Stellungnahme finden Sie unter <http://www.baek.de/arzneimittelrecht>



## BÄK will Bedingungen für Krisen-Helfer verbessern

Montgomery: Administrative Hindernisse beseitigen

**E**bola hat Deutschland und der Weltgemeinschaft vor Augen geführt, dass wir bei der nächsten Pandemie besser vorbereitet sein müssen. Wir müssen jetzt die Strukturen schaffen, damit wir im Ernstfall schnell und unbürokratisch helfen können.“ Das sagte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), bei einem Treffen der BÄK mit Hilfsorganisationen und ärztlichen Verbänden in Berlin. Die Beratungen waren der Auftakt für eine engere Zusammenarbeit der Organisationen bei der Entwicklung von Strategien für eine effizientere Krisenintervention.



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der BÄK (l.) und Tobias Nowoczyn, BÄK-Hauptgeschäftsführer

Montgomery begrüßte ausdrücklich die Einrichtung eines medizinischen Notfall-Korps der Europäischen Union gegen weltweite Epidemien. Ein staatlich organisiertes medizinisches Hilfswerk sei eine notwendige Ergänzung, um die gesundheitliche Versorgung in Krisengebieten gemeinsam mit Nichtregierungsorganisationen schnell und unbürokratisch zu unterstützen. Deutschland wird sich an dem Projekt mit der Bereitstellung eines mobilen Isolationskrankenhauses des Deutschen Roten Kreuzes, mit einem mobilen Labor sowie mit logistischer Unterstützung beteiligen. „Dies allein wird aber nicht reichen. Wir müssen dringend administrative Hindernisse für Helfer beseitigen“, forderte der BÄK-Präsident. Es müsse sichergestellt sein, dass Helfer im Schadensfall sicher in ihre Heimat zurückgebracht werden. Zudem seien sozialversicherungsrechtliche Probleme zu lösen, damit keine Lücken etwa bei der Altersvorsorge der Freiwilligen entstehen. Nötig seien auch arbeitsrechtliche, beziehungsweise tarifvertragliche Regelungen, die eine begrenzte Freistellung von Arbeitnehmern ermöglichen.

Rudolf Henke, 1. Vorsitzender der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, konstatierte, dass es im deutschen Recht bislang keine Freistellungsregelung gebe. Bestehende Gesetze, wie das Arbeitsplatzschutzgesetz oder die tarifvertraglichen Regelungen für Sonderurlaub müssten nachjustiert werden.

Dr. Volker Westerbarkey, Vorstandsvorsitzender von Ärzte ohne Grenzen in Deutschland, sieht ebenfalls dringenden Handlungsbedarf. Seine Organisation war bei der Ebola-Epidemie in Westafrika im Einsatz, lange bevor die Weltgesundheitsorganisation den Pandemiefall ausrief. Westerbarkey forderte für Ärzte in Einsatzgebieten eine Statusanerkennung als humanitärer Helfer, was ihnen eine soziale Absicherung wie zum Beispiel durch Berufsgenossenschaften deutlich erleichtern würde. An die Ärztekammern richtete sich seine Forderung, Einsätze in Krisengebieten als Weiterbildungszeit anzuerkennen. Die Bundesärztekammer sicherte zu, hierfür alle Möglichkeiten im Rahmen der Novelle der (Muster)-Weiterbildungsordnung zu prüfen.

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) zeigte die hohen, aber unbedingt notwendigen Qualifikationsanforderungen für Helfer bei Auslandseinsätzen auf. „Wichtig ist es, dass die Helfer langfristig an die Organisationen gebunden werden, um im Ernstfall schnell reagieren zu können. Von den mehr als 4.000 Menschen, die sich nach einem Aufruf des Deutschen Roten Kreuzes, des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesärztekammer während der Ebola-Krise als Helfer zur Verfügung stellen wollten, konnten letztlich aufgrund unzureichender Eignung, falscher Vorstellungen und Motivationen sowie mangelnder zeitlicher Flexibilität nur rund 100 in die Krisengebiete geschickt werden“, sagte Thomas Schade vom DRK. Hilfsorganisationen müssten daher kontinuierlich potentielle Helfer rekrutieren. Deshalb müsse auch in Nicht-Krisenzeiten für das Thema sensibilisiert werden.

Dass weiterhin Handlungsbedarf besteht, selbst wenn eine Pandemie abgeklungen ist oder die akuten Folgen einer humanitären Katastrophe überwunden sind, betonte auch Bettina Rademacher von Ärzte der Welt. „Funktionierende Gesundheitssysteme sind die beste Pandemieprävention“, sagte sie. In Liberia beispielsweise müssten Ambulanzen, Labordienste und Isolationsräume aufgebaut werden. Nötig sei zudem eine funktionierende Logistik für die Lieferung medizinischer Hilfsmittel. Rademacher kritisierte, dass für den Wiederaufbau der von Ebola betroffenen Gesundheitssysteme nur unzureichend Geld für Nichtregierungsorganisationen zur Verfügung gestellt werde.

Die BÄK kündigte an, sich auf Bundesebene sowie auf internationaler Ebene für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für Helfer und Hilfsorganisationen einsetzen zu wollen. Zudem wird eine eigens eingerichtete Expertengruppe Maßnahmen identifizieren und konkrete Handlungsvorschläge entwickeln. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die weiteren Beratungen. ■

## Transplantationsbericht zieht positive Bilanz

Bundesregierung lobt effektive und professionelle Arbeit der Selbstverwaltung

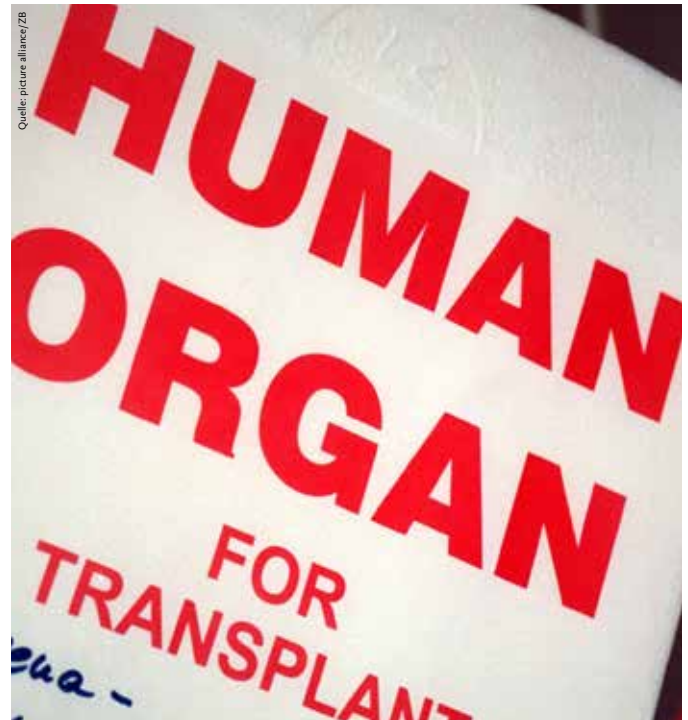
Die nach dem Transplantationsskandal im Sommer 2012 ergriffenen Maßnahmen von Politik und Selbstverwaltung für mehr Sicherheit und Transparenz in der Transplantationsmedizin zeigen Wirkung. Zu diesem Ergebnis kommt die Bundesregierung in ihrem zweiten Bericht „über den Fortgang der eingeleiteten Reformprozesse, mögliche Missstände und sonstige aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin“. Gesetze und Richtlinien mit eindeutigen Regelungen und einer klaren Zuordnung von Verantwortlichkeiten würden wichtige Rahmenbedingungen für Sicherheit und Vertrauen in die Transplantationsmedizin schaffen, heißt es darin.

Die Regierung weist darauf hin, dass im Berichtszeitraum Unregelmäßigkeiten an einigen deutschen Transplantationszentren durch Prüfungs- und Überwachungskommission aufgedeckt und öffentlich gemacht wurden. Diese Unregelmäßigkeiten erfolgten jedoch alle in den Jahren 2010 bis 2012 und damit zeitlich vor den eingeleiteten gesetzlichen Neuregelungen. „Dass diese Unregelmäßigkeiten aufgedeckt werden und an die Öffentlichkeit kommen, ist aus Sicht der Bundesregierung vor allem auch ein Beleg für die effektive und professionelle Arbeitsweise der Prüfungs- und der Überwachungskommission in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband.“

„Wer gegen die Richtlinien bei der Organvergabe verstößt, muss damit rechnen, dass diese Fälle öffentlich werden und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen nach sich ziehen können“, stellte die Vorsitzende der Prüfungskommission, Anne-Gret Rinder, Vorsitzende Richterin am Kammergericht i.R. klar. Prof. Dr. Hans Lippert, Vorsitzender der Überwachungskommission, ergänzte: „Die nach 2012 eingeleiteten Maßnahmen für mehr Kontrolle und Transparenz in der Transplantationsmedizin greifen und tragen mit dazu bei, verloren gegangenes Vertrauen in der Bevölkerung zurückzugewinnen.“

Die Selbstverwaltung nimmt die ihr übertragene Aufgabe der Richtlinienarbeit bzw. Richtlinienfortschreibung auch im aktuellen Berichtszeitraum nach wie vor verantwortungsbewusst wahr, sagt die Bundesregierung. Außerdem trage die Verfahrensordnung der Ständigen Kommission Organtransplantation zu einer noch transparenteren und nachvollziehbaren Tätigkeit bei.

Prof. Dr. Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, wies darauf hin, dass die verschärften Prüfungen der Kommissionen



nicht nur einen Kulturwandel in den Krankenhäusern angestoßen hätten, sondern deren Ergebnisse auch in die Richtlinienarbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation einfließen. Er ergänzte, dass seit dem Herbst 2013 für die Richtlinien ein Genehmigungsvorbehalt durch das Bundesministerium für Gesundheit besteht. „Die Zusammenarbeit mit dem BMG ist konstruktiv und vertrauensvoll und hat sich in der Praxis bewährt.“ so Lilie.

### BÄK begrüßt bundesweites Transplantationsregister

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, begrüßte, dass die Arbeit der Selbstverwaltung durch ein bundesweites Transplantationsregister unterstützt werden soll. Einen entsprechenden Gesetzentwurf hat das Bundeskabinett zwischenzeitlich beschlossen. Dieses Register, so Montgomery, könne eine Verbesserung des Dokumentations- und Datenflusssystems für alle Bereiche des Transplantationswesens bewirken und dabei an die mit dem Transplantationsgesetz geschaffene Selbstverwaltungslösung anknüpfen. Der Dokumentationsaufwand für die im Transplantationswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte müsse aus Kammersicht jedoch in einem vertretbaren Rahmen bleiben.

Den zweiten Transplantationsbericht der Bundesregierung finden Sie unter <http://bit.ly/1N6qk1V>

## Think Tank für eine digitalisierte Medizin-Welt

Ärztedelegation aus Baden-Württemberg diskutiert mit EU-Kommissar Oettinger

Dicht gedrängt war der Terminkalender des Vorstands der Bezirksärztekammer Südwürttemberg, als er im Februar eine zweitägige gesundheitspolitische Exkursion nach Brüssel unternahm. Bei der Einführungsveranstaltung im Brüsseler Büro der Bundesärztekammer ging es um die Frage, welchen Einfluss die Europäische Union auf das Gesundheitswesen in Deutschland ausübt. Beleuchtet wurden neben europarechtlichen Prinzipien, Verträgen und Akteuren das Gesetzgebungsverfahren sowie das begrenzte gesundheitspolitische Mandat der Europäischen Union.

Der Ravensburger Europaabgeordnete Norbert Lins (MdEP, EVP) informierte über die Schwierigkeiten, die Antibiotikaresistenzen mit Hilfe europäischer Gesetzgebung in den Griff zu bekommen und gab einen Ausblick auf die laufenden TTIP-Verhandlungen. Mit großer Unterstützung der Mitgliedstaaten hat die EU im November 2015 vorgeschlagen, einen Artikel über Antibiotikaresistenz in TTIP aufzunehmen. Ziel sei eine intensive Zusammenarbeit zur Verringerung des Einsatzes von Antibiotika in der Tierproduktion und zur Bekämpfung der Entwicklung von Antibiotikaresistenzen. Der Stand der Verhandlungen sei diesbezüglich jedoch unklar.

Es folgte ein Termin mit Dr. Andreas Schwab (MdEP, EVP). Der Europaabgeordnete aus Rottweil erläuterte seine Sichtweise zu den jüngsten Deregulierungsbestrebungen der EU Kommission. Die Bedenken der Ärzte und anderer Vertreter Freier Berufe könne er gut nachvollziehen. Das von der Kommission vorgetragene Ziel von Liberalisierung, Wirtschaftswachstum und Wettbewerbsangleichung verdecke nach Auffassung aller Anwesenden die Gefahr, dass damit die Qualität ärztlicher Dienstleistungen gesenkt werden kann – zum Nachteil der Patienten. Das aber widerspreche zutiefst dem Selbstverständnis und dem Auftrag der ärztlichen Selbstverwaltung. Nach Einschätzung von Schwab sollten die Heilberufe jedoch nicht im Fokus etwaiger Deregulierungsbemühungen stehen. In jedem Fall könne mit seiner Unterstützung gerechnet werden.

Ein weiterer Punkt der Exkursion war ein Treffen mit Günther Oettinger, (CDU), dem EU-Kommissar für Digitale Wirtschaft und Gesellschaft. Er referierte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in einer digitalisierten Welt. Dabei warb Oettinger dafür, dass sich Ärzte mit anderen Heilberufen in einem europäischen „Think Tank“ zusammentun sollten, um ihre Expertise gemeinsam in die Prozesse einer zu vernetzten Infrastruktur auch unter Berücksichtigung neuer Anwendungen einzubringen. Gerade das Potential von mobilen Gesundheitsdiensten brauche diese Expertise. Aufhalten lasse sich die Digitalisierung nicht.



Diskussionsstoff lieferte ein Vortrag des für Gesundheit zuständigen Referatsleiters in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik bei der EU (StÄV) über die Rolle und Arbeitsweise des Rates im europäischen Gesetzgebungsprozess. In der Debatte kritisierten Vertreter der Ärzteschaft, dass gerade beim Thema Arzneimittelpreisbildung eine europäisch abgestimmte Herangehensweise sinnvoll sein könnte. Die exorbitanten Preise, die Pharmahersteller für manche Produkte verlangten, seien unethisch. Der Vertreter der StÄV verwies darauf, dass im Zuge der Harmonisierung Gestaltungshoheit aufgegeben werde – zumal bereits an der gegenseitigen Anerkennung von HTA-Entscheidungen gearbeitet werde. Preisgestaltung sei nicht zuletzt aus Subsidiaritätsgesichtspunkten eine Angelegenheit der Mitgliedsstaaten. Insofern verwehre sich Deutschland auch gegen gemeinsame HTA-Entscheidungen.

Die letzte Station bildete der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA). In seinem Engagement für das Projekt Europa trägt der EWSA zur Stärkung der demokratischen Legitimität und der Wirkungskraft der Europäischen Union bei. Er ermöglicht es den Organisationen der Zivilgesellschaft der Mitgliedstaaten, ihre Standpunkte auf europäischer Ebene zum Ausdruck zu bringen. Hier gaben zwei der insgesamt 24 Mitglieder aus Deutschland, Dr. Renate Heinisch und Arno Metzler, Einblicke in ihre Themengebiete und Einwirkungsmöglichkeiten. Der EWSA wurde 1957 eingerichtet und ist ein beratendes Organ der Europäischen Union, das der Europäischen Kommission, dem Rat und dem Europäischen Parlament mit seinem Sachverstand zur Seite steht. Zu diesem Zweck erarbeitet der Ausschuss Stellungnahmen zu EU-Legislativvorschlägen und behandelt in Initiativstellungnahmen weitere Themen, die seiner Meinung nach aufgegriffen werden sollten. Auf diese Weise konnte etwa eine Initiativstellungnahme zur Rolle und Zukunft der Freien Berufe in der europäischen Zivilgesellschaft 2020 eingebracht werden. ■



## personalia

### Dr. Martina Wenker als Präsidentin der ÄK Niedersachsen wiedergewählt



Dr. Martina Wenker

Mit großer Mehrheit bestätigten die Delegierten der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) am 20. Januar 2016 die Präsidentin Dr. Martina Wenker in ihrem Amt. Die 57-jährige Lungenfachärztin, die zugleich Vizepräsidentin der Bundesärztekammer ist, erhielt 44 von 55 abgegebenen Stimmen.

Zum erneuten Wahlerfolg erklärte Wenker: "Dieses Wahlergebnis freut mich sehr, denn es bestätigt meine berufspolitische Arbeit der vergangenen beiden Legislaturperioden." Wenker setzte bundesweit berufspolitische Akzente - wie zum Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit, zur Verbesserung der Patientensicherheit, für den Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht sowie für eine Optimierung der Versorgung von Schmerzpatienten. Ein ganz besonderes Anliegen ist ihr die Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung. ■

### Ärztekammer Bremen bestätigt Dr. Heidrun Gitter mit großer Mehrheit im Amt

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen hat am 25. Januar 2016 auf ihrer konstituierenden Sitzung Dr. Heidrun Gitter erneut an die Spitze der Ärztekammer gewählt. Die Präsidentin bekam direkt im ersten Wahlgang eine deutliche Mehrheit: Von den anwesenden 28 Delegierten stimmten 24 für sie.

Seit 1996 ist Gitter Mitglied der Delegiertenversammlung und seit 2000 im Vorstand der Ärztekammer, dort seit 2008 als Vizepräsidentin. 2012 wurde sie erstmals in das Amt der Präsidentin gewählt und nun für weitere vier Jahre bestätigt. Gitter vertritt die Ärztekammer Bremen im Bundesvorstand und in zahlreichen weiteren Gremien der Bundesärztekammer. Hauptberuflich arbeitet die Fachärztin für Kinderchirurgie als leitende Oberärztin in der Klinik für Kinderchirurgie im Klinikum Bremen-Mitte. ■



Dr. Heidrun Gitter

### Tobias Nowoczyn neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Tobias Nowoczyn ist seit Januar neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer (BÄK). Der Politikwissenschaftler wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer auf diese Position berufen.

Nowoczyn hat in seine neue Tätigkeit langjährige Managementenerfahrung in verschiedenen Feldern der Sozial- und Wohlfahrtsarbeit sowie der Ge-



Tobias Nowoczyn

sundheitswirtschaft mit eingebracht. Zuletzt leitete er den Bereich Wohlfahrtspflege im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes und war damit verantwortlich für den Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Nowoczyn verfügt über umfangreiche Kenntnisse in der Gestaltung föderaler Organisationen und in der Arbeit mit Ehrenamtlichen. Durch seine Tätigkeit im Vorstand der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege sind ihm auch die Strukturen von Organisationen der Selbstverwaltung bestens vertraut.

Als eines der vordringlichsten Ziele seiner Arbeit nannte Nowoczyn die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit und der ärztlichen Selbstverwaltung. ■

## Impressum

**BÄKground**  
Informationsdienst der Bundesärztekammer

**Redaktion**  
Alexander Dückers (V.i.S.d.P.)  
Samir Rabbata

**Druck**  
Pinguin Druck GmbH, Berlin

**Redaktionsanschrift**  
Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Tel: 030 - 40 04 56 700  
Fax: 030 - 40 04 56 707  
presse@baek.de  
www.baek.de

**Redaktionsschluss:** 13.04.2016