



# BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer    Dezember 2016

## GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz Über das Ziel hinausgeschossen

**AMVSG: BÄK und AkdÄ fordern Nachbesserungen**  
**Crystal Meth: Menschen aus der Abhängigkeit holen**  
**Organtransplantationen: Die Prüfungen wirken**

## Auftakt

Die Große Koalition biegt auf die Zielgerade ein. Doch während Berlin in den Wahlkampfmodus schaltet, treibt das Bundesgesundheitsministerium unermüdlich seine Gesetzesinitiativen voran. Eine davon, das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, hat das Potenzial, das Grundgefüge der Selbstverwaltung nachhaltig zu verändern. In seltener Einigkeit warnen die Akteure der Selbstverwaltung von der Ärzteschaft bis zu den Krankenkassen davor, dass das Bundesgesundheitsministerium sich zu einer Fachaufsicht entwickeln könnte, die selbst kleinste Details regelt. Wie der BÄKground in seiner aktuellen Ausgabe darlegt, drohen darüber die besonderen Stärken der Selbstverwaltungslösung wie Sachkenntnis und Praxisnähe verloren zu gehen (S. 3).

Nachbesserungsbedarf meldet die Ärzteschaft auch beim GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz an. So könnte der darin vorgesehene erweiterte Verhandlungsspielraum

bei Preisverhandlungen in manchen Fällen die Therapiekosten in die Höhe treiben. Ein weiterer Kritikpunkt ist die zu eng gefasste Nutzenbewertung für den Bestandsmarkt. Die Bundesärztekammer und die Akademie der deutschen Ärzteschaft fordern in ihrer gemeinsamen Stellungnahme eine obligatorische Bewertung, wenn Medikamente für neue Anwendungsgebiete zu gelassen werden (S. 5).

Neuland betritt die Bundesärztekammer mit ihrer S3-Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen. Sie ist weltweit die erste Leitlinie zur Behandlung Methamphetamin-Abhängiger (S. 7). Positiv fällt die Zwischenbilanz der Prüf- und der Überwachungskommission in Bezug auf die Prüfung der Transplantationszentren aus. Doch damit nicht genug: Bis Ende 2017 sollen die überarbeiteten Richtlinien zur Organtransplantation vorliegen (S. 12). ■

## inhalt

## dezember 2016

### Politik & Beruf

<b>Über das Ziel hinausgeschossen</b> GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz	3
<b>AMVSG: BÄK und AkdÄ fordern Nachbesserungen</b> Mehrkosten durch flexiblen Erstattungsbeitrag?	5
<b>Crystal Meth: Menschen aus der Abhängigkeit holen</b> Weltweit erste S3-Leitlinie vorgelegt	6
<b>Verlässliche Informationen für Ärzte</b> BÄK-Tagung diskutiert Anti-Korruptionsgesetz	8
<b>PsychVVG: Richtung stimmt, aber noch offene Fragen</b> BÄK für verbindliche Ausfinanzierung des Personals	9
<b>Gleiche Vergütung für gleiche Leistung</b> Papier des CDU-Bundesfachausschusses Gesundheit	12

### Nachrichten

10

### Medizin & Ethik

<b>Organtransplantationen: Die Prüfungen wirken</b> Kommissionen informieren über Zwischenstand	13
<b>Herbert-Lewin-Preis 2017 ausgeschrieben</b> Erforschung der Rolle von Ärzten im Dritten Reich	14
<b>Anrecht auf ein Sterben in Würde</b> Handlungsempfehlungen vorgestellt	15
<b>ZEKO legt zwei Stellungnahmen vor</b> Altersfeststellung und medizinische Leistungen	15

### Personalia

16

### Impressum

16



## GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

# Über das Ziel hinausgeschossen

Es kommt selten vor, dass sich die Selbstverwaltungskörperschaften von Vertragsärzteschaft und gesetzlicher Krankenversicherung in der Ablehnung eines Gesetzes einig sind. Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist so ein Fall. Unisono kritisieren sie den Entwurf der Bundesregierung als einen überzogenen und massiven Eingriff in die Kompetenzen der Organisationen. Und tatsächlich: Anders als der Name des Gesetzes vermuten lässt, sucht man darin vergebens nach stärkenden Elementen für den Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen. Vielmehr engt das Gesetz den Handlungsspielraum der Körperschaften durch vielfältige Durchgriffsrechte und Genehmigungsvorbehalte des Staates ein. Nicht wenige befürchten, dass mit ihm ein sukzessiver Wandel vollzogen wird – von der bisherigen Rechtsaufsicht des Bundesgesundheitsministeriums über die Körperschaften hin zu einer de facto Fachaufsicht (siehe Textkasten). Beispiele hierfür sind die im Entwurf aufgeführten Mitgestaltungsmöglichkeiten durch die Aufsicht, kleinteilige Verfahrensvorschriften, bürokratieintensive Berichts-

pflichten sowie weitreichende Genehmigungsvorbehalte und Durchgriffsrechte selbst für Detailfragen.

Das Gesetz zielt primär auf die Spitzenkörperschaften in Berlin, also die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und den Gemeinsamen Bundesausschuss. Zwar macht Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) Gründe geltend, warum er tätig wird, gemeint sind Fehlentwicklungen in der vertragsärztlichen Interessenvertretung auf Bundesebene, von denen in den letzten Monaten viel die Rede war. Doch schießt er mit seinen Neuregelungen weit über das Ziel hinaus. Schlimmer noch: Ungewollt spielt er mit dem Gesetz denjenigen in die Hände, denen eine bürgernahe Selbstverwaltung aus rein ideologischen Gründen ein Dorn im Auge ist und die lieber heute als morgen auf Staatsmedizin und Einheitskasse umschalten wollen. Das sorgt für Unverständnis und Frust bei den vielen Tausend Menschen in Deutschland, die sich tagtäglich ehrenamtlich in ihren Selbstverwaltungs-

## politik &amp; beruf

gremien engagieren und dafür viel Kraft und Herzblut investieren. Für sie ist es nicht immer einfach, sich nach einem zwölf Stunden Tag in der Praxis oder in der Klinik aufzuraffen, um sich in Versammlungen oder Arbeitskreisen berufspolitisch zu engagieren. Viele Ärztinnen und Ärzte machen das, weil sie etwas bewegen wollen. Die Bundesärztekammer, die von dem Gesetz formal nicht betroffen ist, hat auch diese Menschen im Blick, wenn sie sich vehement gegen die Initiative ausspricht und sie als „vorläufigen Höhepunkt staatlicher Einflussnahme“ auf die Selbstverwaltung bezeichnet.

**G-BA: Selbstverwaltung oder untergesetzlicher Normgeber?**

Tatsächlich wird die Selbstverwaltung nicht erst mit der jüngsten Gesetzesinitiative in Frage gestellt. Vielmehr nehmen Kontrollbürokratie und staatliche Interventionen seit Jahren zu. Dabei geht es nicht nur um die unmittelbare staatliche Einflussnahme, sondern auch um mittelbare Interventionen über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Immer häufiger beauftragt der Staat den G-BA, die Versorgung bis in die Patienten-Arzt-Beziehung hinein zu steuern und Versorgungsstrukturen zu schaffen, die mehr und mehr an ökonomischen Vorgaben ausgerichtet sind. Beispiele sind Beschlüsse über Sicherstellungszuschläge für Kliniken in unterversorgten Regionen, über Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, über stationäre Notfallstrukturen oder über Mindestmengen. Das hat oft nicht mehr viel mit Selbstverwaltung im eigentlichen Sinne zu tun. Vielmehr stellt sich die Frage, ob es sich bei dem zentralen Steuerungsorgan des deutschen Gesundheitswesens inzwischen eher um eine untergesetzliche normgebende Behörde als um ein Gremium der Selbstverwaltung handelt. Damit einher geht die Sorge, dass sich der G-BA vom Versorgungsgeschehen vor Ort entfernt.

Offenkundig übersieht die Politik, dass der Gesetzgeber seinerzeit aus gutem Grund auf Korporatismus gesetzt und einen großen Teil seiner Regelungskompetenz im Gesundheitswesen auf die Selbstverwaltungsorganisationen übertragen hat. Aufgrund ihrer Sachkenntnis, ihrer Nähe zur Praxis und ihrer Bindung zu ihren Mitgliedern lösen die Selbstverwaltungsorganisationen viele Detailregelungen besser und effizienter als es der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene könnte. Damit ist eine starke Selbstverwaltung keine Konkurrenz zum Staat. Vielmehr entlastet und ergänzt sie ihn.

**Hochkomplexe Fachthemen**

Gäbe es die ärztliche Selbstverwaltung nicht, wäre zudem die Gefahr von regional stark unterschiedlichen Regelungen in Gesundheitsfragen nicht von der Hand zu weisen. Die Vorranggesetzgebung des Bundes im Gesundheitswesen ist im deutschen Grundgesetz deutlich einschränkt. Den Ärztekam-

mern und der Bundesärztekammer als deren Arbeitsgemeinschaft ist es zu verdanken, dass über Ländergrenzen hinweg dennoch weitgehend übereinstimmende Rechtsgrundlagen für die ärztliche Berufsausübung gelten – etwa in Fragen der Qualität ärztlichen Handelns oder aber auch bei der Aufsicht über die Einhaltung beruflicher und ethischer Normen. Man stelle sich den bundesweiten Flickenteppich vor, gäbe es diese einheitlichen Rechtsgrundlagen nicht.

Diese Grundlagen müssen ständig auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Ein konkretes Beispiel ist die derzeit laufende Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Die Überarbeitung geschieht in enger Abstimmung mit den Ärztekammern und in ständiger Rückkopplung mit den ärztlichen Verbänden und den Fachgesellschaften. So soll erreicht werden, dass die neuen Regelungen in die verbindlichen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern übernommen und die Fachärzte in ganz Deutschland auf dem gleichen hohen Niveau qualifiziert werden. Das alles ist fachlich hochkomplex. Das kann keine Behörde leisten. Für solche und viele weitere Aufgaben braucht es eine gut funktionierende ärztliche Selbstverwaltung.

Die Politik ist gut beraten, der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Gestaltungsspielräume zu geben, die sie für die Sicherung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt. ■

### Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sieht unter anderem folgende Maßnahmen vor:

- Stärkung der Einsichts- und Prüfrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane
- Vorgabe zu Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten über die Beratungen in Ausschüssen der Selbstverwaltungsorgane
- Präzisierung der Berichtspflichten des Vorstands
- Verbesserung der Kontrolle der Beratertätigkeiten der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane
- Regelungen zu Abwahlmöglichkeiten des Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane
- Vorgabe einer Zwei-Drittel-Mehrheit für die Wahl des KBV-Vorstandsvorsitzenden
- Erweiterung des KBV-Vorstands um ein drittes, versorgungsbereichsunabhängiges Mitglied
- Aufsichtsrechtliche Durchsetzung von Satzungsänderungen oder die Aufhebung von rechtswidrigen Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane
- Schaffung eines zusätzlichen aufsichtsrechtlichen Instrumentariums zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands

## AMVSG: BÄK und AkdÄ fordern Nachbesserungen

### Ärzeschaft befürchtet Mehrkosten durch flexibleren Erstattungsbeitrag

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sehen teilweise erheblichen Nachbesserungsbedarf bei dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung“ (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz). In ihrer Stellungnahme zur Expertenanhörung des Gesetzes im Bundestags-Gesundheitsausschuss kritisieren sie unter anderem die angestrebte Flexibilisierung des Erstattungsbetrags für neue Arzneimittel, die keinen patientenrelevanten Zusatznutzen aufweisen. So soll es nach dem Gesetzentwurf künftig mehr Spielraum bei den Preisverhandlungen zwischen Kostenträgern und pharmazeutischen Unternehmen geben, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Verordnung eines Arzneimittels auf eine einzelne Patientengruppe eingeschränkt hat. Dadurch allerdings würde es in Ausnahmefällen möglich, dass diese Arzneimittel höhere Kosten verursachen, als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Dies ist bislang ausgeschlossen. BÄK und AkdÄ bewerten diese Regelung kritisch, zumal auch pharmazeutische Unternehmer einen Antrag auf eine Verordnungseinschränkung beim G-BA stellen können. Die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen sollten deshalb beibehalten werden.

Unzureichend ist nach Einschätzung der Ärzteschaft auch, dass die in dem Entwurf vorgesehene Nutzenbewertung im Bestandsmarkt nur für wenige eng umrissene Ausnahmen gilt. BÄK und AkdÄ fordern, Bestandsmarktarzneimittel nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets immer und obligatorisch einer Nutzenbewertung zu unterziehen, wenn es sich dabei um eine relevante neue Indikation handelt.

Dagegen begrüßen BÄK und AkdÄ das Ansinnen, die Beschlüsse des G-BA über die Nutzenbewertung so aufzubereiten, dass sie der Ärzteschaft über die Praxissoftware zur Verfügung stehen. Voraussetzung sei jedoch, dass es sich hierbei um unabhängige Informationen handelt. Darüber hinaus fordern sie eine reguläre frühe Nutzenbewertung für Arzneimittel für seltene Krankheiten (Orphan Drugs) durch das IQWiG.

Um gegen die zunehmenden Antibiotikaresistenzen vorzugehen, sieht der Gesetzentwurf den Einsatz schneller diagnostischer Tests vor. BÄK und AkdÄ begrüßen dies grundsätzlich. Allerdings sollten die Tests eine hohe Spezifität und Sensitivität aufweisen, um schnelle ärztliche Entscheidungen zu unterstützen. Insbesondere sollten nur diagnostische Tests angewendet werden, deren klinische Relevanz für die Patientenversorgung in geeigneten klinischen Studien bereits validiert wurde. Bei neuen Antibiotika lehnen BÄK und AkdÄ



jegliche Konzepte ab, die einen allein durch die Zulassung belegten Zusatznutzen vorsehen oder eine Umgehung der Nutzenbewertung ermöglichen. Notwendig seien gesetzliche Regelungen, die eine fortlaufende Überprüfung des patientenrelevanten Zusatznutzens ermöglichen und Automatismen bei der Nutzenbewertung neuer Antibiotika verhindern. BÄK und AkdÄ lehnen weiterhin die vorgesehene Geheimhaltung des Erstattungsbetrags ab. Diese geplante Regelung steht dem Transparenzgebot in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem entgegen. Ein Befolgen des Wirtschaftlichkeitsgebots ist für die Ärzteschaft nur in Kenntnis der tatsächlichen Arzneimittelkosten möglich.

Ein weiterer Schwerpunkt des geplanten Gesetzes betrifft die Arzneimittelversorgung von Kindern. Der Entwurf sieht vor, dass der G-BA bei pädiatrischen Arzneimitteln (PUMA = Paediatric use marketing authorisation) auch dann einen Zusatznutzen anerkennen kann, wenn das Medikament in den klinischen Studien nicht an Kindern getestet worden ist. Für einen solchen sogenannten Evidenztransfer mahnen BÄK und AkdÄ zusätzliche Studien an. Darüber hinaus sei eine verpflichtende Sicherheitsüberwachung für Off-label-Anwendung bei Kindern zu erwägen sowie eine staatliche Förderung von Studien zur Dosisfindung bei bestimmten Altersgruppen. Sorge bereitet BÄK und AkdÄ zudem, dass weiterhin Engpässe in der Versorgung mit bestimmten Arzneimitteln beziehungsweise Wirkstoffen bestehen. Die zuständige Behörde müsse anordnen können, dass pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen geeignete Vorkehrungen zur Gewährleistung der Verfügbarkeit des betreffenden Arzneimittels ergreifen. Es sollte eine für pharmazeutische Unternehmen verpflichtende Meldung drohender Liefer- und Versorgungsengpässe gesetzlich vorgeschrieben werden.

Die Stellungnahme steht zum Download bereit unter [www.baek.de/amvsg](http://www.baek.de/amvsg)

politik &amp; beruf

## Crystal Meth: Menschen aus der Abhängigkeit holen

### Weltweit erste S3-Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen vorgelegt



Leistungsfähiger, konzentrierter, angstfreier – diese Attribute könnten der Werbung eines Coachingseminars für Führungskräfte entnommen sein. Es sind jedoch die Eigenschaften, die der synthetischen Psychodroge „Crystal Meth“ zugeschrieben werden und diese für viele Menschen attraktiv macht. „Aggressivität, Unruhe und Wahnvorstellungen – das ist die andere Seite der Droge. Oft wird im Verlauf der Sucht die Dosis erhöht, um die erwünschten Effekte zu erzielen. Das verstärkt den Druck, ständig neuen Stoff zu besorgen“, betonte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, anlässlich der Vorstellung der S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen in Berlin. „Glaubt man, durch sie zunächst zum Heroen zu werden, wird man durch ihr Suchtpotenzial schnell zu ihrem Sklaven. Der körperliche Verfall ist dann nur noch eine Frage der Zeit.“

Methamphetamin ist eine illegal hergestellte, kristalline Substanz („Crystal“) mit hohem Suchtpotenzial. Jährlich werden rund 3.000 Personen wegen ihres Crystal-Konsums auffällig. Nach Angaben des Bundeskriminalamts ist die Zahl der durch die Droge verursachten Todesfälle im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 26 Prozent gestiegen. Längst begrenzt sich der Konsum der Droge nicht mehr nur auf die grenznahen Regionen zu Tschechien. Mittlerweile sehen sich Ärzte, Pflegekräfte und Mitarbeiter der Suchthilfe auch in anderen

Regionen der Republik mit den Folgen des Crystal-Konsums konfrontiert.

#### **Mortler: Crystal Meth-Konsum ist in vielen Regionen eine echte Herausforderung**

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, dazu: „Der Konsum von Crystal Meth ist in den letzten Jahren in vielen Regionen Deutschlands zu einer echten Herausforderung geworden. Umso wichtiger ist neben unserer intensiven Präventionsarbeit eine gute medizinische Versorgung der Betroffenen. Ich habe mich sehr dafür eingesetzt, das Wissen über die richtige Behandlung in einer medizinischen Leitlinie zusammenzufassen. Diese soll in Zukunft überall in Deutschland eine Behandlung auf höchstem medizinischem Niveau ermöglichen. Deutschland geht mit der vorliegenden Behandlungsleitlinie auch international mit großen Schritten voran. Die gute Botschaft lautet: Die Abhängigkeit von Crystal Meth ist heilbar.“

Um den Berufsgruppen im Gesundheitswesen mehr Handlungssicherheit im Umgang mit akut intoxikierten oder abhängigen Patienten zu geben, hat das Bundesministerium für Gesundheit die Bundesärztekammer dabei unterstützt, eine Behandlungsleitlinie zu erarbeiten. Diese wurde vom Ärztli-

chen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zusammen mit einem interdisziplinär besetzten Expertenpanel erarbeitet und liegt nun vor. Federführende Fachgesellschaft war die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN).

### Erste Behandlungslinie weltweit

„Für die Erstellung der Handlungsempfehlungen haben wir die gesamte international verfügbare wissenschaftliche Literatur zu dem Thema gesichtet und ausgewertet. Aus den Ergebnissen haben wir insgesamt 135 Empfehlungen insbesondere für die Akut- und Postakutbehandlung sowie die Behandlung von Begleiterkrankungen und speziellen Patientengruppen erstellt.“ berichtet Dr. Josef Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes und Vorsitzender der Arbeitsgruppe Sucht und Drogen der Bundesärztekammer. „Damit verfügen wir in Deutschland weltweit über die erste Behandlungsleitlinie für Patienten mit Methamphetamin-bezogenen Störungen, die die höchsten Qualitätskriterien einer S3-Leitlinie erfüllen“, so Mischo. Damit erhalten nun alle, die an der Versorgung von Methamphetamin beteiligt sind,

mehr Handlungssicherheit. Sie erfahren, was sich als wirksam erwiesen hat, und welche Maßnahmen eher ungeeignet sind. Darüber hinaus habe die Arbeit an der Leitlinie auch den weiterhin bestehenden umfangreichen Forschungsbedarf offenbart, so Mischo weiter. Dies dürfe durchaus als Aufruf an die Wissenschaft verstanden werden.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ärztliche Direktorin an der LVR-Klinik Köln und Beauftragte der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie bei der Leitlinienerstellung, weist darauf hin, dass sich die S3-Leitlinie an alle Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Suchthilfe richtet, zudem an ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Mitarbeiter im Bereich Nachsorge und Rehabilitation sowie an Selbsthilfeorganisationen. „Nun gilt es, die darin enthaltenen wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis zu bringen – zum Nutzen der Patienten, ihrer Angehörigen sowie auch der damit befassten medizinischen Berufsgruppen.“

Die Leitlinie kann in einer Kurz- sowie in einer Langfassung unter [www.crystal-meth.aeqz.de](http://www.crystal-meth.aeqz.de) abgerufen werden. ■

## 3 Fragen an Dr. Josef Mischo, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ der BÄK



Dr. Josef Mischo

### Warum ist die S3-Leitlinie für Methamphetamin-bezogene Störungen notwendig?

Wir brauchen diese Leitlinie, weil wir bisher keine gesicherten, evidenzbasierten, konsentierten Behandlungskonzepte für Methamphetamin-Abhängige hatten. Das medizinisch-therapeutische Wissen beschränkte sich weitgehend auf die individuelle klinische Erfahrung des

behandelnden Arztes, auf Einzelfallberichte oder einzelne Studien. Ärzte mussten sich bisher in der Praxis leider häufig damit behelfen, Therapiekonzepte für andere Suchterkrankungen auf Methamphetamin-Abhängige zu übertragen. Dank der Leitlinie können die Ärzte sich jetzt darüber informieren, welche Maßnahmen sich als wirksam erwiesen haben und welche eher ungeeignet sind.

### Was sind die wichtigsten Punkte der Leitlinie?

Wir haben die gesamte international verfügbare Literatur zu dem Thema ausgewertet. Auf dieser Grundlage wurden

dann 135 Empfehlungen abgeleitet. Die wichtigsten Eckpunkte sind die Früherkennung, die Akutbehandlung sowie die Nachbehandlung und Stabilisierung der Patienten. Die Akutbehandlung betrifft insbesondere Ärzte in Kliniken und Notfallambulanzen. Dort werden Methamphetamin-Konsumenten häufig wegen aggressiver Durchbrüche, Wahnvorstellungen oder akuten somatischen Begleitsymptomen vorstellig. Die niedergelassenen Ärzte dagegen werden eher wegen Beschwerden aufgesucht, die die Sucht begleiten. Die Leitlinie hilft ihnen, die typischen Zeichen zu erkennen, die auf einen Methamphetamin-Konsum hindeuten. Darüber hinaus gibt es im Anhang eine Checkliste und Fragenkatalog für ein ATS-Drogen-Basisassessment-Interview. Dies stellt eine wertvolle Hilfe sowohl bei der Diagnosestellung als auch der weiteren Therapieplanung dar.

### Was muss passieren, damit die in der Leitlinie gesammelten Erkenntnisse bei den Ärztinnen und Ärzten ankommt?

Bei der Wissensvermittlung spielen jetzt die Landesärztekammern eine ganz entscheidende Rolle. Sie müssen die Leitlinie bei den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten bekannt machen. Das kann etwa über die Fortbildungsgremien der Kammern passieren, über die Suchtbeauftragten oder über das Weiterbildungs-Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“.

## Verlässliche Informationen für Ärzte

### BÄK-Tagung diskutiert Konsequenzen aus dem Anti-Korruptionsgesetz

Die übergroße Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland arbeitet korrekt und lässt sich nichts zuschulden kommen. Deshalb empfinden wir das Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen auch nicht als Bedrohung, sondern als Schutzmaßnahme für die vielen ehrlichen Kollegen. Die Neuregelungen können aber auch zu Unsicherheiten insbesondere bei den Ärzten führen, die sich beispielsweise in Netzen oder in sektorübergreifenden Versorgungsformen engagieren. Diese Kollegen brauchen verlässliche Informationen. Und die wollen wir ihnen geben.“ Das sagte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), zum Auftakt der BÄK-Tagung „Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ am 12. November in Berlin. Auf der Tagung diskutierten Ärzte und Juristen, welche Kooperationsmodelle strafbar und welche Formen der Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen untereinander, aber auch zwischen Leistungsanbietern und der Industrie weiterhin erlaubt sind. Nach dem Gesetz droht Angehörigen von Heilberufen eine Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren, wenn sie sich im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufes bestechen lassen. Dabei richten sich die Sanktionsandrohungen nicht nur gegen Ärzte, sondern gegen alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen und auch an die, die bestechen.

#### Badle: Das Gesetz enthält keine neuen Verbote

Prof. Dr. Karsten Gaede von der Bucerius Law School Hamburg sieht in dem Gesetz eine vernünftige Grundlage für die Strafverfolgung im Gesundheitswesen. Er wies jedoch darauf hin, dass die Delikte eine „vorsichtige Anwendung“ erforderten. Dies bestätigte Oberstaatsanwalt Alexander Badle von der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main: „Wir wissen, dass wir mit dem Strafrecht ein scharfes Schwert in der Hand haben. Wir wissen aber auch, dass wir es nur dann zur Anwendung bringen, wenn eine strafrechtlich relevante Handlung erkennbar ist.“ Badle glaubt nicht, dass Ermittlungen in diesem Bereich zu einem Massenphänomen werden. Wichtig sei für die Akteure, sich im Vorhinein zu informieren und so das Strafverfolgungsrisiko zu minimieren. Er stellte klar, dass sämtliche bislang zulässigen Leistungsbeziehungen und Kooperationen auch nach Inkrafttreten des Gesetzes uneingeschränkt zulässig bleiben. „Das Gesetz enthält keine neuen Verbote, es normiert lediglich eine strafrechtliche Sanktion für bereits verbotenes Verhalten. Sie sollten aber auf etwaige strafrechtliche Risiken hin überprüft werden“, so Badle.

Tatsächlich ist der Beratungsbedarf seit Inkrafttreten des Gesetzes deutlich gestiegen. Dies berichtete auf der Tagung



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Die übergroße Mehrheit der Ärzte arbeitet korrekt und lässt sich nichts zuschulden kommen

Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer, Arzt und Fachanwalt für Medizinrecht. Vorgelegt würden nicht nur neue Kooperationsmodelle. Viele Klinikchefs ließen jetzt auch ihre Altverträge prüfen. Beratungsbedarf bestünde beispielsweise bei Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken. Auch sogenannte Anwendungsbeobachtungen führten zu Unsicherheiten. Diese könnten straffrei sein, es sei denn, die vorgesehene Vergütung entschädige nicht für zusätzlichen Aufwand, sondern für die bevorzugte Verordnung bestimmter Präparate, so Ufer.

Auf berufsrechtliche Bezüge der neuen gesetzlichen Regelungen und den daraus entstehenden Beratungsbedarf in den Ärztekammern gingen Karl Lienshöft, Staatsanwalt a.D. sowie Dr. Karsten Scholz, Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen, ein. Lienshöft berichtete von seiner Tätigkeit als unabhängiger Untersuchungsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Scholz erläuterte, dass es Pflichtaufgabe der Ärztekammer Niedersachsen sei, Mitglieder in Fragen der Berufsausübung zu beraten. Dies umfasse auch strafrechtliche und vertragsrechtliche Aspekte. Anhand von Beispielfällen etwa zu Fortbildungsveranstaltungen, sektorübergreifenden Kooperationen und Berufsausübungsgemeinschaften vermittelte Scholz einen Eindruck von der Beratungspraxis der Kammer.

Die Vorträge sowie ein Video zu der Veranstaltung finden Sie unter [www.baek.de/antikorruption](http://www.baek.de/antikorruption)

## PsychVVG: Richtung stimmt, aber noch offene Fragen

### Ärzeschaft fordert verbindliche Ausfinanzierung des Personals

Die Versorgung psychisch kranker Menschen soll verbessert und an die speziellen Erfordernisse der Patienten angepasst werden. Das entsprechende „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) billigte der Bundesrat Ende November. Zuvor hatte der Bundestag über das Gesetz entschieden. Vorgesehen ist ein Budgetsystem, das die regionalen und strukturellen Besonderheiten der Krankenhäuser in den Verhandlungen mit den Krankenkassen berücksichtigen soll.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) äußerte sich zufrieden: „Mit Mindestpersonalvorgaben stärken wir die menschliche Zuwendung. Behandlungen mit hohem Aufwand sollen künftig besser vergütet werden, und durch besondere Behandlungsteams im häuslichen Umfeld gewährleisten wir, dass Menschen in akuten Krankheitsphasen noch besser versorgt werden.“

Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte sich im Vorfeld mehrfach zu dem Entwurf geäußert. In Änderungsanträgen der Koalition wurden zahlreiche Forderungen der Bundesärztekammer aufgegriffen. Insbesondere begrüßte die BÄK die Verschiebung der Optionsphase um ein Jahr. Positiv beurteilte sie auch die bessere Integration medizinischer Expertise der Ärzteschaft sowie den Verzicht auf die Ausweitung umfangreicher Prüfbefugnisse und Aktivitäten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen.

Die Bundesärztekammer hatte aber auch darauf hingewiesen, dass die Qualität und Quantität des medizinischen Personals vor dem Hintergrund der gravierenden Personalengpässe in den Kliniken, des demografischen Wandels sowie des steigenden ärztlichen Behandlungsbedarfs zum Schlüssel für den Erfolg des neuen Vergütungssystems werde. Zwar sei die mit dem Gesetz vorgesehene Einführung von Mindestpersonalvorgaben grundsätzlich richtig, es müsse aber sichergestellt werden, dass die noch gemeinsam zu erarbeitenden Vorgaben nicht als Obergrenze missverstanden werden und zusammen mit den jährlichen Tarifanpassungen ausfinanziert sind.

Eine Refinanzierung der Personalkosten hält die BÄK für unverzichtbar. An dieser Stelle bleibe das Gesetz weit hinter den Erwartungen zurück. Ohne eine auskömmliche Personalverfügbarkeit und deren Refinanzierung könne die geplante Reform jedoch nicht gelingen. Diese Haltung teilt auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Sie forderte zudem, die Personalausstattung gemeinsam mit den Fachgesellschaften zu definieren.



Die Bundesärztekammer blickt mit besonderer Sorge auf die Personalengpässe in den Kliniken

Trotz Kritik an einzelnen Bestimmungen des Gesetzentwurfs verzichtete der Bundesrat darauf, den Vermittlungsausschuss anzurufen, so dass das Gesetz Anfang 2017 in Kraft treten kann. Ursprünglich hatten die Länder diverse Änderungen am PsychVVG gefordert. In einigen vom Bundesrat kritisierten Regelungen ging es um die Frage, wie das für die Behandlung notwendige Personal bereitgestellt werden kann und wie sich die Personalbemessung auf die Budgets der Kliniken auswirkt.

Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha (Grüne) lobte im Bundesratsplenum zwar, dass das sogenannte Hometreatment, also die Behandlung psychisch kranker Menschen in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld, künftig auch außerhalb von Modellprojekten abgerechnet werden könne. Die dafür notwendige Personalausstattung stelle das Gesetz aber nicht sicher. „Stattdessen bleibt dieses Thema der Selbstverwaltung überlassen, der zudem weitere schwierige Umsetzungsfragen des Hometreatments zugeschieben werden“, so Lucha. ■

## nachrichten

## AkdÄ: Nur wenige neue Medikamente mit beträchtlichem Zusatznutzen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sieht auch knapp sechs Jahre nach Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) Probleme im Bereich neuer Arzneimittel. Das zeigte sich Anfang Dezember auf der Mitgliederversammlung der AkdÄ in Berlin.



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

"Bei weitem nicht jedes Arzneimittel, das in Europa neu zugelassen wird, wird auch wirklich benötigt und stellt einen echten therapeutischen Fortschritt dar", erklärte der AkdÄ-Vorsitzende Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig. Nur ein kleiner Teil der neu auf den Markt kommenden Arzneimittel habe einen beträchtlichen Zusatznutzen. Als weiteres Problem nannte Ludwig, das Pharmaunternehmen den Preis für ein Medikament im ersten Jahr nach der Marktzulassung weiterhin selbst festlegen können. Der häufig exorbitante Preis spiegelt in vielen Fällen nicht den Nutzen des Arzneimittels wieder. "Wir brauchen deshalb Kosten-Nutzen-Bewertungen", forderte Ludwig. "Die sind nach dem Gesetz möglich, werden aber bisher nicht durchgeführt."

Neue Arzneimittel müssten einen therapeutischen Nutzen bringen, erschwinglich und für alle Patienten zugänglich sein, betonte Ludwig. "Das ist derzeit definitiv nicht der Fall." Zudem sollten die Pharmaunternehmen durch geeignete Anreize motiviert werden, bei der Entwicklung ihrer Produkte den bestehenden medizinischen Bedarf, zum Beispiel neue Antibiotika gegen resistente Bakterien, stärker zu berücksichtigen. ■

## Versichertenstammdatenmanagement: Pilottest hat begonnen

Seit November testen 23 niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sowie ein Krankenhaus in Kooperation mit der Gesellschaft für Telematikanwendungen (gematik) das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) mittels der elektronischen Gesundheitskarte. Die Tests finden in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz statt. Geprüft werden alle zugelassenen Geräte und Dienste, das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sowie die Schulungen für Ärzte, Zahnärzte und medizinisches Personal.

Sollte die erste Testphase erfolgreich verlaufen, wird sie im nächsten Schritt auf 500 Erprobungspraxen ausgeweitet, bevor dann der bundesweite Betrieb beginnt. Beim VSDM handelt es sich um die erste Anwendung der neuen Telematikaninfrastruktur. Sie ermöglicht es Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, online zu überprüfen, ob ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht und die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten aktuell sind. ■

## Neue Version der Leitlinie "Unipolare Depression" veröffentlicht

Nach der Aktualisierung der kombinierten S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression ist jetzt auch die dazugehörige Patientenleitlinie überarbeitet und erweitert worden. Dort erfahren Interessierte, wie eine Depression diagnostiziert wird und welche Behandlungsmöglichkeiten für wen in Frage kommen. Die Patientenversion der Leitlinie übersetzt die aktuellen Empfehlungen der Expertengruppe in eine allgemeinverständliche Sprache. Außerdem bietet sie Menschen mit Depressionen und deren Angehörigen wichtige Informationen zum Umgang mit der Krankheit und Unterstützung beim Gespräch mit dem Arzt oder Psychotherapeuten.

Auf der Grundlage der ausführlichen Patientenleitlinie wurde zusätzlich eine Kurzinformation für Patienten erarbeitet. Das zweiseitige Informationsblatt gibt einen Überblick über Depressionen während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Zudem liegen zwei weitere Informationsblätter zum Thema Depression jetzt auf dem neuesten Stand vor. Die Leitlinie "Unipolare Depression" wird gemeinsam von den beteiligten Organisationen inklusive Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der DGPPN als kombinierte S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie herausgegeben.

Die Leitlinie steht unter [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de) zum Download bereit. ■

## BÄK: "Blankverordnung" flächendeckend erproben

Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, mit dem Heil- und Hilfsmittelgesetz die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu fördern und hierfür die Heilmittelerbringer noch stärker als bisher in die Versorgungsverantwortung einzubinden. Die sogenannte „Blankverordnung“ soll dafür in Modellvorhaben flächendeckend erprobt werden. Das scheint ein grundsätzlich geeigneter Weg zu sein, heißt es in der Stellungnahme der BÄK zu dem Gesetzentwurf.

Die BÄK begrüßt, dass der Gesetzgeber die Rolle des Arztes, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu veranlassen, unterstreicht und als Basis der Heilmittelerbringung die ärztliche (Differential-)Diagnose und Indikation vorschreibt. Nur unter dieser Voraussetzung solle der Heilmittelerbringer die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen können. Dem verordnenden Arzt müsse es jederzeit möglich sein, einzelne Heilmittel auszuschließen. Bestrebungen nach einem Direktzugang der Patienten zur Versorgung ohne vorausgehende ärztliche Differentialdiagnostik und Indikation lehnt die BÄK allerdings ab. Verantwortung für Diagnose und Therapie müsse weiterhin beim Arzt liegen.

Die Stellungnahme der finden Sie zum Download unter [www.baek.de/heilmittel](http://www.baek.de/heilmittel) ■

## Bundessozialgericht: Vertragsärzte dürfen nicht streiken

Vertragsärzte sind nicht berechtigt, ihre Praxis während der Sprechstundenzeiten zu schließen, um an einem "Warnstreik" teilzunehmen. Das hat das Bundessozialgericht in Kassel entschieden. Derartige "Kampfmaßnahmen" seien mit der gesetzlichen Konzeption des Vertragsarztrechts unvereinbar, urteilten die Richter. Die entsprechenden vertragsarztrechtlichen Bestimmungen seien auch verfassungsgemäß. Das Gericht wies damit die Klage eines Mediziners aus Baden-Württemberg ab. Er hatte argumentiert, dass Ärzte nicht schlechter als Arbeitnehmer oder Beamte gestellt sein dürften.

Vertragsärzte müssen nach Auffassung der Richter während der angegebenen Sprechstunden für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Patienten zur Verfügung stehen. Etwas Anderes gelte etwa bei Krankheit oder Urlaub. Dem Kläger stehe kein durch die Verfassung oder die Europäische Menschenrechtskonvention geschütztes "Streikrecht" zu. Ärzte müssten bei Streitigkeiten mit den Krankenkassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Schiedsamt anrufen und dessen Entscheidung gerichtlich überprüfen lassen. ■

## Ärztckammern fordern mehr Anstrengungen beim Masterplan

Das Warten geht weiter. Mehr Praxisnähe, eine gezieltere Auswahl der Studienbewerber, die Stärkung der Allgemeinmedizin – einen ganzen Reformkatalog hatte die Große Koalition unter dem Schlagwort "Masterplan Medizinstudium 2020" angekündigt. Das war im Jahr 2013. Passiert ist seitdem nicht viel, sieht man von den wenig konkreten Eckpunkten ab, die die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2016 präsentierte. Nun wächst der Druck aus der Ärzteschaft.



"Wir müssen mehr Anstrengungen für den Nachwuchs unternehmen", forderten etwa die Präsidenten der Landesärztekammern im Saarland, in Hessen und in Rheinland-Pfalz jüngst in einer gemeinsamen Erklärung. In Anbetracht des sich verschärfenden Ärztemangels müssten die von den Gesundheitsministern formulierten Eckpunkte ergänzt werden. So sei es notwendig, die Zahl der Medizinstudienplätze um mindestens zehn Prozent zu erhöhen, heißt es in dem Papier. Darüber müssten die Studienplätze für den gesamten Verlauf des Studiums rechtssicher neu berechnet werden. Die bislang üblichen Teilzulassungen führten bei den Betroffenen "zu unnötigen und höchst belastenden Exmatrikulationen". Sorge bereitet den Kammerchefs auch die prekäre Finanzlage vieler Krankenhäuser. Diese erschwere nicht nur die Patientenversorgung, sondern auch die Ausbildung der Studierenden und die Weiterbildung junger Ärzte. Vor dem Hintergrund des europäischen Einigungsprozesses müsse es für das Bildungsland Deutschland zudem Selbstverpflichtung sein, genügend Ärzte selbst auszubilden, statt sie aus dem Ausland anzuwerben.

Im November hatten sich auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden und die Medizinstudierenden im Hartmannbund mit einem "Weckruf" an die Politik gewandt. Darin kritisierten sie eine "unrechtmäßig starke Fokussierung" auf Einzelaspekte des Praktischen Jahres. Die "längst überfälligen Verbesserungen der Arbeits- und Lernbedingungen" erhielten dagegen zu wenig Aufmerksamkeit. ■

## Gleiche Vergütung für gleiche Leistung

Beschlusspapier des CDU-Bundesfachausschusses Gesundheit vorgestellt

Gerade in Zeiten der Großen Koalition verschwimmen die Grenzen zwischen den Volksparteien. Das macht das Regieren einfacher und effizienter, erst recht in so komplexen Feldern wie der Gesundheitspolitik. Doch knapp ein Jahr vor der Bundestagswahl besinnen sich die Parteien auf die großen politischen Linien. Wenig überraschend setzt die SPD dabei einmal mehr auf die Bürgerversicherung, die sie in einem sogenannten Impulspapier für das Wahlprogramm skizziert. Einhergehen soll der Systemwechsel mit einer Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung, für die eine integrierte Bedarfsplanung die Voraussetzungen schaffen soll. Das alles ist nicht neu und dürfte zuvorderst dazu dienen, das soziale Profil der Partei zu schärfen.

Aufhorchen lässt hingegen ein gesundheitspolitisches Papier des Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege der CDU unter Leitung von CDU-Präsidiumsmitglied Jens Spahn. Außerhalb der Fachöffentlichkeit wurde das Papier bislang kaum wahrgenommen. Dabei zielt es auf einen fundamentalen Umbruch der Vergütungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems ab.

Unter der Überschrift „Gleiche Vergütung für gleiche Leistung“ fordern die CDU-Fachpolitiker eine „einheitliche Vergütung für vergleichbare ambulante und stationäre Leistungserbringung“. Vorgesehen sind dafür „leistungsbezogene Behandlungspauschalen“. Entwickelt werden soll das Vergütungssystem von einem unabhängigen Institut im Auftrag des Erweiterten Bewertungsausschusses. Weiterhin spricht sich der Fachausschuss für ein durchgehendes qualitätsorientiertes Erlössystems und eine qualitätsorientierte Versorgungsplanung im stationären Sektor aus. Dabei soll die Leistungsqualität der in Fallpauschalen gegliederten, abteilungsübergreifenden Behandlungsprozesse im Krankenhaus in Modellprojekten beurteilt werden. Ziel sei eine objektive risikoadjustierte Messung der Ergebnisqualität bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung. Für Behandlungsfälle im Fallpauschalen-System sollen einzelne Qualitätsparameter gefunden werden, die mit einer wissenschaftlich und juristisch begründeten Gewichtung zu einer „Qualitätszahl“ für diese Gesamtbehandlung zusammengefasst werden – und das mit Zustimmung aller Beteiligten.

Das sind weitreichende Forderungen, die – wenn man sie weiterdenkt – zumindest Fragen aufwerfen. Ebnet das Papier der monistischen Finanzierung im Kliniksektor den Weg? Welche Auswirkungen hätte die Einführung sogenannter leistungsbezogener Behandlungspauschalen in Klinik und Praxis auf die Gebührenordnung für Ärzte als eigenständiges Abrechnungssystem? Und was bedeutet die angestrebte



CDU-Präsidiumsmitglied Jens Spahn: Unter seiner Regie entstand das Beschlusspapier

sektorenübergreifende Versorgungsplanung für die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene?

Das Beschlusspapier ist im Wesentlichen ein Forderungskatalog. Die Autoren müssen deshalb nicht alle Punkte bis in ihre letzte Konsequenz durchdeklinieren. Eine unverbindliche Ideensammlung ist das Papier aber auch nicht. Denn Beschlüsse der Fachausschüsse werden üblicherweise vor Veröffentlichung vom Generalsekretär der CDU abgesegnet.

Spannend wird, ob und wie sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) positioniert. Seine erste Reaktion war eher zurückhaltend. Er habe das Papier zur Kenntnis genommen, ließ er wissen. Gleichzeitig verwies er auf bereits angeschobene Verbesserungen, unter anderem auf die Krankenhausreform der Koalition. Ob er die Vorstellungen seiner Parteikollegen teilt, lies der Minister indes offen. ■

## Organtransplantationen: Die Prüfungen wirken

### Prüfungs- und Überwachungskommission informieren über Zwischenstand



Prüfungskommission und Überwachungskommission (PÜK), in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, haben Anfang Dezember den Zwischenstand ihrer Prüfungen der Transplantationszentren aus den Jahren 2013 bis 2015 vorgestellt und eine positive Bilanz gezogen. „In diesem Jahr haben wir 14 Transplantationsprogramme vor Ort und 17 Transplantationsprogramme im schriftlichen Verfahren geprüft. Dabei hat der ganz überwiegende Teil der Zentren richtlinienkonform und korrekt gearbeitet und die Patienten ordnungsgemäß bei Eurotransplant gemeldet“, erläuterte die Vorsitzende der Prüfungskommission, Anne-Gret Rinder, bei der Vorstellung des Jahresberichts in Berlin. Abgeschlossen wurden zudem zwei Prüfungen von Lungentransplantationsprogrammen aus dem Zeitraum 2010 bis 2012.

Die PÜK prüft in 3-Jahres-Abständen alle Transplantationsprogramme. In der vergangenen Prüfperiode wurden die Transplantationen der Jahre 2010 bis 2012 geprüft und die Gesamtergebnisse im November 2015 vorgestellt. Seither läuft die neue Prüfperiode, die im Jahr 2018 zum Abschluss gebracht werden soll.

Wie aus dem aktuellen Tätigkeitsbericht von Prüfungskommission und Überwachungskommission hervorgeht, haben sich im Prüfzeitraum 2015/2016 im Bereich der Nierentransplantationen keine Anhaltspunkte für systematische Richtlinienverstöße oder Manipulationen ergeben. Es wurden lediglich vereinzelte Dokumentationsfehler festgestellt. Bei den Pankreas- und kombinierten Nieren-Pankreastransplan-

tationen haben die Kommissionen keine Auffälligkeiten festgestellt.

Auch die bereits abgeschlossenen Prüfungen eines Herz- und eines Lebertransplantationsprogramms haben gezeigt, dass hier ordnungsgemäß und korrekt gearbeitet wurde. Hingegen wurden bei der Prüfung eines Lungentransplantationsprogramms systematische Richtlinienverstöße und Manipulationen festgestellt. Hierbei handelt es sich um das Universitätsklinikum Jena.

Zudem wurden bei zwei nachgängigen Prüfungen der Lungentransplantationsprogramme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und des Universitätsklinikums Leipzig systematische Manipulationen und Auffälligkeiten festgestellt. Die Prüfungen sind in der vorangegangenen Prüfperiode begonnen und nun abgeschlossen worden. Die Prüfungen bezogen sich auf den Zeitraum 2010 bis 2012.

#### Keine Beanstandungen bei der DSO und der Stiftung Eurotransplant

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans Lippert, Vorsitzender der Überwachungskommission, betonte, dass die Prüfungen zu einem Umdenken in den meisten Transplantationszentren geführt haben. Dieser Prozess müsse jetzt konstruktiv genutzt werden, um noch verbliebene Struktur-, Qualifikations- und Qualitätssicherungsdefizite zu beheben. Die Arbeit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle und der Stiftung Eurotransplant (ET) als Vermitt-

## medizin & ethik

lungsstelle wurde von Lippert positiv eingeschätzt. „Die DSO ist sehr gut aufgestellt und auch die Stiftung Eurotransplant arbeitet in ihrem Kernbereich der Organvermittlung ohne Beanstandungen“, so Lippert.

Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan, Leiterin der Vertrauensstelle Transplantationsmedizin, gab einen Überblick über die Arbeit der Vertrauensstelle. Deren Aufgabe ist es, auf vertraulicher Basis Hinweise auf Auffälligkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und in Kooperation mit der Prüfungskommission und der Überwachungskommission zu klären. Die Vertrauensstelle ist ein von den Strafverfolgungsbehörden unabhängiger Ansprechpartner. Im vergangenen Jahr haben sich gerade Patienten und Angehörige mit ihren Sorgen und Fragen an die Vertrauensstelle gewandt“, erläuterte Rissing-van Saan und führte aus, dass sich die Vertrauensstelle als bürgernahe Einrichtung bewährt habe. Patienten, Angehörige, medizinisches Personal sowie interessierte Bürger haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen, Beschwerden vorzubringen, auf Missstände hinzuweisen oder Verbesserungsvorschläge zu machen. Rissing-van Saan teilte mit, dass in dieser Prüfperiode unter anderem Anfragen, Anzeigen und Beschwerden aus Anlass konkreter Einzelfälle gegen Transplantationszentren sowie Eingaben zur Wartelistenführung und Verteilungsgerechtigkeit eingegangen sind.

Prof. Dr. Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, betonte ausdrücklich die Bedeutung der Prüfungsergebnisse für die Richtlinienarbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation. Alle Richtlinien zur Organtransplantation nach §16 TPG werden derzeit von der Ständigen Kommission Organtransplantation überarbeitet, so Lilie. Dieser Prozess soll Ende 2017 abgeschlossen sein.

Lilie hob hervor, dass seit der Novellierung des Transplantationsgesetzes im Jahr 2013 umfassende Maßnahmen und Strukturänderungen zur Verbesserung der Transplantation und Organspende unternommen wurden. „Wir alle sind gemeinsam dafür verantwortlich, die laufenden und die noch kommenden Maßnahmen erfolgreich umzusetzen und damit den Patienten auf der Warteliste zu helfen“, so Lilie.

Um dem Auftrag des Gesetzgebers und dem besonderen Informationsinteresse der Öffentlichkeit zu entsprechen, veröffentlichen die Prüfungskommission und die Überwachungskommission sämtliche Stellungnahmen zu bisherigen Prüfungen in anonymisierter Form und legen einmal im Jahr ihren Gesamtbericht vor.

Weitere Informationen zu den Prüfungen finden Sie unter [www.baek.de/pkuek2016](http://www.baek.de/pkuek2016) ■

## Herbert Lewin-Preis 2017 ausgeschrieben

Wissenschaftliche Arbeiten zur Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus gesucht

Zum nunmehr sechsten Mal werden mit dem Herbert-Lewin-Preis wissenschaftliche Arbeiten zu dem Thema „Aufarbeitung der Geschichte der Ärztinnen und Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus“ prämiert. Der Preis ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Teilnehmen können Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, Studierende der Human- oder Zahnmedizin sowie Wissenschaftler an human- und zahnmedizinischen Fakultäten oder medizinhistorischen Instituten. Der Herbert-Lewin-Preis ist mit insgesamt 15.000 Euro dotiert.

Die Arbeiten müssen in deutscher Sprache verfasst sein und können sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form bei der Bundeszahnärztekammer abgegeben werden. Es werden nur Arbeiten berücksichtigt, die ab dem 1. Januar 2012 erstellt oder veröffentlicht wurden. Bereits bei vorangegangenen Ausschreibungen des Preises eingereichte Arbeiten können nicht erneut berücksichtigt werden. Einsendeschluss ist der 15. Juni 2017.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten und die Ermittlung der Preisträger werden von einer unabhängigen Jury vorgenommen, deren Mitglieder vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem Zentralrat der Juden in Deutschland sowie dem Bundesverband Jüdischer Ärzte und Psychologen in Deutschland benannt wurden.

Der Preis ist benannt nach dem deutschen Arzt Dr. Herbert Lewin (1899 – 1982), dessen Habilitationsschrift bereits 1932 aus antisemitischen Gründen abgelehnt wurde. Er wurde im Jahr 1941 deportiert und überlebte als Häftlingsarzt verschiedene Konzentrationslager. Nach seiner Befreiung blieb Herbert Lewin in Deutschland und arbeitete wieder als Arzt. Von 1963 bis 1969 stand er an der Spitze des Zentralrats der Juden in Deutschland. Er starb am 21. November 1982 in Wiesbaden.

Informationen zum Forschungspreis sowie zu früheren Preisträgern und deren Arbeiten können im Internet unter [www.bzaek.de/Forschungspreis](http://www.bzaek.de/Forschungspreis) abgerufen werden. ■

## Anrecht auf ein Sterben in Würde

Handlungsempfehlungen zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen vorgestellt

Sterbende und schwerstkranke Menschen brauchen eine bessere Versorgung. Das stellten Ärzte und Pflegeexperten im Beisein von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) anlässlich der Vorstellung der Handlungsempfehlungen fest, die aus der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ hervorgegangen waren. Drei Jahre liegen zwischen der Auftaktveranstaltung im Deutschen Bundestag und der Präsentation des Maßnahmenkatalogs, an dem 50 gesundheitspolitisch relevante Institutionen und Organisationen in einem Konsensusprozess mitgewirkt haben.

„Zentrales Anliegen des Chartaprozesses und der erarbeiteten Handlungsempfehlungen ist vor allem eine in ganz Deutschland bedarfsgerechte und für alle Betroffenen zugängliche Hospiz- und Palliativversorgung mit hoher Qualität, die den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen und der ihnen Nahestehenden wirklich gerecht wird“, erklärte Prof. Dr. Winfried Hardinghaus, Vorsitzender

des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands. „Knapp ein Jahr nach Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes ist es nun dringend geboten, die erforderliche qualitativ hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, weiteren Wohnformen und in der häuslichen Umgebung auch finanziell abzusichern“, unterstreicht Prof. Dr. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Ziel der Nationalen Strategie sei es, dass jeder Mensch am Ende seines Lebens unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung, seiner Lebenssituation oder seinem Lebensort eine Hospiz- und Palliativversorgung erhalte.

„Das wiederum geht nicht ohne eine auf wissenschaftlicher Grundlage und Qualitätssicherung beruhende Hospiz- und Palliativversorgung. Nur unter Berücksichtigung dieser drei zentralen Punkte können alle Beteiligten zum Wohle der Betroffenen zusammenwirken“, so Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. ■

## Zentrale Ethikkommission bei der BÄK legt Stellungnahmen vor

Themen sind Altersfeststellung von Flüchtlingen sowie medizinische Angebote im Ausland

Radiologische Untersuchungen und Blutentnahmen sind wie andere medizinische Maßnahmen Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit. Medizinische Altersfeststellungen bei jungen Geflüchteten, für die es in der Regel keinerlei ärztliche Indikation gibt, sollten deshalb die absolute Ausnahme sein. Wenn überhaupt, sollten sie nur auf Antrag des Geflüchteten selbst oder auf gerichtliche Anordnung vorgenommen werden.“ Das forderte Dr. Ulrich Clever, Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) zur „Medizinischen Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen“. Clever warnte, dass die Betroffenen ohnehin häufig von Krieg und Flucht gezeichnet seien. „Die Untersuchungen könnten eine weitere Psychotraumatisierung zur Folge haben.“

In ihrer Stellungnahme weist die Zentrale Ethikkommission darauf hin, dass aufgrund der gesundheitlichen Risiken bestimmter Verfahren besondere Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Untersuchungen gestellt werden müssten. „Auf der Grundlage der eingeholten Expertisen und der darin angeführten Literatur kommt die ZEKO zu dem Ergebnis, dass durch keine der (...) empfohlenen Untersuchungen ein Alter über oder unter 18 Jahren mit hinreichender Zuverlässigkeit festgestellt werden kann“, heißt es in dem Papier. Die ZEKO regt daher die Entwicklung interdisziplinärer Stan-

dards unter Beteiligung aller relevanten Fachgesellschaften. Solange diese Standards nicht vorlägen, könnten sich die Behörden an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik orientieren. Diese schlossen beispielsweise Röntgen- und Genitaluntersuchungen aus.

Darüber hinaus hat die ZEKO eine Stellungnahme zum "Umgang mit medizinischen Angeboten im Ausland" vorgelegt. Darin weist sie darauf hin, dass Auslandsbehandlungen eine Reihe von rechtlichen und ethischen Fragen aufwerfen, obwohl sie vor dem Hintergrund der europäischen Freizügigkeit grundsätzlich zulässig sind. Einen Problemschwerpunkt der Stellungnahme bilden in Deutschland rechtswidrige, aber im Ausland erlaubte Angebote. Als Beispiele nennt die ZEKO unter anderem Eizellspenden, Leihmutterchaft und Geschlechtswahl mittels Spermioselektion oder Präimplantationsdiagnostik. Häufig werden Ärzte nach Informationen zu solchen Auslandsbehandlungen, nach vorbereitenden ärztlichen Maßnahmen oder Überweisungen ins Ausland gebeten. Ärzte müssten die geltenden Verbotsnormen für ihr Fachgebiet kennen und diese auch befolgen, stellt die ZEKO klar. Allerdings gebe es keine Verpflichtung für Ärzte, ihre Patienten zur Rechtsbefolgung anzuhalten oder zu erziehen.

Die Stellungnahmen finden Sie unter [www.zentrale-ethikkommission.de](http://www.zentrale-ethikkommission.de) ■

## personalia

## Rudolf Henke als MB-Vorsitzender wiedergewählt



Rudolf Henke

Der erste und der zweite Vorsitzende des Marburger Bundes sind für weitere drei Jahre in ihren Ämtern bestätigt worden. Rudolf Henke erhielt bei seiner Wiederwahl zum Bundesvorsitzenden auf der 130. Hauptversammlung 90,21 Prozent der gültigen Stimmen. Der 62-jährige Internist und Oberarzt aus Aachen hatte keinen Gegenkandidaten. Henke steht

seit November 2007 an der Spitze des Verbandes der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands.

Auch der 2. Vorsitzende des Bundesverbandes, Dr. Andreas Botzlar, wurde auf der Hauptversammlung wiedergewählt. Der 48-jährige Chirurg und Oberarzt aus München erhielt 90,91 Prozent der gültigen Stimmen. Auch Botzlar ist seit 2007 im Amt und war ohne Gegenkandidaten. ■

## Prof. Dr. Scriba bleibt Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat in seiner 93. Plenarsitzung am 10. Dezember 2016 Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba als Vorsitzenden bestätigt.

Scriba, Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie in München, wird das Amt damit für drei weitere Jahre ausüben. Neu im Beiratsvorstand ist Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Dietel. Der Pathologe aus Berlin wurde zum 1. stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Als 2. stellvertretenden Vorsitzen-

## Dr. Günther Matheis neuer Präsident der LÄK Rheinland-Pfalz

Dr. Günther Matheis ist neuer Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Der 58jährige Thorax-Chirurg aus Trier erhielt auf der konstituierenden Vertreterversammlung (VV) der Landesärztekammer 72 von 77 Stimmen. Matheis arbeitet als Oberarzt sowie als Sektionsleiter Thorax-Chirurgie im Trierer Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Er gehörte bereits während der vergangenen Wahlperiode dem Vorstand der LÄK Rheinland-Pfalz an und ist zudem Vorsitzender der Bezirksärztekammer Trier.



Dr. Günther Matheis

Der bisherige LÄK-Präsident Professor Dr. Frieder Hesse-nauer ist nach drei Amtszeiten nicht wieder angetreten.

Ferner bestätigten die VV-Mitglieder die beiden Vize-Präsidenten in ihren Ämtern: San.-Rat Dr. Michael Fink und Dr. Bernhard Lenhard. ■

den bestätigte der Beirat den Medizinhistoriker Prof. Dr. phil. Robert Jütte aus Stuttgart.

Neu in den Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats gewählt wurden Prof. Dr. med. Dr. h. c. Norbert Haas und Prof. Dr. rer. nat. Heyo Kroemer. Weitere Mitglieder sind Prof. Dr. Rolf Kreienberg, Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling und Prof. Dr. med. Fred Zepp. Sie hatten bereits dem bisherigen Vorstand angehört. ■

## 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**

12.12.2016