



## Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen Kranke Kinder gehören nicht in Zelte

**Krankenhausreform: Mehr Mut zu Qualität**

**Medizinstudium: Deutschland sucht den Masterplan**

**Arzneimittel: Die Not der Nichtverfügbarkeit**

## Auftakt

**O**bwohl die Temperaturen langsam frostig werden, leben viele Flüchtlinge in Deutschland noch immer in Zelten. Problematisch ist auch die medizinische Versorgung. Zwar arbeiten viele Bundesländer an der Einführung der Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge, doch sie sollen auch in Zukunft nur Zugang zu einem eingeschränkten Leistungskatalog haben. Gleiches gilt für die psychologische und psychotherapeutische Versorgung. Die Ärzteschaft hat sich wiederholt gegen solche Leistungsbeschränkungen ausgesprochen. Es dürfe keine anderen Maßstäbe für die Behandlung asylbegehrender Menschen geben, fordert Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (S. 3).

Mehr Mut könnte die Politik auch bei der Krankenhausreform beweisen. Stattdessen bedroht das Krankenhausstrukturgesetz die in den letzten 15 Jahren aufgebauten Qualitätskultur,

kritisiert die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme. Statt verschiedene, nicht getestete Qualitätssicherungsinstrumente gleichzeitig einzusetzen, sollten lieber einzelne Maßnahmen mit Bedacht erprobt werden. Auch ein zentrales Problem der Krankenhausfinanzierung bleibt ungelöst: Während Ärzte und Pflegekräfte am Limit arbeiten, um die Folgen der Unterfinanzierung zu mildern, drücken sich die Länder seit Jahren um ihre Investitionsverpflichtungen für die Kliniken (S. 7).

Dass die Patientensicherheit für Ärztinnen und Ärzten an erster Stelle steht, hat die BÄK anlässlich des Tags der Patientensicherheit betont. Gleichwohl seien weitere Anstrengungen der Politik zur Förderung der Hygiene notwendig. (S. 11). ■

## inhalt

## november 2015

### Politik & Beruf

- Kranke Kinder gehören nicht in Zelte**  
Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen 3
- Krankenhausreform: Mehr Mut zur Qualität**  
Ärzte sehen bisherige Fortschritte in Gefahr 7
- Deutschland sucht den Masterplan**  
Erste Vorschläge zur Reform des Medizinstudiums 9
- Schlechterer Schutz für GKV-Patienten?**  
STIKO empfiehlt aktuelle Antigenkombination 10
- Patientensicherheit braucht ausreichend Personal**  
Erfolgreiche Strategien zur Fehlerprävention 11
- Wettrüsten im Reagenzglas**  
G7-Gesundheitsminister beraten über Resistenzen 12

### Nachrichten

13

### Medizin & Ethik

- Ambulante Ethikberatung startet**  
Beratung für Ärzte in ethischen Grenzsituationen 15
- Hospiz- und Palliativgesetz**  
BÄK sieht Nachbesserungsbedarf 16
- Die Not der Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln**  
Konsequenzen aus Lieferengpässen gefordert 17
- Medizin-Nobelpreis an drei Parasitenforscher**  
Campbell, Omura und Youyou ausgezeichnet 18
- Protest gegen Datenspeicherung**  
Kammern wehren sich gegen neues Gesetz 18
- Historische Sitzung**  
Israelischer Ärzteverband und BÄK tagen gemeinsam 19

### Personalia

20

### Impressum

20



## Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

# Kranke Kinder gehören nicht in Zelte

Der Winter kommt früh in diesem Jahr. Nachts herrscht Frost und am Tage bleiben die Temperaturen einstellig. Auch auf dem zertretenen Rasen der Hamburger Erstaufnahmeeinrichtung Schnackenburgallee liegt Raureif. Durch die dünnen Planen der weißen Zeltstadt für Flüchtlinge dringt schon morgens heiseres Husten. Die bodenlosen Notunterkünfte schützen vor Regen und Wind, nicht aber gegen die Kälte, die in der Nacht aus dem Erdreich kriecht.

Unter ihr leiden vor allem die Kinder, die später am Tag vor dem Behandlungscontainer der Einrichtung Schlange stehen. Sie haben Fieber, Bronchitis oder Mittelohrentzündung. Sie gehören in ein warmes Bett. Doch feste Unterkünfte sind für Flüchtlinge rar. Zwar tun die Ärzte in der Schnackenburgallee alles, um ihren kleinen Patienten zu helfen. Am Ende aber müssen sie die Kinder zurück in ihre Zelte schicken. Das

geht an die Substanz, auch an die der vielen Helferinnen und Helfer.

Deutschland im Herbst 2015 steht ganz im Zeichen der Flüchtlingskrise. Experten des Bundes rechnen bis Jahresende mit 1,5 Millionen Menschen, die in Deutschland Asyl begehren könnten. Die Lage in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen und Registrierungsstellen ist bestenfalls angespannt, oftmals chaotisch. Das betrifft nicht zuletzt auch die medizinische Versorgung der Flüchtlinge. In Hamburg warnt Ärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, dass kranken Kindern ein Winter in Zelten nicht zuzumuten sei. So schnell wie möglich müssten Gewerbeimmobilien genutzt werden, damit diese Menschen in feste, gut beheizbare Behausungen kommen. Schätzungen zufolge sind bundesweit knapp 14 Prozent der Flüchtlinge in Zelten untergebracht.

## politik &amp; beruf

Fortsetzung von Seite 3

Dramatisch ist die Lage auch in der Hauptstadt. Probleme bereitet hier vor allem die Registrierung durch das zuständige Landesamt für Gesundheit und Soziales. Neuankömmlinge warten dort teilweise wochenlang. Die Ärztekammer Berlin fordert, dass die gesundheitsgefährdenden Zustände der neu ankommenden Flüchtlinge umgehend abgestellt werden. „Wir können nicht mehr ausschließen, dass Menschen sterben“, warnt Caritas-Direktorin Ulrike Kostka.



BÄK-Präsident Montgomery fordert eine angemessene Unterbringung der Flüchtlinge

Dabei ist das Engagement der Ärzteschaft enorm. Die Präsidenten aller Ärztekammern berichteten auf einer Sitzung der Bundesärztekammer (BÄK) von einer beispiellosen Welle der Hilfsbereitschaft unter den ärztlichen Kollegen. In Berlin haben sich nach einem Aufruf der Ärztekammer und des Marburger Bundes so viele Ärzte für die ehrenamtliche Hilfe gemeldet, dass der personelle Bedarf mittlerweile mehr als gedeckt ist. Nach Hilfsaufrufen der Ärzteschaft rücken deutschlandweit Mediziner im Ruhestand an, um sich vor Ort einzubringen. Niedergelassene und Klinikärzte schieben nach Dienstschluss unentgeltlich Überstunden in Erstaufnahmeeinrichtungen. Krankenhäuser stellen ärztliches und pflegerisches Personal ab. Und in mehreren Städten hat die Ärzteschaft Notfallpraxen eigens für Flüchtlinge auf den Weg gebracht. Eine Dauerlösung kann dies jedoch nicht sein. Zahlreiche Ärztekammern verbinden deshalb ihren Dank an die Helfer mit dem dringenden Appell an die Politik, endlich für geeignete rechtliche Rahmenbedingungen bei der gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge zu sorgen.

### Eilig geschnürtes Gesetzespaket

Für Entlastung könnte da das eilig zwischen Bund und Ländern ausgehandelte Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz sorgen. Im Blickfeld haben Bund und Länder dabei auch

die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge. Wichtigste Neuregelung für den Gesundheitsbereich: Krankenkassen werden künftig verpflichtet, die Krankenbehandlung für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu übernehmen und eine Gesundheitskarte an Asylbegehrende auszugeben, wenn sie durch die zuständige Behörde dazu aufgefordert werden. Die Krankenkassen werden dadurch jedoch nicht zusätzlich belastet, denn Länder oder Kommunen erstatten ihnen die anfallenden Kosten für die Behandlung und die Verwaltung. Die Bundesärztekammer begrüßt das Vorhaben. BÄK-Präsident Montgomery plädiert für eine flächendeckende Einführung der Karte und dies möglichst bereits bei der Registrierung der Flüchtlinge.

Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben die Einführung der Karte bereits angekündigt. Auch in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern wird sie kommen. Brandenburg will im Frühjahr 2016 so weit sein. Die Baden-Württembergische Landesregierung hat Eckpunkte für die Einführung der Gesundheitskarte ausgearbeitet. In Niedersachsen liegt der Entwurf einer Rahmenvereinbarung mit den Kassen vor. In Rheinland-Pfalz befindet sich eine solche Vereinbarung in Vorbereitung. Im Saarland und in Sachsen-Anhalt laufen die Verhandlungen. Hessen, Thüringen und Sachsen prüfen das Vorhaben derzeit noch. Allein Bayern lehnt die Gesundheitskarte für Flüchtlinge strikt ab.

In Hamburg und Bremen gibt es die Gesundheitskarte bereits. Die Regelung hat nicht zu einem Ausgabenanstieg für die Kommunen geführt, wie viele zunächst befürchtet haben. Im Gegenteil: Indem die Kassen mit der Abrechnung beauftragt werden, sparen die Kommunen Personal und teure Software. Allein in Hamburg seien zuletzt rund 1,6 Millionen Euro pro Jahr eingespart worden, darunter die Kosten für 14 Sachbearbeiter, heißt es aus dem Senat.

Allerdings sollen Asylbegehrende auch zukünftig nur Anspruch auf einen eingeschränkten Leistungskatalog haben. Dr. Max Kaplan, Vize-Präsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, macht aus seinem Ärger darüber keinen Hehl: „Im Asylbewerberleistungsgesetz wird unser ärztlicher Spielraum auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Das ist ärztlich unethisch“, sagt er. Wenn ein Patient zu ihm komme, dann müsse er ihn nach besten Wissen und Gewissen behandeln können. Auch Deutsche Ärztetage hatten sich wiederholt gegen solche Leistungsbeschränkungen ausgesprochen.

Zumindest sollen Flüchtlingen künftig die üblichen Schutzimpfungen nach dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen aktiv angeboten werden. Auch heute schon können sich Flüchtlinge impfen lassen. Dies wird ihnen aber nicht aktiv nahe gelegt. Doch wer darf die Flüchtlinge impfen? Nach den

derzeitigen Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen Ärzte über eine entsprechende Qualifikation verfügen, um zu impfen. Die BÄK und der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fordern eine rechtliche Klarstellung. Ärzte hätten aufgrund ihres erfolgreich abgeschlossenen Medizinstudiums und mit der Erteilung der Approbation die Impfkompetenz erworben und könnten auch unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten fachgebietsübergreifende Impfungen vornehmen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sollten entsprechend geändert werden.

Neu ist auch, dass Flüchtlinge mit medizinischer Ausbildung in die Patientenversorgung in Aufnahmeeinrichtungen mit einbezogen werden sollen. Wie viele Flüchtlinge über eine solche Ausbildung verfügen, ist nicht bekannt. Man geht aber davon aus, dass allein in Syrien etwa die Hälfte der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte geflohen ist. Die entsprechenden Prüfungen für eine solche Hilfstätigkeit sollen die dafür zuständigen Behörden vornehmen. Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist zudem zwingend, dass alle gesetzlich festgelegten Nachweise für eine medizinische Ausbildung vorliegen und haftungsrechtliche Fragen geklärt werden. „Aus Gründen des Patientenschutzes muss dringend vermieden werden, dass ein Personenkreis ohne ausreichende Kompetenzüberprüfung per Gesetz zu Quasi-Ärzten erklärt werden kann“, begründet dies Montgomery. Es dürfe einfach keine anderen Maßstäbe für die Behandlung asylbegehrender Menschen geben. Dies schließe auch die Qualifikation derjenigen ein, die die Asylbegehrenden behandeln.

### Gesetzgeber ändert Zulassungsverordnung

Zusätzlich will die Bundesregierung durch eine Änderung der Zulassungsverordnung die Möglichkeit schaffen, geeignete Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und psychosoziale Zentren für die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Flüchtlingen zu ermächtigen. Kritiker weisen darauf hin, dass sich diese Regelung gemäß EU-Richtlinie 2013/33 auf die Behandlung aller Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen beziehen sollte und nicht nur auf Flüchtlinge, die schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer sind bereits aktiv geworden und haben Eckpunkte für ein Modellprojekt zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen erarbeitet. Beide Kammern greifen damit auch eine Forderung der Integrations- und der Gesundheitsministerkonferenz auf, die sich für ein solches Versorgungsmodell ausgesprochen hatten (siehe Textkasten S. 6).

Unterdessen ruft die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge auch die EU-Kommission auf den Plan. Sie stellt den am stärksten betroffenen Mitgliedsstaaten im Rahmen der



Wer darf impfen, wer nicht? Die Ärzteschaft möchte die GBA-Richtlinien lockern

finanziellen Soforthilfe für die Aufnahme der Flüchtlinge und die medizinische Hilfe 73 Millionen Euro bereit. Außerdem will sie einen Vorschlag unterbreiten, das Budget für 2015 um weitere 100 Millionen Euro aufzustocken. Der EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Vytenis Andriukaitis, erinnert die EU-Länder an die Möglichkeit, Hilfe über den EU-Zivilschutz-Mechanismus zu beantragen. Im Hinblick auf die geplanten Hotspots kündigt er eine Liste der dringendsten ärztlichen Kontrollen an, die insbesondere bei Kindern, Frauen, Schwangeren und alten Menschen vorgenommen werden sollten.

### Weitere Schritte sind notwendig

Weiterer Handlungsbedarf besteht in Deutschland unter anderem im Bereich der stationären Versorgung. In einem Brief an das Bundesgesundheitsministerium klagte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unlängst über Probleme der Kliniken bei der Erstattung der Behandlungskosten für Flüchtlinge durch die Länder. Um das Ausfallrisiko zu verringern, verlangte die DKG unter anderem Beweiserleichterungen im Sozialrecht. Problematisch ist zudem, dass Krankenhäuser laut Gesetz Vergütungsabschläge von bis zu 65 Prozent drohen, wenn sie mehr Patienten behandeln, als in dem mit den Krankenkassen ausgehandelten Jahresbudget vorgesehen ist. Diese Grenze ist wegen des Flüchtlingsstroms für viele Häuser kaum zu halten. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zeigte sich zunächst unbeeindruckt und verwies darauf, dass Budgets neu verhandelt werden könnten. Vielleicht kommt nun aber doch noch Bewegung in die Sache. In Berlin kursiert der Entwurf eines Änderungsantrages von Union und SPD für das geplante Krankenhausstrukturgesetz. Demnach soll es Krankenhäusern erlaubt werden, Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz außerhalb des Rahmens der Erlösbudgets zu vergüten.

## politik &amp; beruf

Fortsetzung von Seite 5

Sorgenthema Nummer eins bleibt aber die Versorgung der Kinder und Jugendlichen unter den Flüchtlingen. Die TU München hatte in einer Studie die gesundheitliche Verfassung von Flüchtlingskindern untersucht. Von 100 untersuchten Kindern hatten 82 eine körperliche Krankheit, bei zehn Prozent bestand akuter Behandlungsbedarf. 63 der 100 Kinder hatten Karies, ein Viertel eine Atemwegserkrankung. Elf hatten eine Infektionskrankheit oder Parasiten. Der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte warnt, dass viele ehrenamtliche Kinderärzte in den Lagern unter teils chaotischen Umständen behandeln müssten. Die Versorgung müsse in Zukunft vermehrt in Arztpraxen stattfinden.

### Die Unterbringung soll per Gesetz verbessert werden

Ein Lichtblick ist, dass schon Anfang November ein von Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig (SPD) erarbeitetes Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher in Kraft

treten wird. Ziel ist es unter anderem, eine dem Kindeswohl entsprechende, bedarfsgerechte Unterbringung, Versorgung und Betreuung zu garantieren. Zudem soll das Gesetz gewährleisten, dass Kinder und Jugendliche dort untergebracht werden, wo sie eine angemessene Betreuung und Versorgung erhalten.

In den Zeltlagern in der Hamburger Schnackenburgallee, in Köln-Chorweiler, in Kassel-Calden und in vielen anderen Städten ist man davon noch weit entfernt. Viele Kommunen setzen nun auf Containerdörfer oder Unterkünfte, die in mobiler Holzständerbauweise schnell errichtet werden können. Der Berliner Senat will mehr als eine halbe Milliarde Euro in Fertigbau-Wohnungen investieren. Fast 30.000 Menschen, vor allem Flüchtlinge, sollen darin untergebracht werden. Das Vorhaben ist ehrgeizig und doch kommt es für viele Flüchtlinge zu spät. Der Bau wird sieben bis zehn Monate dauern. Die Meteorologen sagen für dieses Jahr einen strengen Winter voraus. ■

### BÄK und BPTK legen Konzept für Modellprojekt zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge vor

Bundesärztekammer (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fordern eine bessere psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von psychisch kranken Flüchtlingen. Ob ein Flüchtling eine Psychotherapie benötigt, muss von unabhängigen und qualifizierten Gutachtern geprüft werden. Bisher fällen solche Entscheidungen viel zu häufig Sachbearbeiter in den Sozialbehörden oder fachfremde Gutachter. Falls eine Psychotherapie indiziert ist, muss außerdem der Einsatz von Dolmetschern finanziert werden.

Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer schlagen gemeinsam ein Modellprojekt für die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen vor, das aus Bundesmitteln finanziert werden soll. Beide Kammern greifen damit eine Forderung der Integrations- und der Gesundheitsministerkonferenz auf, die vorgeschlagen hatten, den Einsatz von Dolmetschern in der psychotherapeutischen Behandlung in einem Modellprojekt zu erproben. Kern des Modellprojekts sind drei aufeinander abgestimmte Module. Das erste Modul sieht den Aufbau eines bundesweiten Dolmetscherpools vor. Dieser könnte von Anbietern geleistet werden, die bereits in der Sprachmittlung tätig sind. Eine Koordinierungsstelle würde die Sprachmittler qualifizieren und zertifizieren, an Ärzte und Psychotherapeuten vermitteln und auch deren Vergütung abwickeln.

Als zweites Modul schlagen BÄK und BPTK in jedem Bundesland eine Koordinierungsstelle für die psychotherapeu-

tische Behandlung von Flüchtlingen vor. Diese soll für die Beantragung, Begutachtung, Genehmigung sowie Vergütung von Psychotherapien bei Flüchtlingen zuständig sein. Die Begutachtung, ob die beantragte Psychotherapie indiziert ist, soll durch einen unabhängigen und qualifizierten Gutachter erfolgen. Die Koordinierungsstelle entscheidet über die Psychotherapie auf Grundlage des Votums des Gutachters. Sie leistet auch die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten und rechnet die Ausgaben mit der Behörde ab, die gesetzlich die Kosten übernehmen muss.

Ein drittes Modul stellt die erforderliche Qualifizierung der Ärzte und Psychotherapeuten sicher. Ärzte und Psychotherapeuten sollten über spezifische Kompetenzen bei der Versorgung von Flüchtlingen verfügen, zu denen zum Beispiel asylrechtliche Kenntnisse gehören. Solche Kompetenzen sollen durch entsprechende Fortbildungen der Landesärztekammern bzw. Landespsychotherapeutenkammern sichergestellt werden. Zudem sollte es möglich sein, dass sich nicht nur Vertragsärzte und -psychotherapeuten, sondern auch psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die in Privatpraxen, Flüchtlingszentren oder universitären Forschungs- und Hochschulambulanzen tätig sind, an dem Modellprojekt beteiligen können.

Den Vorschlag von BÄK und BPTK für das Modellprojekt finden Sie unter [http://www.baek.de/Modellprojekt\\_Flüchtlingsversorgung](http://www.baek.de/Modellprojekt_Flüchtlingsversorgung)

## Krankenhausreform: Mehr Mut zur Qualität

Ärzte sehen bisher erreichte Fortschritte in Gefahr



Eine Qualitätsoffensive für das Gesundheitswesen hat die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag ausgerufen. Dafür hat sie mit dem Versorgungsstrukturgesetz Neuregelungen zur Qualitätssicherung auf den Weg gebracht, die nun mit der geplanten Krankenhausreform auch für den stationären Sektor ausgebaut werden sollen. Doch was bisher an Vorschlägen für eine Krankenhausreform auf dem Tisch liegt, ist aus Sicht der Ärzteschaft und vieler anderer Akteure aus dem Gesundheitswesen unzureichend, die Patientenversorgung in den Kliniken zu verbessern. Auf einer Protestveranstaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Ende September in Berlin, an der auch die Bundesärztekammer (BÄK) mitgewirkt hatte, formierte sich der Widerstand. Mittlerweile hat die Politik nachgebessert. Zahlreiche offene Punkte aber bleiben.

Im Kern sieht das Gesetz vor, dass Qualitätsaspekte sowohl bei der Krankenhausplanung als auch bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden sollen. Zur Stärkung der Pflege wird ein Pflegestellen-Förderprogramm geschaffen. Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen soll ein Strukturfonds eingerichtet werden.

Das liest sich zunächst gut, doch liegen die Tücken im Detail. So sieht der Entwurf vor, dass das Investitionsvolumen der Länder auf lediglich den Durchschnitt der Jahre 2012 - 2014 festgeschrieben werden soll. Damit wird es dabei bleiben, dass Kliniken Geld, das für die Patientenversorgung bestimmt ist, für dringend notwendige Investitionen verwenden müssen. Die Bundesärztekammer fordert daher klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen. Auch der Bund müsse ergänzend Mittel zur Verfügung stellen.

Auch hat die Bundesärztekammer mehrfach darauf hingewiesen, dass eine jährliche Steigerung von 1,5 - 2 Prozent der stationär versorgungsbedürftigen Patienten auf mehr als 19 Millionen Patienten pro Jahr, die gleichzeitige Verkürzung der Verweildauer und immer mehr Notfallpatienten zu immenser Arbeitsverdichtung und Mehrarbeit geführt haben. Notwendig sind unter anderem gesetzgeberische Maßnahmen zur umfassenden Refinanzierung der Tarifabschlüsse sowie zur Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. „Wenn die von der Politik ausgerufene Qualitätsoffensive für unsere Krankenhäuser keine leere Worthülse bleiben soll, muss sie

## politik &amp; beruf

Fortsetzung von Seite 6

wichtige Voraussetzungen schaffen, damit die Kliniken weiterhin gute Qualität liefern können", forderte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Immerhin verständigten sich Bund und Länder auf eine Reihe von Änderungen an dem Gesetzentwurf. Die geplante Streichung des Versorgungszuschlags, den die Krankenhäuser seit 2013 auf jeden DRG-Fall aufschlagen können, ist vom Tisch. Dieser Betrag soll nun entsprechend der Pflegedienstpersonalkosten auf die Krankenhäuser verteilt werden. Auch der Forderung der BÄK nach einer Refinanzierung steigender Tarifabschlüsse wird in Teilen entsprochen. Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, sollen hälftig von den Kostenträgern refinanziert werden. Um Überkapazitäten abzubauen, sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, sich an den Kosten für die Schließung eines Krankenhauses zu beteiligen.

Während die DKG vor noch einen "heißen Herbst" ankündigte, sieht sie nun mit dem Erhalt des Versorgungszuschlags und dem ebenfalls vorgesehenen Ausgleich für Tarifsteigerungen ihre wichtigsten Forderungen erfüllt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hingegen hadern damit, dass sie zukünftig entweder Portalpraxen in beziehungsweise an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder die Ambulanzen von Krankenhäusern über entsprechende Vertragsvereinbarung unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden sollen. In einem gemeinsamen Schreiben an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sprachen sie sich gegen die geplanten Gesetzesänderungen aus.

Aus Sicht der Bundesärztekammer besteht zudem bei den vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung dringender Nachbesserungsbedarf. Sie sieht die in den vergangenen Jahren erzielten Erfolge der Ärzteschaft bei der Qualitätssicherung durch das Gesetz gefährdet. „Was den Bürgern vordergründig als Plus an Behandlungssicherheit und Versorgungsqualität dargestellt wird, erweist sich bei genauerer Betrachtung als Sammlung methodisch unausgereifter bis absehbar untauglicher Werkzeuge, die wenig mit Qualitätssicherung zu tun haben. Sie sollen vielmehr gesundheitspolitische Versäumnisse an anderer Stelle kaschieren“, warnte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der BÄK. In einem Positionspapier unter dem markanten Titel "Qualitätssicherung auf dem Irrweg" weist die BÄK darauf hin, dass der im Gesetz vorgesehene Ansatz problematisch ist, Indikatoren der bestehenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu nutzen, um den zuständigen Krankenhausplanungsbehörden die Schließung von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern zu ermöglichen. Die Indikatoren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung dienen vielmehr dazu, einen

differenzierten Dialog zwischen Fachleuten über einzelne Qualitätsaspekte zu ermöglichen. „Qualitätsindikatoren, die sicher zwischen ausreichender und unzureichender Qualität einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses zu unterscheiden vermögen, gibt es nicht.“ Die in den letzten 15 Jahren aufgebaute Qualitätskultur werde durch das im Gesetz aufgebaute Drohszenario zerstört.



BÄK-Präsident Montgomery: "Ärzte und Pflegekräfte arbeiten am Limit, um die Folgen der unzureichenden Finanzierung zumindest zu mildern."

Scharf kritisiert die Bundesärztekammer auch die geplante Einführung von Qualitätszuschlägen und -abschlägen. Die Bundesregierung habe in einem Gutachten die Einsatzmöglichkeiten von solchen Pay-for-Performance-Konzepten in Deutschland prüfen lassen. Weder aus dem Gutachten noch aus internationalen Erfahrungen lasse sich die Zweckmäßigkeit der Einführung in Deutschland ableiten. Zudem sei das Potenzial von Fehlanreizen enorm. Insbesondere Krankenhäusern, die multimorbide Patienten mit hohem Betreuungsaufwand bei gleichzeitig ungünstiger Prognose behandeln, drohe eine systematische Benachteiligung. Erst kürzlich hat die Fachzeitschrift JAMA eine US-amerikanische Studie mit dem paradoxen Ergebnis veröffentlicht, dass ausgerechnet die Krankenhäuser, die aufwändige Betreuungsangebote vorhalten und auch problematische Verläufe akribisch dokumentieren, um aus ihnen zu lernen, mit finanziellen Abschlägen wegen vermeintlicher Qualitätsmängel bestraft wurden.

Die BÄK appelliert an den Gesetzgeber, den Kurs einer vorgeblichen Qualitätsoffensive zu revidieren und den Krankenhausbereich nicht durch den gleichzeitigen Einsatz verschiedenster und nicht getesteter Qualitätssicherungsinstrumente zu verunsichern. Stattdessen sollten einzelne Maßnahmen mit Bedacht erprobt werden und erst bei nachgewiesenem Erfolg in die Fläche gehen. Zudem rät die Bundesärztekammer, die Kompetenz und die Erfahrung der Akteure der Selbstverwaltung zu nutzen, um die Qualität in der medizinischen Versorgung in Deutschland tatsächlich voranzubringen.

BÄK-Positionspapier "Qualitätssicherung auf dem Irrweg" im Internet unter [www.baek.de/QS-Positionspapier](http://www.baek.de/QS-Positionspapier) ■



## Deutschland sucht den Masterplan

### Erste Vorschläge zur Reform des Medizinstudiums

Es ist nur ein einziger Satz im Koalitionsvertrag, aber mit dem hat sich die schwarz-rote Bundesregierung ein ehrgeiziges Ziel gesteckt. Auf Seite 58 kündigt sie einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ an. Seine Ziele: eine bessere Auswahl der Studierenden, mehr Praxisnähe und eine Stärkung der Allgemeinmedizin. Damit soll eine flächendeckende, wohnortnahe medizinische Versorgung auch in ländlichen Gebieten sichergestellt werden.

Derzeit beratschlagen die Fachpolitiker von CDU/CSU und SPD noch innerparteilich darüber, wie sie den Masterplan mit Leben füllen können. Einblicke in diesen Diskussionsprozess geben noch nicht konsentiertere Papiere, die in der AG Gesundheit der Union diskutiert werden, sowie der Entwurf eines Positionspapiers der Sozialdemokraten. In beiden Zirkeln wird überlegt, ob die Universitäten bei der Auswahl ihrer Medizinstudierenden in Zukunft neben der Abiturnote auch einschlägige Berufserfahrungen oder ein ehrenamtliches Engagement mit berücksichtigen sollten. Dafür hatte sich jüngst auch die Bundesärztekammer (BÄK) in einer Stellungnahme ausgesprochen. Schließlich werde die ärztliche Tätigkeit neben kognitiven Fähigkeiten auch „durch soziale und empathische Kompetenz geprägt“.

#### Abschied vom Staatsexamen?

Einigen großkoalitionären Diskussionsstoff dürften Gedankenspiele der Sozialdemokraten über eine Abschaffung des Staatsexamens liefern. „Die starre Struktur des Medizinstudiums – Grundlagenwissen in der Vorklinik, Praxiserfahrung erst im Klinikum – kann aufgebrochen werden“, heißt es in einem Positionspapier, das die Bundestagsabgeordnete Dr. Daniela De Ridder (SPD) verfasst hat. Bereits im Bachelor solle die Praxiserfahrung einen höheren Stellenwert erhalten. Während für medizinische Berufe oder im Gesundheitsmanagement ein Bachelor-Abschluss ausreiche, käme die teure klinische Ausbildung den Studierenden im Master zugute, die „ganz überwiegend in der Medizin praktizieren“ wollten.

Von einer Weiterentwicklung zum „Exzellenzstudium“ ist dagegen in den Reihen der Union die Rede. Es gehe schließlich „um die ärztliche Berufsausbildung und nicht um die Vorbereitung einer beliebigen Tätigkeit im ‚Markt der Krankenversicherungen‘.“ Ziel sei der wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung befähigt sei. Die Medizin sei auf eine ständig erneuerte wissenschaftliche und forschungsorientierte Basis angewiesen. Dabei helfen könnte, unter Beteiligung der zuständigen Kammern und Verbände, eine „Ständige Fachkommission Medizinstudium“.



Die Bundesärztekammer hingegen schlägt ein ganzes Maßnahmenpaket vor. Um Teilzeitstudierenden einen nahtlosen Übergang in die klinischen Semester zu ermöglichen, müsse die Methodik der Kapazitätsberechnung überarbeitet werden. Besonders groß ist der Ärztemangel in der Allgemeinmedizin. Um ihn wirksam zu bekämpfen, sollten die angehenden Ärzte gleich zu Beginn ihres Studiums an die hausärztliche Tätigkeit herangeführt werden. Die BÄK fordert außerdem, bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland entsprechende Lehrstühle einzurichten – ein Vorschlag, den in ihren Papieren sowohl die Union als auch die Sozialdemokraten unterstützen. In der CDU möchte man parallel dazu auch die Zahl der Lehrkrankenhäuser erhöhen, um eine bessere Verteilung der Studierenden zu erreichen. Hinter der umstrittenen „Landarztquote“ steht hingegen ein Fragezeichen. Die SPD lehnt sie aufgrund fehlender empirischer Wirksamkeitsbelege ab. Und in der CDU/CSU wird bezweifelt, ob Quotenregelungen der Motivation und Leistungsbereitschaft junger Ärzte zuträglich sind.

Für „erreichbar und wünschenswert“ halten Gesundheitsexperten der Union eine Erhöhung der Studienplatzzahlen um „bis zu 10 Prozent“. Tatsächlich bemühen sich trotz des sich massiv verschärfenden Ärztemangels immer mehr Bewerber um immer weniger Studienplätze; viele bleiben ohne Erfolg. „Statt 16.000 Plätzen, die es nach der Wiedervereinigung aufgrund der acht hinzugekommenen Fakultäten hätten ergeben müssen, sind es aktuell nur noch rund 10.000“, rechnet die BÄK vor. Zehn Prozent mehr wären „dringend geboten“. Ob es dazu kommen wird, ist fraglich. Zunächst gilt es, die CDU-Bildungsexperten zu überzeugen, denn die melden Bedenken an – „wegen offener Finanzierungsfragen“. Ein bisschen Zeit bleibt dafür noch. Der Masterplan soll Mitte 2016 vorliegen.

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

## Grippe: Schlechterer Impfschutz für GKV-Patienten?

STIKO empfiehlt Impfung mit aktueller Antigenkombination

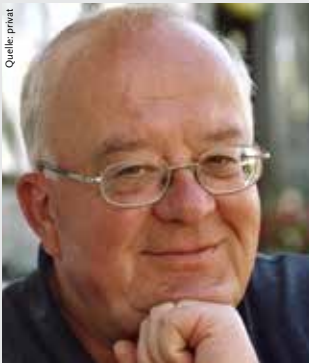
Zum Auftakt der Grippezeit rufen zahlreiche Organisationen zur Grippeimpfung auf. Gleichzeitig berichten die Medien über eine mögliche Benachteiligung der gesetzlich Krankenversicherten. Der Vorwurf: Für sie stehe statt des teureren, aber wirksameren Vierfach- nur der preiswertere Dreifachimpfstoff zur Verfügung. Dieser enthält Antigene dreier weltweit zirkulierender Stämme des Grippe-Virus, bietet aber keinen Schutz vor dem Influenzavirusstamm B-Brisbane, der in Australien die diesjährige Grippezeit dominiert hat. Er war dort Berichten zufolge in manchen Gegenden für die Hälfte der Grippeerkrankungen verantwortlich.

Die Kosten für den Vierfachimpfstoff werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Er ist mit einem Einzelpreis von 23 Euro deutlich teurer als der Dreifachimpf-

stoff, der lediglich acht Euro kostet. Die Zusammensetzung der Influenza-Impfstoffe muss jedes Jahr an die epidemiologische Situation angepasst werden. Die genaue Zusammensetzung wird von der Weltgesundheitsorganisation festgelegt. Sie sammelt weltweit die zirkulierenden Grippestämme ein und prüft sie auf genetische Veränderungen.

Im vergangenen Jahr hatte sich der Impfstoff als wenig wirksam erwiesen. Schuld war eine starke Mutation des H3N2-Virus. Aufgrund des langwierigen Herstellungsprozesses wird die Zusammensetzung des Impfstoffes für die Nordhalbkugel schon zum Jahresanfang festgelegt. Allerdings können Influenza-Viren ihr Erbgut ständig verändern. Diese Mutationen können dann bei der Herstellung des Impfstoffs nur noch in begrenztem Maße berücksichtigt werden. ■

### 3 Fragen an Dr. Jan Leidel, Vorsitzender der Ständigen Impfkommision



Dr. Jan Leidel

**Herr Dr. Leidel, gesetzlich Versicherte erhalten bei der Gripeschutzimpfung einen anderen Impfstoff als Privatpatienten. Sind sie dadurch schlechter gegen Grippe geschützt?**

Der Schutz des viervalenten Impfstoffes ist nicht per se besser als der des dreivalenten Impfstoffes. Wenn jedoch zwei verschiedene B Viren zirkulieren würden, oder wenn das in dem dreivalenten Impfstoff enthaltene B-Virus nicht dem zirkulierenden B-Virus entspräche, hätte man mit dem viervalenten Impfstoff einen Vorteil. Ob dies so sein wird, kann niemand sicher voraussagen. Die Ständige Impfkommision empfiehlt für die entsprechenden Indikationsgruppen eine Impfung mit einem Influenzaimpfstoff mit aktueller, von der Weltgesundheitsorganisation empfohlener Antigenkombination. Dies trifft sowohl für den dreivalenten als auch für den viervalenten Impfstoff zu. Da bislang keine eindeutige Überlegenheit des tetraivalenten gegenüber dem trivalenten Impfstoff gezeigt werden konnte, gibt die STIKO diesbezüglich auch keine präferentielle Empfehlung. Es kann also ein trivalenter oder ein tetraivalenter Impfstoff für die Impfung verwendet werden. Die STIKO hat keinen Einfluss darauf, für welche Impfstoffe die Kosten dann von den Krankenkassen ersetzt werden.

**Wie unterscheidet sich dann der in Deutschland verwendete Dreifach- von dem Vierfachimpfstoff?**

Die tetraivalenten Impfstoffe enthalten dieselben Influenza A-Stämme wie die trivalenten. Die WHO hat die in der Saison 2014/15 nicht optimale Übereinstimmung bei einer der drei bzw. vier Impfstoffkomponenten - und zwar bei der A/H3N2-Variante - mit den hauptsächlich zirkulierenden Viren zum Anlass genommen, eine veränderte Zusammensetzung des Impfstoffes für die kommende Saison zu empfehlen. Dreivalenten Impfstoffe sollen demnach Antigene folgender Influenzaviren enthalten: A/California/07/2009 (H1N1) pdm09, A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2) und B/Phuket/3073/2013. Der viervalente Impfstoff enthält zusätzlich Antigene des Influenzavirus-Stamms B/Brisbane/60/2008.

**Die STIKO empfiehlt für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren eigens entwickelte Lebendimpfstoffe. Warum?**

Seit der Influenzasaison 2012/2013 steht in Deutschland erstmals ein Lebendimpfstoff zur Verfügung, der für Kinder im Alter von zwei bis 17 Jahren zugelassen ist und als Nasenspray verabreicht wird. Der Lebendimpfstoff weist laut Studien im Vergleich zu Totimpfstoffen zumindest bei Kindern von zwei bis sechs Jahren eine bessere Schutzwirkung auf. Auf Grund der vorliegenden Evidenz empfiehlt die STIKO seit der Influenzasaison 2013/2014 erstmals, Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren, bei denen eine Influenzaimpfung indiziert ist, bevorzugt mit dem Lebendimpfstoff zu impfen, sofern keine Kontraindikation vorliegt.

## Patientensicherheit braucht ausreichend Personal

### Ärzeschaft entwickelt erfolgreiche Strategien zur Fehlerprävention

Die Sicherheit der Patienten steht für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland seit jeher an erster Stelle. Das zeigen nicht zuletzt die vielfältigen Maßnahmen, die die Ärzteschaft in führender Rolle sowohl auf politisch-strategischer, als auch auf inhaltlich-praktischer Ebene seit dem Ärztetagsbeschluss 2005 zur Patientensicherheit auf den Weg gebracht hat.“ Das sagte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, anlässlich des ersten internationalen Tages der Patientensicherheit am 17. September 2015. Der Tag wird vom Aktionsbündnis Patientensicherheit ausgerufen und widmete sich in diesem Jahr insbesondere der Förderung der Hygiene und der Vermeidung von Infektionen.

#### Bessere Rahmenbedingungen für gute Qualität

„Wir haben erfolgreiche Strategien zur Fehlerprävention und Qualitätssicherung entwickelt und kümmern uns um entsprechende Fortbildungsangebote zum Fehler- und Risikomanagement, um nur einige Aktivitäten zu nennen.“ Dazu gehören natürlich auch die Förderung von Hygiene, die Unterstützung von praxisorientierten Aktivitäten wie die „Aktion Saubere Hände“ und der Ausbau des Infektionsschutzes. Jonitz begrüßte in diesem Zusammenhang den kürzlich vorgelegten Zehn-Punkte-Plan der Bundesregierung zur Bekämpfung resistenter Erreger (S. auch Beitrag S. 12). Weitere Anstrengungen seien aber erforderlich. Bund und Länder sollten mit der geplanten Krankenhausreform endlich bessere Rahmenbedingungen für gute Qualität in der Patientenversorgung schaffen. „Menschen behandeln Menschen, also helfen Vorschriften und Regeln nicht, wenn das Personal und die Ressourcen fehlen“, so Jonitz. Mittlerweile werde sogar in infektiologischen Risikobereichen wie Intensivstationen die von den Fachgesellschaften empfohlene Personalbesetzung in der Regel deutlich unterschritten. Dabei zeigte sich, dass eine hohe Arbeitsdichte das größte Risiko für nosokomiale Infektionen darstelle.

Statt mit Hilfe fragwürdiger Messinstrumente vermeintlich schlechte Qualität zu sanktionieren, sei eine ausreichende Finanzierung der Personalkosten in den Krankenhäusern notwendig. „Und wir brauchen auch mehr Lehrstühle für Krankenhaus- und Umwelthygiene. Nur so können wir langfristig den Bedarf an qualifizierten Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie decken“, erklärte Jonitz.

Die Bundesärztekammer hatte bereits 2011 nach der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes eine strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ aufgelegt. Diese



„Aktion saubere Hände“: Patientensicherheit fängt im Alltag an

Maßnahme war jedoch nur als Übergangslösung gedacht, um kurzfristig und flächendeckend genügend Ärztinnen und Ärzte in „Krankenhaushygiene“ zu qualifizieren. „Für eine dauerhafte Lösung müssen Bund und Länder jetzt nachlegen“, sagte Jonitz.

#### Fact Sheet der EU-Kommission zur Patientensicherheit

Auch auf europäischer Ebene veröffentlichte jüngst das Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) der Europäischen Kommission das Fact Sheet „Patientensicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung in der EU“.

Die BÄK hatte im vergangenen Jahr an der Konsultation zu der Stellungnahme teilgenommen. Für das Fact Sheet ermittelte der Expertenausschuss die wichtigsten Qualitätskriterien für ein breites Spektrum von Dienstleistungen, einschließlich der Notfalldienste und der Langzeitpflege. Um die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Patientensicherheit zu erhöhen, schlägt das Gremium eine Reihe von Maßnahmen vor. Unter anderem solle ein Ausschuss eingerichtet werden, der alle EU-Initiativen zur Qualität in der Gesundheitsversorgung kontrolliert. Ein EU-weiter Rahmen für die Analyse der Leistung von Gesundheitssystemen könnte den Vergleich von Gesundheitsstrategien und deren Auswirkungen erleichtern. Ein Health Technology Assessment (HTA)-Netzwerk würde den Mitgliedsstaaten die Möglichkeit geben, Wissen über Gesundheitstechnologien, Versorgungsprozesse und Wirkungsanalysen auszutauschen und so Doppelarbeit vermeiden. Weitere Vorschläge betreffen die stärkere finanzielle Förderung von Studien, die Förderung einer sanktionsfreien Berichterstattung sowie den Aufbau eines europaweiten Gesundheitserziehungsprogramms. ■

## Wettrüsten im Reagenzglas

### G7-Gesundheitsminister beraten über Antibiotika-Resistenzen

Der Kampf schien längst gewonnen. „Es ist an der Zeit, das Kapitel Infektionskrankheiten zu beenden“, verkündete der Direktor des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der USA im Jahr 1970. Doch die Keime haben nachgerüstet. Nach aktuellen WHO-Berechnungen sterben aufgrund von Antibiotika-Resistenzen pro Jahr weltweit etwa 700.000 Menschen, allein 10.000 in Deutschland. Inzwischen ist die Politik auf das Problem aufmerksam geworden. Im März stellte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) einen Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger vor. Kurz darauf verabschiedete die WHO einen globalen Aktionsplan. Im Juni waren Antibiotika-Resistenzen Thema auf dem G7-Gipfel. Und bei ihrem Treffen im Oktober in Berlin widmeten die G7-Gesundheitsminister den Resistenzen einen ganzen Sitzungstag. „Wir müssen Gesundheit mehr denn je global denken“, erklärte Gröhe. Krankheiten machten nicht an Staatsgrenzen halt.



Ausgequetscht: Antibiotika sind für die Pharmaindustrie offenbar wirtschaftlich nicht lukrativ

Sorgen bereitet den Gesundheitsministern der weltweit steigende Antibiotika-Verbrauch. Eine Studie der Boston Consulting Group beziffert ihn in der Humanmedizin zwischen den Jahren 2000 und 2011 auf 36 Prozent. Zwar geht er in den westlichen Industrieländern zurück. So lagen Antibiotika laut Arzneiverordnungsreport in Deutschland im Jahr 2013 noch

auf Platz zwei der verordnungstärksten Arzneimittel, im Jahr 2014 nur noch auf Platz fünf. Dafür schnellen die Zahlen in Brasilien, Russland, Indien und China umso steiler nach oben. Viel größer ist das Problem in der Veterinärmedizin. Allein in der Tiermast werden in Deutschland doppelt so viele Antibiotika eingesetzt wie in der Humanmedizin. Dabei kommen Antibiotika zum Einsatz, die für die Antibiotika-Therapie am Menschen unverzichtbar sind. Der Antibiotika-Verbrauch in der Veterinärmedizin wird bis zum Jahr 2030 um 67 Prozent steigen, prognostiziert ein internationales Forscherteam in einer Studie, die in der Fachzeitschrift PNAS veröffentlicht wurde. Diesem Trend wollen die G7-Gesundheitsminister ein Ende setzen. In ihrer Abschlusserklärung setzen sie sich dafür ein, Antibiotika nur noch zu therapeutischen Zwecken nach einer individuellen Diagnose zu verabreichen.

#### Verordnung von Antibiotika: "So oft wie notwendig und so selten wie möglich"

Auch die Ärzteschaft rät zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika. Grundsätzlich gelte: „So oft wie notwendig und so selten wie möglich“, erklärte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). Er verwies in diesem Zusammenhang auf die vielfältigen Aktivitäten der BÄK im Kampf gegen Resistenzen. So würden bereits in der Aus- und Weiterbildung grundlegende Erkenntnisse über Resistenzen und eine rationale Antibiotika-Therapie vermittelt. Nach Auffassung der Ärzteschaft müssten die Strukturen im Bereich der Krankenhaushygiene unter anderem durch den Ausbau von Lehrstühlen und Instituten so gefördert werden.

#### Anreize zur Forschungsförderung

Anlass zur Sorge gibt auch das nachlassende Engagement der Pharmaindustrie bei der Erforschung neuer Antibiotika. Zwar rechnet der Verband der forschenden Pharmaunternehmen bis zum Jahr 2020 mit 14 neuen Breitband-Wirkstoffen. Die Boston Consulting Group attestiert dem Therapiegebiet dennoch eine „Forschungslücke“ und „mangelnde wirtschaftliche Attraktivität“. Von etwa 20 pharmazeutischen Unternehmen mit großen Antibiotika-Programmen in den 90er Jahren seien nur noch fünf in diesem Bereich aktiv. Als Gegenmaßnahme schlagen die G7-Gesundheitsminister wirtschaftliche Anreize zur Forschungsförderung sowie einen globalen Antibiotika-Forschungsfonds vor. Die Harmonisierung von Zulassungsverfahren und -bedingungen soll vorangetrieben werden, damit neue Antibiotika schneller auf den Markt kommen. Der Kampf gegen die Keime geht in die nächste Runde. ■

## BÄK stellt Kurzinformationen zum „Doose-Syndrom“ bereit

Auf zwei Seiten informiert die neu erschienene Kurzinformation zum „Doose-Syndrom“ über Krankheitszeichen und Behandlungsmöglichkeiten dieser seltenen Erkrankung. Eltern finden hier wichtige Fakten und praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Krankheit.

Das Doose-Syndrom ist eine seltene Form der Epilepsie im Kindesalter – ungefähr eins von 10 000 Kindern ist betroffen. Kennzeichnend für das Doose-Syndrom ist, dass verschiedene Anfallsformen auftreten. Die Muskeln können komplett verkrampfen oder schlagartig erschlaffen. Die Erkrankung beginnt meist im Alter von ein bis fünf Jahren. In der Regel sind die Kinder zu Beginn der Krankheit körperlich und geistig altersgerecht entwickelt. Der Krankheitsverlauf ist von Kind zu Kind verschieden. Bei vielen Kindern „verwächst“ sich die Krankheit nach mehreren Jahren. Bei anderen treten Anfälle trotz Behandlung weiterhin auf und die geistige Entwicklung des Kindes wird beeinträchtigt.

Als Behandlungsmöglichkeiten kommen Medikamente, Hormone und ketogene Diät infrage. Da jedes Kind unterschiedlich auf die Behandlung reagiert, sollte diese persönlich auf das betroffene Kind zugeschnitten sein.

Die Informationen stehen Ärzten und Patienten zum Download zur Verfügung unter [www.baek.de/doose-syndrom](http://www.baek.de/doose-syndrom). ■

## Honorarverhandlungen: Orientierungswert steigt um 1,6 Prozent

Der Orientierungswert für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen steigt im Jahr 2016 um 1,6 Prozent. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der Ärztevertreter festgelegt. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen bezeichnete das Ergebnis als „enttäuschend“.

Ab 1. Januar gilt damit ein Orientierungswert von 10,4361 Cent. Mit dem Beschluss sind die Honorarverhandlungen für das Jahr 2016 auf Bundesebene beendet. Im nächsten Jahr stehen insgesamt rund 800 Millionen Euro mehr für die ambulante Versorgung der rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung. Davon entfallen etwa 550 Millionen Euro auf den höheren Orientierungswert. Weitere rund 250 Millionen Euro mehr müssen die Krankenkassen bereitstellen, um den steigenden Behandlungsbedarf aufgrund zunehmender Krankheiten und einer immer älter werdenden Bevölkerung zu decken. Über die genaue Höhe dieses Betrages verhandeln ab Herbst die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen auf Landesebene. ■

## BÄK: Kinder vor Tabakrauch im Auto schützen

Es ist dringend notwendig, Kinder und Jugendliche, die in PKW mitfahren, wirksam vor Tabakrauch zu schützen“, fordert Dr. Josef Mischo, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer. Der Gesetzgeber solle dem Beispiel Großbritanniens folgen. Dort wird neuerdings beim Rauchen im Auto in Anwesenheit von Kindern ein Bußgeld fällig. Die BÄK unterstützt damit auch die Initiative der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler, die sich jüngst für ein solches Rauchverbot ausgesprochen hatte.



„Kinder leiden unter dem Passivrauchen noch stärker als Erwachsene“, unterstreicht Mischo. Es führe zu akuten und chronischen Atemwegserkrankungen, verschlimmere bereits vorhandenes Asthma und erhöhe den Bluthochdruck. Bei Kleinstkindern stelle das Passivrauchen zudem einen Hauptrisikofaktor für den plötzlichen Kindstod dar. Besonders hoch sei die gesundheitliche Belastung im Auto. „In der Fahrgastzelle liegt die Schadstoffkonzentration sogar über der einer durchschnittlich verrauchten Bar.“ ■

## Rahmenvorgaben 2016: 1,2 Milliarden Euro mehr für Arzneimittel

Die bundesweiten Anpassungsfaktoren für Arznei- und Heilmittel steigen im kommenden Jahr um jeweils 3,7 Prozent. Im Arzneimittelbereich bedeutet dies ein zusätzliches Finanzvolumen von etwa 1,2 Milliarden Euro. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt.

Vereinbart wurde auch, dass für die seit 2014 zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung von Hepatitis C ein gesonderter Eurobetrag ausgewiesen wird. Aufgrund der Ausgabenentwicklung im ersten Halbjahr 2015 wurden für die Jahre 2015 und 2016 jeweils 1,4 Milliarden Euro festgelegt. ■

## nachrichten

## Schätzerkreis erwartet Anstieg der Beiträge zur GKV

Nach einer Prognose des GKV-Schätzerkreises werden sich die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2015 auf 198,5 Mrd. Euro belaufen. Dabei wurde die Absenkung des Bundeszuschusses um 2,5 Mrd. Euro durch die Entnahme aus der Liquiditätsreserve kompensiert. Entsprechend der rechtlichen Vorgaben betragen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds weiterhin unverändert 198,3 Mrd. Euro.

Für das Jahr 2016 erwartet der GKV-Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 206,2 Mrd. Euro. Bei der Prognose wurden auch die aktuellen Gesetzesvorhaben sowie die erwartete Konjunktorentwicklung mit berücksichtigt. Der Bundeszuschuss wird im Jahr 2016 voraussichtlich 14 Mrd. Euro betragen. Dem stehen Ausgaben von 220,6 Mrd. Euro gegenüber. ■

## Bundesverfassungsgericht: Tarifeinheitsgesetz bleibt vorerst in Kraft

Das Bundesverfassungsgericht hat die Anträge des Marburger Bundes und zweier weiterer Gewerkschaften auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen das Tarifeinheitsgesetz abgelehnt. Damit bleibt das Gesetz bis zur endgültigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in Kraft. Diese wird für Ende des kommenden Jahres erwartet.

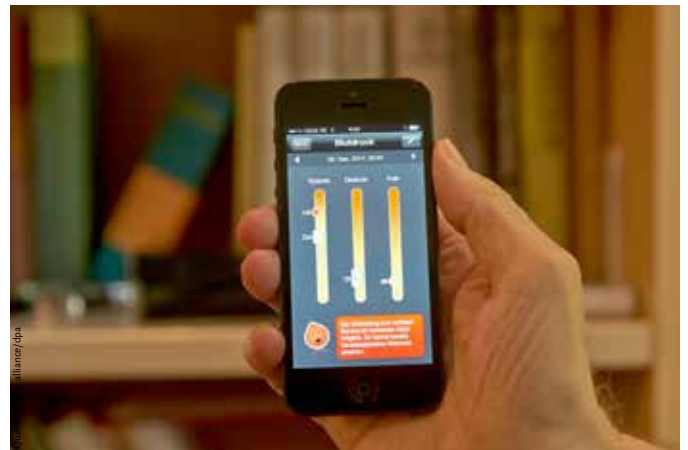
Das Gericht betonte, dass „besonders hohe Hürden“ gelten, wenn ein Gesetz außer Vollzug gesetzt werden soll. Im Falle der Tarifeinheit seien jedoch keine „gravierenden, irreversiblen oder nur schwer revidierbaren Nachteile feststellbar, die den Erlass einer einstweiligen Anordnung unabdingbar gemacht hätten. Es sei nicht absehbar, dass für die Antragsteller „bei Fortgeltung des Tarifeinheitsgesetzes bis zur Entscheidung in der Hauptsache das Aushandeln von Tarifverträgen längerfristig unmöglich würde oder sie im Hinblick auf die Mitgliederzahl oder ihre Tariffähigkeit in ihrer Existenz bedroht wären“. Das Gericht unterstrich, dass der Ausgang des Hauptsacheverfahrens offen sei. Die erhobenen Verfassungsbeschwerden seien „weder von vornherein unzulässig noch offensichtlich unbegründet“. Eine Verletzung der grundgesetzlich geschützten Koalitionsfreiheit sei nicht auszuschließen. Zahlreiche Verfassungsjuristen hätten das Gesetz als nicht verfassungskonform bezeichnet.

Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, zeigte sich zumindest darüber erfreut, dass das Bundesverfassungsgericht eine Entscheidung bis Ende 2016 anstrebt. „Wir haben jetzt Klarheit über den weiteren Zeitverlauf“, erklärte er. Zuvor habe es noch die Sorge gegeben, die Gewerkschaften müssten sich durch die Instanzen klagen. ■

## WMA positioniert sich zu mobilen Gesundheitsanwendungen

Der Weltärztebund (WMA) hat Patienten und Ärzte zu einem kritischen Umgang mit mobilen Gesundheitsanwendungen aufgerufen. Das geht aus einem Statement anlässlich der 66. Generalversammlung des WMA in Moskau hervor.

Der WMA erkennt darin das Potential mobiler Anwendungen als Unterstützung der traditionellen Gesundheitsversorgung an. Sie könnten gerade den Patienten Vorteile bieten, die auf anderem Wege keinen Zugang zu einem Arzt hätten. "Wo eine persönliche Behandlung möglich ist, ist diese fast immer für den Patienten vorteilhaft", stellt der Weltärztebund aber gleichzeitig klar. Die treibende Kraft hinter den mobilen Gesundheitsanwendungen müsse der Anspruch sein, Mängel in der medizinischen Versorgung zu beseitigen oder die Behandlungsqualität zu erhöhen.



Zudem müsse klar unterschieden werden zwischen Freizeit- und Gesundheitsanwendungen und solchen, bei deren Nutzung medizinischer Sachverstand notwendig sei. Für letztere fordert der WMA eine angemessene Regulierung. Er regt gemeinsame Anstrengungen an, um die Interoperabilität, Zuverlässigkeit und Sicherheit der Anwendungen zu erhöhen.

Mobile Anwendungen könnten "nur dann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten, wenn sie auf den medizinischen Grundsätzen beruhen", heißt es in der Erklärung weiter. Entsprechende Vergütungsmodelle seien ebenso notwendig wie klare rechtliche Rahmenbedingungen, um Haftungsfragen zu begegnen, die sich aus der Nutzung mobiler Gesundheitsanwendungen ergeben. Ärzte sollten bei der Nutzung der Anwendungen die entsprechenden WMA-Richtlinien beachten.

Das Statement steht zum Download zur Verfügung unter <http://bit.ly/1RRjGj7> ■

## Ambulante Ethikberatung startet in Niedersachsen

### Beratung für Ärzte in ethischen Grenzsituationen

Von der Durchführung einer künstlichen Ernährung bei schwer demenzkranken Patienten im Pflegeheim bis hin zur Beendigung therapeutischer Maßnahmen bei Patienten in der letzten Lebensphase – gerade durch den medizinischen Fortschritt geraten auch ambulant tätige Ärzte und Ärztinnen immer häufiger in ethische Grenzsituationen. Politische Debatten wie die aktuelle um eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe tragen zur Verunsicherung bei. Häufig bleiben die Ärzte jedoch bei ethisch schwierigen Entscheidungen auf sich allein gestellt.

In Niedersachsen erhalten Ärzte und Pflegekräfte nun Unterstützung vom „Netzwerk ambulante Ethikberatung“. Es wurde von der dortigen Ärztekammer gemeinsam mit der Universitätsmedizin Göttingen und der Akademie für Ethik in der Medizin ins Leben gerufen. Bereits im Jahr 2008 hatte der 111. Deutsche Ärztetag darauf hingewiesen, dass sich die ethische Beratung bisher auf stationäre Einrichtungen

konzentrierte. Eine vernetzte ambulante Beratung existiere ebenso nur in Ansätzen wie entsprechende Fort- und Weiterbildungen. Eine ambulante Ethikberatung könne „einen wichtigen Beitrag zur moralischen Weiterentwicklung leisten“ und die Integrität des Hausarztes bei schwierigen Entscheidungen stärken. Damit könne sie auch zu einer Veränderung der Kommunikation des Hausarztes mit Patienten und Angehörigen beitragen.

In dem Göttinger Netzwerk arbeiten Ärzte, Medizinethiker, Pflegekräfte und Patientenvertreter. Sie beraten vor Ort, an einem unabhängigen Ort oder per Telefon. Daneben will das Netzwerk zweimal jährlich interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen mit retrospektiven Fallbesprechungen anbieten. Auch die Unterstützung bestehender Qualitätszirkel ist vorgesehen. Über die Ethikberatung und die Fortbildung hinaus soll das Netzwerk auch Leitlinien für ethische Konflikte in der ambulanten Versorgung entwickeln. ■

### 3 Fragen an Dr. Martina Wenker, Vize-Präsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der ÄK Niedersachsen



Dr. Martina Wenker

#### **Frau Dr. Wenker, warum ist eine ambulante Beratungsstelle notwendig?**

In vielen Krankenhäusern gibt es bereits klinische Ethikkomitees, welche im Spannungsfeld zwischen den Möglichkeiten einer Hochleistungsmedizin einerseits und den Ansprüchen und Wünschen schwer kranker Patienten

und deren Angehöriger andererseits beratend zur Seite stehen. Oftmals handelt es sich hierbei um Konfliktsituationen mit der Frage, ob weitere therapeutische Eskalationen oder invasive therapeutische Maßnahmen noch eingeleitet werden sollten oder nicht. Vergleichbare Angebote in der medizinischen Langzeitbetreuung multimorbider Patienten in der häuslichen Umgebung, in Alten- und Pflegeheimen, gibt es bisher nur vereinzelt. Auch hier stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oftmals vor der Frage, was noch getan werden sollte oder ob Therapiebegrenzungen oder der Abbruch einer Behandlung geboten sind. In diesen Grenzsituationen kann das Angebot einer ambulanten Ethikberatung unterstützende Hilfe leisten.

#### **Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die aktuelle Debatte um die Sterbehilfe?**

Diese Debatte ist natürlich notwendig. Das Problem ist nur, dass Begriffe wie aktive oder passive Sterbehilfe nicht sauber voneinander getrennt werden. Dann wird es natürlich schwierig, miteinander zu diskutieren. Für Ärzte gilt: Sie leisten Hilfe beim Sterben, nicht zum Sterben. Dennoch gibt es unter den Kolleginnen und Kollegen inzwischen eine große Verunsicherung, etwa wenn sie auf Wunsch des Patienten eine lebenserhaltende Therapie abbrechen. Dabei ist das einfach Respekt vor dem Willen des Patienten, keine Tötung auf Verlangen. Denn darum geht es im Grunde: Den Patientenwillen wieder stärker zu respektieren.

#### **Die BÄK gibt seit 1979 Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung heraus. Diese werden regelmäßig aktualisiert. Reicht das nicht aus?**

Diese Grundsätze sind wichtig, weil sie dem Arzt eine Orientierung geben. Sie können ihm aber nicht die eigene Verantwortung in einem konkreten Fall abnehmen. Ethische Fragen sind zu komplex, als dass man sie einfach nach Schema F beantworten könnte. Aus genau diesem Grund stehe ich auch Gesetzesvorhaben skeptisch gegenüber, die solche hoch komplexen Fragen regeln wollen.

## Hospiz- und Palliativgesetz: Ein wichtiger Schritt

BÄK sieht Nachbesserungsbedarf bei allgemeiner Palliativversorgung



Jeder zweite Deutsche stirbt in einer Klinik. Aber nur jedes vierte Krankenhaus ist auf Sterbefälle spezialisiert. Das hat die Bundesregierung jüngst auf eine Anfrage der Linksfraktion mitgeteilt. Nun geht die Politik endlich daran, diese Versorgungslücke zu schließen. „Ziel ist ein flächendeckendes Hospiz- und Palliativangebot in ganz Deutschland“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) im März bei der Vorstellung eines entsprechenden Eckpunktepapiers. Inzwischen sind die Beratungen über das Hospiz- und Palliativgesetz weit fortgeschritten. Noch im November soll der Bundestag darüber abstimmen.

Das Gesetz sieht vor, die Hospizarbeit und die ambulante Palliativversorgung finanziell zu fördern; Pflegeeinrichtungen, Hospize und Ärzte sollen enger zusammenarbeiten. Die Bundesärztekammer (BÄK) bewertete den Gesetzesentwurf in einer Stellungnahme als „wichtigen Schritt“. Er beantwortete viele grundlegende Fragen der stationären Pflege und verbessere die Finanzierung von Hospizen und Palliativstationen. Nachbesserungsbedarf meldete die BÄK bei der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus an. Es sei mehr ausreichend qualifiziertes Personal notwendig, um die dort bestehende Versorgungslücke zu schließen.

Das Hospiz- und Palliativgesetz könnte auch helfen, die Akzeptanz für ein Verbot der organisierten Sterbehilfe zu erhöhen. In der Debatte über eine Sterbehilfegesetzgebung zeichnete sich bisher eine Mehrheit für den Vorschlag von Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) ab. Er würde die geschäftsmäßige, also auf Wiederholung angelegte Suizidbeihilfe unter Strafe stellen. Doch inzwischen wächst die

Wahrscheinlichkeit, dass die Abgeordneten am Ende gar keine Änderung beschließen. Dem Vernehmen nach wollen die Abgeordnetengruppen um Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke) gemeinsam mit der Gruppe um Peter Hintze (CDU) und Carola Reimann (SPD) eine Mehrheit für den Entwurf von Brand und Griese verhindern. Dann bliebe wohl alles beim Alten. Umfragen zufolge wünscht sich knapp die Hälfte der Deutschen eine liberale Lösung, 37 Prozent würden eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe begrüßen. Allerdings ist die Aussagekraft solcher Erhebungen beschränkt, schließlich belegen Umfragen auch, dass selbst Richter Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe haben.

### Palliativmediziner gegen ärztlich assistierten Suizid

Je größer die Nähe zu schwer Kranken und Sterbenden ist, desto geringer ist die Akzeptanz für eine Liberalisierung der Sterbehilfe. Das zeigt eine aktuelle Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unter ihren Mitgliedern. Sie lehnen den ärztlich assistierten Suizid mehrheitlich ab. Die BÄK sieht jenseits des Verbots von Sterbehilfevereinen keinen Grund für eine gesetzliche Regelung. "Die Tötung des Patienten sowie die Beihilfe zum Suizid gehören nicht zu den Aufgaben des Arztes", erklärte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery anlässlich einer Expertenanhörung im Deutschen Bundestag. Das regelten die Berufsordnungen aller 17 Ärztekammern einheitlich und bundesweit.

Die Stellungnahme der BÄK zum Hospiz- und Palliativgesetz finden Sie unter <http://www.baek.de/pall>



## Die Not der Nichtverfügbarkeit

Ärzte und Apotheker fordern Konsequenzen aus Arzneimittel-Lieferengpässen

Melphalan ist nur ein Beispiel unter vielen. Fünf Wochen lang war das Medikament in diesem Sommer nicht lieferbar. Melphalan wird vor allem in der Behandlung von Leukämien und Lymphomen zur Vorbereitung auf Stammzelltransplantationen eingesetzt. Laut Arzneiverordnungsreport wurden in Deutschland im vergangenen Jahr rund 350.000 definierte Tagesdosen davon benötigt. Im Oktober listete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf seiner Internetseite 21 aktuell nicht lieferbare Arzneimittel, ein Großteil davon trägt den Vermerk „Dauer des Lieferengpasses unbekannt“. Tatsächlich dürften noch mehr Medikamente nicht lieferbar sein, der Eintrag in die Liste erfolgt freiwillig. Nun fordern Ärzte und Apotheker den Gesetzgeber zum Handeln auf.

Es ist nicht das erste Mal, dass sich die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) sowie die Deutsche Gesellschaft für Onkologische Pharmazie (DGOP) in dieser Sache zu Wort melden. Das Beispiel Melphalan zeige erneut, dass es ohne weitere rechtliche Regelungen nicht möglich sei, solche Engpässe in der Arzneimittelversorgung zukünftig zu vermeiden. „Zwar sieht das Arzneimittelgesetz Maßnahmen vor, um die Versorgung mit Arzneimitteln zu garantieren. Diese reichen jedoch nicht aus. Notwendig sind klare Vorgaben für eine enge Zusammenarbeit der pharmazeutischen Unternehmen mit den Zulassungsbehörden“, heißt es in einer gemeinsamen Erklärung. Tatsächlich verpflichtet das Arzneimittelgesetz Pharmaunternehmen und Arzneimittelgroßhändler dazu, eine angemessene und kontinuierliche Verfügbarkeit sicherzustellen. Es gibt jedoch keine straf- oder ordnungsrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten. Ein Gesetzentwurf aus dem Jahr 2012 sah vor, den zuständigen Behörden Anordnungen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung zu ermöglichen. Dieser Passus wurde später aber wieder gestrichen.

Ärzte und Apotheker beklagen darüber hinaus die hohen Preisaufschläge bei einigen unverzichtbaren und bewährten Krebsmedikamenten. Hier werde „aus der Not der Nichtverfügbarkeit“ Profit geschlagen. Die Organisationen appellierten an die ethische Verantwortung der Hersteller. Angesichts der hohen Gewinne der pharmazeutischen Unternehmen müsse garantiert werden, dass diese Arzneimittel entsprechend ihres Bedarfs kontinuierlich zur Verfügung stünden.

Das Problem beschränkt sich längst nicht allein auf Krebsmedikamente. So weist der AKdÄ-Vorsitzende, Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, auf die Lieferengpässe bei bestimmten patentfreien, bewährten Antibiotika hin. Eine rationale Anti-

biotikatherapie sei nur möglich, wenn die essenziellen Wirkstoffe auch zur Verfügung stünden. Ansonsten verschärfe sich das Problem der Resistenzentwicklung, da statt dieser Wirkstoffe breiter wirksame Antibiotika eingesetzt werden müssten.



Die Gründe für Lieferengpässe sind vielfältig. Die Pharmaindustrie macht vor allem die Rabattverträge verantwortlich, die den wirtschaftlichen Druck auf die Hersteller erhöhten. Dem widerspricht das Bundesgesundheitsministerium. Es gebe keine Hinweise darauf, dass Rabattverträge „zu gravierenden Marktveränderungen“ geführt hätten. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) macht für die Lieferschwierigkeiten bei Krebsmedikamenten unter anderem abgelaufene Patente, Herstellermopole oder Lücken in der Herstellungskette verantwortlich.

Wie ein Gutachten des Beratungsunternehmens IMS Health im Auftrag des Branchenverbandes Pro Generika zeigt, ist das Problem nicht auf Deutschland beschränkt. Sie treten in allen acht untersuchten Industrieländern auf. Dem Gutachten zufolge ähneln sich auch die Gegenmaßnahmen. Es wurden Melderegister eingerichtet, Lagerbestände auf unterschiedlichen Stufen der Lieferkette aufgebaut oder Listen essentieller Arzneimittel erstellt. Allerdings sei es in keinem Land gelungen, Arzneimittelengpässe komplett zu verhindern.

Dem Vernehmen nach plant die Bundesregierung ein Gesetz, das Krankenkassen die Möglichkeit geben soll, mehr Direktverträge mit den Herstellern zu schließen. Auch der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach kündigte eine Gesetzesinitiative an. In ihrer Antwort auf eine Anfrage der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen vermied die Bundesregierung eine klare Aussage. Sie werde unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Pharma-Dialogs mit Vertretern von Wissenschaft, Industrie und Gewerkschaften über mögliche Maßnahmen entscheiden, teilte sie mit. ■

## medizin &amp; ethik

## Medizin-Nobelpreis 2015 geht an drei Parasiten-Forscher

Komitee zeichnet William C. Campbell, Satoshi Omura und Youyou Zu aus

Der Nobelpreis für Medizin geht in diesem Jahr an drei Wissenschaftler, die sich mit der Bekämpfung parasitärer Krankheiten beschäftigen. Nachdem das Nobelpreiskomitee in den vergangenen Jahren vor allem Arbeiten aus der Grundlagenforschung gekürt hatte, wurden jetzt wieder Wissenschaftler ausgezeichnet, deren Arbeit einen starken Anwendungsbezug aufweisen.

Der gebürtige Ire und Parasitologe William C. Campbell und der japanische Biochemiker Satoshi Omura erhalten die Hälfte des Preisgeldes in Höhe von 850.000 Euro für die Entdeckung von Avermectin. Das Mittel habe die Behandlung der tropischen Flussblindheit und der Elephantiasis „radikal verändert“, begründete das Nobelkomitee seine Entscheidung.

Die zweite Hälfte des Preisgeldes geht an die chinesische Pharmakologin Youyou Tu, die das Medikament Artemisinin entdeckt hat. Nach langen Versuchen gelang es der Forscherin, aus dem Einjährigen Beifuß ein wirksames Extrakt zuge winnen. Es ist das Standardmedikament zur Behandlung von Malaria. Schätzungen zufolge rettet es pro Jahr etwa 100.000 Menschen das Leben.

Youyou Tu ist die zwölfte Frau, die den Medizin-Nobelpreis erhält. Sie wurde im Jahr 1950 geboren und studierte von 1951 bis 1955 an der Universität Peking. Im Jahr 2011 wurde sie mit dem Albert Lasker Award ausgezeichnet.

Omura erforschte das Bakterium *Streptomyces*, von dem bereits bekannt war, dass es andere Bakterien abtöten kann. Aus tausenden von ihm angelegten Kulturen wählte er schließlich diejenigen aus, die den meisten Erfolg versprachen. Satoshi Omura wurde im Jahr 1935 geboren. Er studierte Chemie in Tokio und wurde anschließend in den Fächern Pharmazie und Chemie promoviert. Im Jahr 1997 erhielt er die Robert-Koch-Medaille für sein herausragendes Lebenswerk.

William Campbell kaufte Bakterienstränge von Omura und überprüfte diese auf ihre Wirksamkeit im Kampf gegen Parasiten. Inzwischen stehen Flussblindheit und Elephantiasis an der Schwelle zur Ausrottung. Campbell studierte am Trinity-College der Universität Dublin. Im Jahr 1954 wurde er an der University of Wisconsin Madison mit einer Arbeit über Leberegel promoviert. Im Jahr 2002 wurde er zum Mitglied der National Academy of Sciences der USA gewählt. ■

## Protest gegen Speicherung von Verkehrs- und Standortdaten

Kammern wehren sich gegen Vorratsdatenspeicherung

Ärzte- und Zahnärzteschaft, Apotheker, Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer haben sich gegen eine anlasslose flächendeckende Speicherpflicht für Verkehrs- und Standortdaten von Berufsgeheimnisträgern ausgesprochen. „Gegen die anlasslose Speicherung von Verkehrs- und Standortdaten bestehen generell gravierende verfassungs- und europarechtliche Bedenken. Auf jeden Fall muss zum Schutz von Mandanten und Patienten die geplante Speicherung der Verkehrs- und Standortdaten aller Berufsgeheimnisträger verhindert werden“, heißt es in einer gemeinsamen Resolution von Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Bundesapothekerkammer, der Bundesrechtsanwaltskammer, der Bundessteuerberaterkammer und der Wirtschaftsprüferkammer.

Die Berufskammern wehren sich damit gegen Regelungen eines Gesetzes zur Einführung einer Speicherpflicht und einer Höchstspeicherfrist für Verkehrsdaten, das der Bundestag im Oktober 2015 beschlossen hat. Das Gesetz sieht vor, dass Telekommunikationsunternehmen verpflichtet werden, sämtliche Verkehrsdaten für zehn Wochen und Standortdaten für vier Wochen zu speichern. Auch die Verkehrs- und Standortdaten von Berufsgeheimnisträgern sollen gespeichert werden.

Nach Ansicht der Berufsverbände stellt bereits die Speicherung der Daten eine nicht zu akzeptierende Beeinträchtigung des Berufsgeheimnisses und damit des Vertrauensverhältnisses dar. Die Speicherung ermögliche die Erstellung individueller Persönlichkeits- und Bewegungsprofile und die Aufdeckung von Entscheidungsabläufen. „Ob, wann und wie lange jemand z. B. mit einem Abgeordneten, Arzt, Apotheker, Journalisten, Rechtsanwalt oder Steuerberater Kontakt aufgenommen hat, unterliegt bereits dem Berufsgeheimnis und muss ohne jede Ausnahme vertraulich bleiben“, heißt es in der Resolution. Der freie, ungehinderte und vertrauliche Zugang zu medizinischer Versorgung, rechtlicher und wirtschaftlicher Beratung sowie Vertretung müsse uneingeschränkt gewährleistet bleiben. Ein vor staatlicher Kontrolle geschütztes Vertrauensverhältnis sei essentiell für ein funktionierendes Gesundheitssystem und eine funktionierende Rechtspflege. „Der aus verfassungsrechtlichen Gründen zwingend gebotene Schutz der Berufsgeheimnisträger kann nur dadurch gewährleistet werden, dass die Daten aller Berufsgeheimnisträger nicht von der Speicherpflicht erfasst werden“, fordern die Verbände.

Das Positionspapier steht zum Download bereit unter <http://www.baek.de/Datenspeicherung> ■

## Historische Sitzung

### Erstes Vorstandstreffen von Israelischem Ärzteverband und Bundesärztekammer

**A**uf Einladung des Vorstandes der Bundesärztekammer kam der Vorstand des Israelischen Ärzteverbandes (Israeli Medical Association) zu einer gemeinsamen Vorstandssitzung am 27. August 2015 nach Berlin. Es war dies die erste Zusammenkunft der beiden Vorstände.

Das 50jährige Jubiläum der Aufnahme diplomatischer Beziehungen zwischen dem Staat Israel und der Bundesrepublik Deutschland nahmen die Vertreter der Bundesärztekammer zum Anlass, um ihre über Jahre gewachsene Verbundenheit und Zusammenarbeit mit dem israelischen Ärzteverband zu unterstreichen.



Dr. Leonid Eidelman (r.), Präsident des Israelischen Ärzteverbandes, im Gespräch mit BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Den Israelischen Ärzteverband und die Bundesärztekammer verbindet eine jahrelange hervorragende Kooperation in internationalen Gremien, wie dem Weltärztebund (World Medical Association, WMA) und dem Europäischen Forum der Ärzteverbände (EFMA) in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO). „Bei unserer Arbeit im internationalen Raum sehen wir uns mit ähnlichen Problemen und Herausforderungen in unseren Ländern konfrontiert. Ich glaube daran, dass wir dabei gemeinsam innovative Ideen finden können“, so der Präsident des Israelischen Ärzteverbandes, Dr. Leonid Eidelman.

Der Besuch des 21-köpfigen Vorstandes aus Israel hatte eine historische Dimension. Dies machte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, deutlich: „Angesichts der Rolle deutscher Ärztinnen und Ärzten

im Nationalsozialismus empfinden wir die Teilnahme des Vorstandes des israelischen Ärzteverbandes an einer gemeinsamen Vorstandssitzung in Berlin als Zeichen besonderen Vertrauens.“

Diese besondere Beziehung beider Ärzteverbände zueinander, die durch die Geschichte, insbesondere der Zeit des Nationalsozialismus, bedingt ist, wurde in einer gemeinsamen Erklärung betont. Darin stellen die Organisationen fest, dass deutsche Ärztinnen und Ärzte und die deutsche organisierte Ärzteschaft tief in die menschenverachtenden Gräueltaten des Nazi-Regimes verstrickt waren. Dazu zählen der Ausschluss der jüdischen Kolleginnen und Kollegen aus dem Beruf, Zwangsabtreibungen, Zwangsterilisationen und die Ermordung von tausenden Patienten. Vor allem aber übernahmen Ärzte eine aktive Rolle beim Holocaust und bei unmenschlichen Experimenten an Gefangenen.

Der Text nimmt dezidiert Bezug auf die „Nürnberger Erklärung“ des 112. Deutschen Ärztetages, in der dieser die Verfehlungen der deutschen Ärzteschaft während der Nazi-herrschaft benannt und der noch lebenden und bereits verstorbenen Opfer gedacht sowie ihre Nachkommen um Verzeihung gebeten hat. Die Aufarbeitung der Geschichte und die Lehre aus der Vergangenheit werden als gemeinsames Anliegen des israelischen Ärzteverbandes und der Bundesärztekammer herausgestellt. Beide Seiten bekennen sich in der Erklärung zur Wahrung der Menschenrechte und lehnen jegliche Art der Diskriminierung ab. Zukünftigen Ärztegenerationen soll bereits in der Ausbildung vermittelt werden, welche Auswirkungen eine Abkehr vom ärztlichen Ethos hatte und haben kann.

In einer Zeremonie gedachten die beiden Vorstände der Opfer des Nationalsozialismus mit einer Schweigeminute und einem Gedenkgebet.

Zu einem feierlichen Festabend kamen auf Einladung des Vorstandes der Bundesärztekammer neben den Vertretern aus Israel weitere Ehrengäste aus Deutschland, die sich um die Beziehungen zwischen beiden Ländern und die Vergangenheitsbewältigung verdient gemacht haben. Der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, und der Vorsitzende der deutsch-israelischen Parlamentariergruppe im Deutschen Bundestag, Volker Beck, würdigten die freundschaftlichen Beziehungen beider Länder in ihren Ansprachen.

Bei dem Treffen wurden auch aktuelle Probleme in der Gesundheitsversorgung der beiden Länder diskutiert und Möglichkeiten zukünftiger Zusammenarbeit erörtert. ■

## personalia

### Weigeldt weitere vier Jahre an der Spitze des Deutschen Hausärzteverbandes



Ulrich Weigeldt

Ulrich Weigeldt, Hausarzt aus Bremen, ist mit 92 Prozent der Stimmen für vier weitere Jahre als Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes gewählt worden. Dies entschied die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzteverbandes auf dem 37. Deutschen Hausärztertag in Berlin. Einen Gegenkandidaten gab es nicht.

Als erster stellvertretender Vorsitzender wurde Dr. Dieter Geis im Amt bestätigt. Er konnte 84 Prozent der Stimmen auf sich vereinen. Dr. Berthold Dietsche wurde ebenfalls für vier weitere Jahre als zweiter stellvertretender Bundesvorsitzender gewählt. 92 Prozent der Delegierten stimmten für ihn. Als dritte stellvertretende Bundesvorsitzende wurde erneut Ingrid Dänschel mit 89 Prozent der Stimmen gewählt. ■

### Neuer Vorstandsvorsitzender des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung

Der deutsche Mediziner Erwin Böttinger wechselt von New York nach Berlin und wird neuer Vorstandsvorsitzender des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung/Berlin Institute of Health (BIH). Er tritt am 1. November 2015 die Nachfolge von Ernst Theodor Rietschel an.

Erwin Böttinger ist seit 2004 an der Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York tätig, seit 2007 ist er dort Direktor des Charles Bronfman Instituts für personalisierte Medizin. Nach dem Medizinstudium in Nürnberg ging er 1987 in die USA, wo er unter anderem am Massachusetts General Hospital, der Harvard Medical School sowie am National Cancer Institute in Bethesda forschte. Von 2000 bis 2004 leitete er das Zentrum für Biotechnologie am Albert Einstein College of Medicine. ■



Erwin Böttinger

### Alexander Beyer neuer Geschäftsführer der gematik

Alexander Beyer ist von den Gesellschaftern als gematik-Geschäftsführer bestätigt worden. Er hatte Anfang Juli die kommissarische Leitung des Unternehmens übernommen. Der Volljurist und Rechtsanwalt, Jahrgang 1973, hat neben seinem Staatsexamen einen Master of Law in Rechtsinformatik und einen Master of Arts in Ökonomie & Management. Beyer arbeitete bisher als Leiter Recht in der gematik und hat sowohl die Ausschreibungen als auch die Verhandlungen mit der Industrie in den letzten Jahren in verantwortlicher Position begleitet. „Wir freuen uns sehr, dass

Herr Beyer nun auch dauerhaft die Geschäftsführung der gematik übernimmt. Mit ihm haben wir einen kompetenten Partner gewonnen, dessen umfassendes Know-how und langjährigen Erfahrungen für die Kontinuität sorgen werden, die nötig ist, um dieses herausfordernde Projekt meistern zu können“, so Dr. Thomas Kriedel, Vorsitzender der Gesellschafterversammlung der gematik.

Alexander Beyer tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Arno Elmer an, der die gematik GmbH zum 1. Juli 2015 auf eigenen Wunsch verlassen hatte. ■

## 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

30.10.2015