



# BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer September 2016

Interview zur Bundestagswahl 2017

## Montgomery fordert Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit



Masterplan Medizinstudium: Die Zeit drängt

Umsatzschwelle für neue Arzneimittel: 250 Mio. Euro sind zu viel

Zytostatika: Sparen Kassen auf Kosten Krebskranker?

## Auftakt

In knapp einem Jahr ist Bundestagswahl. In Berlin schalten die Parteien in den Wahlkampfmodus. Mit der Harmonie in der Großen Koalition ist es vorbei. Das schlägt sich auch in der Gesundheitspolitik nieder, wo Projekte wie der Masterplan Medizinstudium 2020, das Pflegeberufegesetz oder das Verbot der Tabakwerbung nur noch langsam vorankommen. Zudem bringt sich die SPD bei ihrem Lieblingsthema Bürgerversicherung in Stellung.

Aber setzt die Politik hier die richtigen Prioritäten? „Ich bedauere sehr, dass Wahlkämpfer sich letztendlich immer nur über die Finanzen streiten. Wichtige ethische Weichenstellungen spielen, wenn überhaupt, höchstens eine Nebenrolle“, sagt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), im Interview mit BÄKground (S. 4). Die Ärzteschaft werde die Parteien im kommenden Jahr darauf drängen, sich in ethischen Fragen klar zu positionieren. Das übergeordnete gesundheitspolitische Thema der

kommenden Bundestagswahl wird aus Montgomerys Sicht der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit sein. „Freiberuflichkeit bedeutet natürlich viel mehr als nur wirtschaftliche Unabhängigkeit“, mahnt der BÄK-Präsident. Sie sei der Garant für freie medizinische Entscheidungen, sichere die Rechte des Patienten und schütze ihn vor medizinfremden Eingriffen in die Versorgung.

Ein weiteres Thema, das die Diskussion der nächsten Monate bestimmen wird, sind die steigenden Arzneimittelpreise. In einem Gastbeitrag analysiert Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die neu auf den Markt gekommenen Medikamente (S. 8). Sein Urteil fällt ernüchternd aus: bei 15 von 23 bewerteten neuen Wirkstoffen gibt es bereits weitere Therapieoptionen. Bei den Spezialpräparaten explodieren die Kosten. Abhilfe könnte die Politik nach Ansicht von Ludwig mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung schaffen. ■

## inhalt

## september 2016

### Politik & Beruf

<b>Der Vorrat an Harmonie ist aufgebraucht</b> Parteien im Wahlkampfmodus	3
<b>Montgomery fordert Stärkung der Freiberuflichkeit</b> BÄK-Chef gibt Ausblick auf Bundestagswahl 2017	4
<b>Masterplan Medizinstudium 2020: Die Zeit drängt</b> Ergebnisse erreichen Versorgung erst in 15 Jahren	6
<b>250 Millionen Euro sind zu viel</b> Ärzeschaft fordert niedrigere Umsatzschwelle	7
<b>Viele Innovationen – wenig therapeutischer Fortschritt</b> AkdÄ-Vorsitzender über neue Arzneimittel	8

### Nachrichten

10

### Medizin & Ethik

<b>Sparen Krankenkassen auf Kosten Krebskranker?</b> AOK startet Ausschreibung von Zytostatika	12
<b>Kabinett beschließt Heil- und Hilfsmittelgesetz</b> Reaktion auf Qualitätsmängel	13
<b>PsychVVG: Budgetneutrale Phase verlängert</b> Kabinettsentwurf beschlossen	13
<b>Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen</b> Ärztetag: Patientendaten schützen	14
<b>Kippt das Tabakwerbeverbot?</b> Erste Lesung abgesetzt	14
<b>BÄK unterstützt Kampagne "rauchfrei unterwegs"</b> Besserer Schutz vor Passivrauchen im Auto	15
<b>BÄK für weltweites Verbot von Atomwaffen</b> UN sollen völkerrechtliche Ächtung verhandeln	15

### Personalia

16

### Impressum

16



## Parteien im Wahlkampfmodus

# Der Vorrat an Harmonie ist aufgebraucht

**K**ritiker nennen ihn den teuersten Gesundheitsminister aller Zeiten, einer der fleißigsten ist er mit Sicherheit. Eine lange Liste von Gesetzen hat Hermann Gröhe (CDU) in den vergangenen drei Jahren auf den Weg gebracht, und das meist erstaunlich unaufgeregt und geräuschlos – vom Umbau der Pflege über das Präventionsgesetz bis zur Krankenhausfinanzierung. Doch jetzt, wo die Parteien in Berlin langsam in den Wahlkampfmodus schalten, scheint der Vorrat an großkoalitionärer Harmonie aufgebraucht.

So kündigt die SPD an, das Thema Bürgerversicherung wieder aufzuwärmen. Sie fordert eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, um den prognostizierten Anstieg der Beiträge abzufedern. Auch Linke und Grüne sind dafür. Gröhe hingegen warnt vor „Panikmache“. Das Gesundheitswesen stehe „finanziell auf einem sicheren Fundament.“

Bei anderen Themen deckt sich der Frontverlauf weniger klar mit den Parteigrenzen. So lancierten die Fraktionen von Union und SPD ein gemeinsames Papier, das in vielen Punkten den Vereinbarungen des Pharmadialogs zwischen Politik und Arzneimittelherstellern widerspricht. Heftig umstritten ist auch die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen.

Gröhe möchte diese ermöglichen, wenn die Patienten ihre Bereitschaft noch bei klarem Bewusstsein und nach ärztlicher Beratung dokumentiert haben. Eine fraktionsübergreifende Parlamentarier-Gruppe möchte dies verhindern. Nun soll noch einmal gründlich beraten werden. Nur langsam geht es beim „Masterplan Medizinstudium 2020“ voran. Gleiches gilt für das geplante Verbot der Tabakwerbung und für das Pflegeberufegesetz, das die Ausbildung zum Kranken-, Kinderkranken- und Altenpfleger vereinheitlichen soll. Und dann sind da noch die Herausforderungen der Flüchtlingskrise, die auch die Gesundheitspolitik auf Jahre beschäftigen werden.

Trotz dieser Baustellen hat Gröhe bereits signalisiert, dass er gerne Gesundheitsminister bleiben möchte. Gleichzeitige wies er aber darauf hin, dass Nationalspieler immer dort spielen, wo der Trainer sie aufstellt. Unabhängig von der Frage, wer in der kommenden Legislaturperiode die Position übernehmen wird, bedeutet die Bundestagswahl auch eine gesundheitspolitische Richtungsentscheidung. Im BÄKground-Interview erläutert Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, einige zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen der kommenden Jahre aus Sicht der Ärzteschaft. ■

## "Stärkung der Freiberuflichkeit muss Priorität haben"

BÄK-Präsident Montgomery gibt einen Ausblick auf die Bundestagswahl 2017

**Herr Professor Montgomery, die Parteien schalten bereits in den Wahlkampfmodus. Welche gesundheitspolitischen Schwerpunkte sollten aus Ihrer Sicht gesetzt werden?**

Das übergeordnete Thema für uns ist sicherlich der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit. Freiberuflichkeit bedeutet viel mehr als nur wirtschaftliche Unabhängigkeit. Sie ist die Grundlage des ärztlichen Handelns und damit der Garant für freie ärztliche Entscheidungen. Dadurch sichert sie auch die Patientenrechte, denn sie schützt den Patienten vor medizinfremden Eingriffen. Sie garantiert also eine hohe Versorgungsqualität. Wir sind damit in der Vergangenheit gut gefahren. Niemand wird abstreiten, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Aber dieses System ist darauf angewiesen, dass die Ärztinnen und Ärzte tagtäglich zu ihrer persönlichen Verantwortung stehen. Daher werden wir dafür kämpfen, dass diese Verantwortung auch in Zukunft in den Händen der Ärztinnen und Ärzte liegt.

Aber lassen Sie mich noch eins sagen. Ich bedauere sehr, dass Wahlkämpfer sich letztendlich immer nur über die Finanzen streiten. Wichtige ethische Weichenstellungen spielen, wenn überhaupt, höchstens eine Nebenrolle. Und das, obwohl sie enorme Auswirkungen auf den Einzelnen und die Gesellschaft insgesamt haben. Wie wollen wir die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen regeln? Wie können wir die Chancen einer revolutionären Technologie wie der Genschere nutzen und gleichzeitig die Würde des Menschen wahren? Oder nehmen Sie die Pränataldiagnostik – ein weiteres Gebiet, auf dem die Wissenschaft enorme Fortschritte macht. Es ist illusorisch zu glauben, dieses Rad ließe sich zurückdrehen. Statt schonendere Untersuchungsmethoden zu verbieten, sollten wir lieber darüber reden, wie wir mit ihren Konsequenzen umgehen wollen. Wir werden im kommenden Jahr darauf drängen, dass sich die Parteien zu solchen ethischen Fragen klar positionieren.

**Ein möglicher Systemwechsel in der Krankenversicherung wird in diesem Wahlkampf mit Sicherheit wieder eine Rolle spielen. Was haben Ihre Gespräche mit den Befürwortern der Bürgerversicherung ergeben?**

Ich habe versucht, ihnen klarzumachen, dass schon die Grundkonzeption falsch ist. Die Befürworter der Bürgerversicherung verwechseln Gleichheit mit Gerechtigkeit. Man kann nicht ernsthaft denken: Wenn alle Menschen gleich schlecht versorgt sind, dann wäre das gerecht. Ich plädiere für einen Erhalt des Nebeneinanders von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), weil unser Gesundheitssystem davon profitiert. Die



Quelle: Deutsches Ärzteblatt/Robias Hase

BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Parteien müssen sich auch zu ethischen Themen positionieren.

PKV übernimmt neue Leistungen zügiger. Das zwingt die GKV zum Nachziehen. Eine Bürgerversicherung würde diesen Mechanismus lahmlegen, es käme neben der Bürgerversicherung zum freien Verkauf von medizinischen Leistungen an die, die es sich leisten können. Das wäre der Turbolader für eine Zweiklassenmedizin. Sie können das in allen Ländern mit Einheitsversicherung beobachten.

**Prognosen gehen von steigenden Gesundheitsausgaben aus. Es ist sogar von einer Verdopplung der Zusatzbeiträge bis zum Jahr 2020 die Rede...**

... was den Befürwortern der Einheitskasse als Berechtigung dient, das jetzige System zerschlagen zu wollen. Aber so löst man keine Probleme. Wir müssen gesetzliche und private Krankenversicherung fit für die Zukunft machen. Bei der PKV muss etwa an der Portabilität der Alterungsrückstellungen gearbeitet werden. Und natürlich muss die Politik auch bei der GKV nachjustieren. Wir haben dazu viele Vorschläge ge-

macht. Die muss man nur aufgreifen. Im Übrigen kann ich die viel beschworene Kostenexplosion im GKV-Bereich beim besten Willen nicht erkennen. Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt schon seit Jahren um die 6,5 Prozent. Diese Zahlen sind nicht von mir, sie stammen von den Ersatzkassen. Im Übrigen muss man sich schon fragen, warum die Kassen einerseits auf Zusatzbeiträge angewiesen sind, sie aber andererseits mit vollen Händen Geld für fragwürdige Bonusprogramme ausgeben. Nichts gegen Yoga-Kurse und Online-Fitness, aber solche Marketingangebote kann man nicht mit Mitteln der Solidargemeinschaft subventionieren. Das Geld fehlt dann in der Versorgung.

**Noch in dieser Legislaturperiode sollte der Masterplan Medizinstudium 2020 vorliegen. Bislang gibt es nur Eckpunkte. Was, wenn diese Initiative gegen den Ärztemangel im Strudel des anbrechenden Bundestagswahlkampfes untergeht?**

Dann wird sich die jetzt schon angespannte Lage insbesondere im hausärztlichen Bereich weiter verschärfen. Die Politik muss bedenken, dass es gut 15 Jahre dauert, bis die Ergebnisse von Reformen im Studium in der Versorgung ankommen. Wir brauchen den Masterplan jetzt. Unsere Forderungen dafür liegen auf dem Tisch. Bei den Auswahlverfahren wollen wir eine stärkere Gewichtung psychosozialer Kompetenzen. Wir brauchen nicht nur Ärzte, die Herzen transplantieren können, sondern auch Menschen, die mit vollem Herzen dabei sind. Wir müssen die Methodik der Kapazitätsberechnung ändern und diese ausreichend finanziell flankieren. Wir müssen Studierende während des Studiums früh genug an die Hausarztmedizin heranführen und dafür an allen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin einrichten. Das Projekt ist einfach zu wichtig, als dass man es auf die lange Bank schieben könnte.

**Handlungsbedarf hat die Ärzteschaft auch bei der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen angemahnt. Alles in allem hat die medizinische Betreuung in der Zeit des größten Flüchtlingszustroms aber doch gut funktioniert.**

Sie haben recht, die Ärztinnen und Ärzte haben in den letzten Monaten außergewöhnliches Engagement gezeigt. Dafür gebührt ihnen Dank, Anerkennung und Respekt. Allerdings kann ehrenamtliche Arbeit keine dauerhafte Lösung sein. Im Augenblick kommen nur noch wenige Flüchtlinge in Deutschland an. Das verschafft uns eine Atempause für grundsätzliche Nachbesserungen. Ich sehe noch immer großen Handlungsbedarf bei der personellen Aufstockung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auch die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge verläuft nur schleppend – und das, obwohl sie nicht nur die Versorgung verbessert, sondern erwiesenermaßen auch Geld einspart. Wir haben außerdem gefordert, die Einschränkungen bei der Leistungsgewährung abzuschaffen. Vor uns stehen keine Flüchtlinge

oder Asylbewerber, sondern Menschen. Deswegen wollen wir sie genauso behandeln können wie andere Menschen auch. Und schließlich geht es nicht an, dass nur noch lebensbedrohliche Krankheiten als Abschiebehindernis gelten. Das kann dazu führen, dass wir sehr kranke Menschen in Lebensumstände zurückschicken, in denen sie dann sterben.

**Die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte war in der ersten Jahreshälfte das beherrschende berufspolitische Thema. War die Debatte auf dem Deutschen Ärztetag im Mai so etwas wie ein reinigendes Gewitter?**

So kann man es sehen. Wir haben uns auf dem Deutschen Ärztetag viel Zeit für dieses Thema genommen. Wir haben engagiert diskutiert, wir haben die jeweiligen Argumente ausgetauscht und wir sind am Ende zu klaren Beschlüssen gekommen. Jetzt haben wir klare Leitplanken für die weiteren Verhandlungen. Wir wissen jetzt genau, wo wir bei den Verhandlungen Spielraum haben und wo die Grenzen liegen. Wichtig ist auch: Dank der Beschlüsse des Ärztetags stehen wir nicht mehr so unter Zeitdruck. Das tut den Verhandlungen gut.

**Wie ist der Stand?**

Wir haben bereits im Mai die Serie von Gesprächen mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften gestartet. Grund ist, dass es bei den Leistungslegenden Inkongruenzen und auch Veränderungen gegenüber dem gibt, was die Fachverbände ursprünglich als sinnvoll erachtet hatten. All das wird jetzt überarbeitet. Wir sind zwar noch nicht ganz durch, aber man kann jetzt schon sagen, dass es bei den meisten Änderungen um eher redaktionelle Anpassungen geht. Natürlich gibt es auch grundsätzliche Diskussionen. Das ist von Kapitel zu Kapitel ganz unterschiedlich.

Bis Ende Oktober wollen wir durch sein. Dann werden wir das Resultat auf mögliche Dissense gegenüber PKV und BMG abklopfen. Im Anschluss, wahrscheinlich im November/Dezember, werden wir das Ergebnis noch einmal mit der PKV diskutieren. Auch dabei sind die ärztlichen Verbände natürlich mit im Boot. Das gilt natürlich auch für den weiteren Prozess zur Bewertung der Leistungen. Hierbei werden BÄK und PKV keine Regelungen ohne Beteiligung der Basis treffen.

**Wann ist mit einer Einigung zu rechnen?**

Für uns geht Qualität vor Schnelligkeit. Und deshalb haben wir schon vor dem Ärztetag gesagt, dass in dieser Legislaturperiode nicht mehr mit einer Umsetzung der Novelle zu rechnen ist. Spätestens nach der Bundestagswahl soll aber ein Konzept stehen, das dann in die Koalitionsverhandlungen der neuen Bundesregierung eingebracht werden kann. ■

## politik &amp; beruf

## Masterplan Medizinstudium 2020: Die Zeit drängt

### Montgomery: Ergebnisse kommen erst in 15 Jahren in der Versorgung an

Gezielte Auswahl der Studienplatzbewerber, mehr Praxisnähe, Stärkung der Allgemeinmedizin – es sind drei klare Aufgaben, die der Koalitionsvertrag den Gesundheits- und Wissenschaftsministern von Bund und Ländern auf den Weg gegeben hat. Das war im Jahr 2013. Drei Jahre später ist noch immer unklar, wie der „Masterplan Medizinstudium 2020“ im Detail aussehen soll. Immerhin hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) inzwischen einen Einblick in den Stand der Verhandlungen gewährt.

Die im Rahmen der 89. GMK in Rostock vorgestellten Eckpunkte sehen unter anderem eine Aufteilung des Praktischen Jahres in vier Abschnitte zu je drei Monaten vor. Das umstrittene Pflichtquartal Allgemeinmedizin ist damit wohl vom Tisch – zumindest auf dem Papier. Denn stattdessen soll ein verpflichtendes Quartal in der ambulanten Versorgung eingeführt werden, verbunden mit einer obligatorischen Prüfung in der Allgemeinmedizin nach dem PJ. „Dann kann man sich ja vorstellen, wo es sinnvoll ist, das ambulante Quartal zu absolvieren“, erklärte die Hamburger Senatorin für Gesundheit, Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), im Anschluss an die GMK. Offen ist hingegen, ob es eine Landarztquote für Studienplatzbewerber geben wird. Nach Auffassung der Gesundheitsminister soll jedes Bundesland individuell darüber entscheiden, ob es eine solche Quote einführen will.

Der Sinn dieses Instruments ist umstritten. Der 119. Deutsche Ärztetag hatte eine Quote abgelehnt. Das Ärzteparlament begründete dies damit, dass nur die wenigsten Bewerber vor ihrem Studium einschätzen könnten, welche Fachrichtung sie später einschlagen wollen und ob sie sich eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen vorstellen können. Außerdem wäre eine Bevorzugung von Bewerbern, die sich für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land verpflichten, gegenüber Bewerbern, die dies noch nicht für sich entscheiden möchten, eine ungerechte Begünstigung. „Eine solche Quote würde Medizinstudierende in ihrer Lebensplanung einschränken“, sagte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). Viel sinnvoller und wichtiger sei es, die Arbeitsbedingungen für Ärzte in ländlichen Gebieten zu verbessern. Auch der Medizinische Fakultätentag und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland lehnen eine Quote ab.

Unter der Maßgabe, dass eine finanzielle Förderung der Universitäten und Lehrpraxen sichergestellt werden muss, hatte der diesjährige Ärztetag Bund und Länder aufgefordert, bei der Ausgestaltung des geplanten Masterplans eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten sowie die Abschaffung von Teilstudienplätzen vorzusehen. In den Eckpunkten der GMK ist davon aber nicht die Rede.



Quelle: picture alliance

Und dass, obwohl sich Deutschland den Luxus leistet, pro Semester etwa 34.000 jungen Menschen den Zugang zum Medizinstudium zu verwehren. Im Vergleich zu 1990 ist die Zahl der Studienplätze sogar von 12.000 auf 10.000 gesunken – obwohl im Zuge der Wiedervereinigung acht medizinische Fakultäten hinzukamen. Zur Bekämpfung des Hausärztemangels seien außerdem mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin und eine Stärkung der Ausbildungsmöglichkeiten in Arztpraxen erforderlich.

Der Ärztetag warnte aber zugleich davor, die Debatte über den Masterplan ausschließlich auf die landärztliche Versorgung und ihre Versorgungsengpässe zu konzentrieren. Ziel müsste vielmehr eine Verbesserung der Ausbildung insgesamt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Modellstudiengängen sein. Notwendig seien eine praxisbezogene und interaktive Lehre, fallorientiertes Arbeiten und problemorientiertes Lernen. Auch die Einbindung Studierender und Auszubildender anderer Gesundheitsberufe sollte berücksichtigt werden, um frühzeitig klinische Abläufe und die interdisziplinäre Kommunikation miteinander zu schulen.

Montgomery forderte die Politik zum Handeln auf. „Wer die Ausbildung ändert, muss etwa 15 Jahre warten, bis die Ergebnisse in der Versorgung der Patienten ankommen.“ Wann die Eckpunkte in gesetzgeberische Maßnahmen umgesetzt werden, ist jedoch offen. Sie ermöglichen eine baldige Verabschiedung der Masterplans, gibt sich die GMK optimistisch. Nun stehen Gespräche mit den Finanzministern der Länder an. Die Ergebnisse werden für den Herbst erwartet. ■

## 250 Millionen Euro sind zu viel

Ärzeschaft fordert niedrigere Umsatzschwelle bei neuen Medikamenten

Ein „schnellen Zugang zu hochwertigen und zugleich bezahlbaren Medikamenten“ versprach sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vom Pharmadialog zwischen Bundesregierung und Medikamentenherstellern. Die Ergebnisse der vier Gesprächsrunden sollen durch das „Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ in geltendes Recht übertragen werden. Nun liegt der Referentenentwurf dazu vor.

Der Entwurf sieht unter anderem vor, dass die Erstattungspreise für Arzneimittel mit Zusatznutzen in Zukunft nur den Institutionen bekannt sein sollen, die ihn zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben kennen müssen. Die Pharmahersteller, die diese Preise mit der gesetzlichen Krankenversicherung aushandeln, hatten auf eine solche Regelung gedrängt. Ihre Befürchtung: Niedrige Erstattungsbeiträge in Deutschland könnten die Preise in anderen europäischen Ländern drücken. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) lehnen eine solche Geheimhaltungsklausel ab. Sie stehe dem Transparenzgebot in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem entgegen, heißt es in ihrer gemeinsamen Stellungnahme.

### Umsatzschwelle ist zu hoch und greift zu spät

Ähnlich kritisch bewerten sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Umsatzschwelle. Sie sei mit 250 Millionen Euro „für die deutsche Versorgungsrealität zu hoch angesetzt“. Tatsächlich zeigen Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, dass zwischen den Jahren 2011 und 2015 lediglich drei von 95 neuen Arzneimitteln diese Schwelle überschritten haben. Zudem würden die höchsten Umsätze meist erst im zweiten und dritten Jahr nach Markteinführung erzielt. „Daher ist der Umsatz im ersten Jahr in keiner Weise für den durchschnittlichen jährlichen Umsatz eines Arzneimittels repräsentativ, insbesondere wenn es bei chronischen Erkrankungen eingesetzt wird“, kritisieren BÄK und AkdÄ. Der Erstattungsbetrag müsse ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens gelten.

Beide Organisationen warnen auch vor einer Flexibilisierung der Preisgestaltung für Medikamente ohne Zusatznutzen. Für sie gilt zurzeit das Preisniveau der günstigsten Vergleichstherapie; davon soll zukünftig in begründeten Einzelfällen abgewichen werden können. „Neue Arzneimittel ohne einen belegten patientenrelevanten Zusatznutzen dürfen keine höheren Kosten, auch nicht in einzelnen Ausnahmefällen, als die zweckmäßige Vergleichstherapie verursachen“, heißt es in der Stellungnahme.



Begrüßt wird dagegen der geplante Einsatz schneller diagnostischer Tests, um gegen die zunehmenden Antibiotikaresistenzen vorzugehen. Allerdings sollten sie eine hohe Spezifität und Sensitivität aufweisen, um schnelle ärztliche Entscheidungen zu unterstützen, die nachweislich die Patientenversorgung verbessern. Insbesondere sollten vermehrt 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 nach § 35a SGB V ermöglichen. Notwendig seien gesetzliche Regelungen, die eine fortlaufende Überprüfung des patientenrelevanten Zusatznutzens ermöglichen und Automatismen bei der Nutzenbewertung neuer Antibiotika verhindern.

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

## Viele Innovationen – wenig therapeutischer Fortschritt

Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ, über neu zugelassene Arzneimittel



Insgesamt 23 neue Arzneimittel sind im Jahr 2013 auf den Markt gekommen. Wie fällt ihre Nutzenbewertung aus? Diese Frage beantwortet der Innovationsreport 2016 der Techniker Krankenkasse. Er wirft kein gutes Bild auf die Innovationsfreudigkeit der Pharmaindustrie. Die Ampel steht bei neuen Arzneimitteln häufig auf Rot, das heißt, es handelt sich bei diesen Arzneimitteln nicht um Innovationen.

Von den 23 bewerteten neuen Wirkstoffen existieren für 15 bereits weitere Therapieoptionen, oftmals mit demselben Wirkmechanismus. Hinsichtlich der Verteilung der neuen Wirkstoffe auf Anwendungsgebiete setzt sich ein Trend fort, der bereits in den letzten Jahren zu beobachten war. Es dominieren neue Arzneimittel, die für die Behandlung fortgeschrittener solider Tumore oder hämatologischer Neoplasien zugelassen wurden. Daneben finden sich drei neue Arzneimittel zur Behandlung von Infektionen wie HIV und Clostridium-difficile und zwei Arzneimittel für ophthalmologische Anwendungsgebiete.

Neue Wirkstoffe für häufige und chronisch verlaufende Erkrankungen sind die Ausnahme. Ein Schalk, wer Böses dabei denkt: Primäre Endpunkte, egal ob für Patienten relevant oder nicht, können in klinischen Studien vor der Zulassung, beispielsweise bei onkologischen Erkrankungen, in überschaubarem Zeitraum untersucht werden und die betreffenden Arzneimittel kommen dann rasch auf den Markt. Dort erzielen pharmazeutische Unternehmer heute mit häufig überhöhten Preisen rasch sehr passable Profite. Demgegenüber sind für chronische „Volkskrankheiten“ wie Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie langdauernde Studien mit hohen Patientenzahlen erforderlich, die den Beleg des Nutzens anhand „harter“ Endpunkte ebenso wie die frühe Nutzenbewertung erschweren. Es überrascht deshalb nicht, dass die pharmazeutischen Unternehmer zwei dieser Wirkstoffe – Lixisenatid zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 und Linaclotid zur Behandlung des Reizdarmsyndroms mit Obstipation – nach erfolglosem Schiedsverfahren im Rahmen der frühen Nutzenbewertung vom Markt genommen haben.



### **Beschleunigte Zulassungsverfahren sind nicht frei von Risiken**

Fünf Arzneimittel wurden im beschleunigten Verfahren zugelassen. Auch hier zeigt sich ein bedenklicher Trend: Regulatorische Behörden sowohl in Europa (Europäische Arzneimittel-Agentur, EMA) als auch in Nordamerika (Food and Drug Administration, FDA) haben in den letzten 25 Jahren nacheinander verschiedene Verfahren zur beschleunigten Beurteilung oder zur Markteinführung neuer Arzneimittel etabliert. Zu diesen Verfahren zählt in Europa heute die bedingte Zulassung. Sie wird für Arzneimittel mit begrenzten klinischen Daten erteilt, die zur Behandlung schwerer oder lebensbedrohlicher Krankheiten bestimmt sind, und für Arzneimittel für seltene Erkrankungen, sogenannte Orphan Drugs. Die Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen erfolgt, wenn es prinzipiell unmöglich ist, die für eine Zulassung gewöhnlich geforderten Studiendaten vorzulegen.

Darüber hinaus gibt es für alle Arzneimittel, die im zentralisierten Verfahren durch die EMA begutachtet werden, die Möglichkeit, eine beschleunigte Beurteilung zu beantragen. Das Ziel dieser Verfahren klingt vernünftig: Sie sollen Patienten, die an schweren oder lebensbedrohlichen Krankheiten leiden und für die medikamentöse Alternativen nicht zur Verfügung stehen („unmet medical need“), einen raschen Zugang zu neuen Wirkstoffen ermöglichen. Welche Konsequenzen aber haben diese beschleunigten Zulassungen? Ärzte und Patienten bewegen sich bei der Verordnung und Einnahme derartiger Arzneimittel auf sehr dünnem Eis, da zum Zeitpunkt der Zulassung ihre Wirksamkeit und Risiken häufig nicht sicher beurteilt werden können. Mitunter liegen auch Jahre nach der Zulassung weitere, von den regulatorischen Behörden bei Zulassung geforderte Erkenntnisse aus kontrollierten Studien oder Unbedenklichkeitsprüfungen noch nicht vor. Die bei diesen Arzneimitteln meist noch bestehende Unsicherheit hinsichtlich ihres therapeutischen Stellenwerts verdeutlichen auch die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses in der frühen Nutzenbewertung. Sie ergeben häufig einen nicht quantifizierbaren oder nicht belegten Zusatznutzen.

Um Missverständnisse zu vermeiden: Wir benötigen bei vielen gravierenden Erkrankungen – als therapeutische Alternativen nach Versagen der initialen Therapie oder bei Resistenz gegenüber dieser Behandlung – weiterhin gut wirksame und hinsichtlich der schweren Nebenwirkungen ausreichend geprüfte neue Wirkstoffe. Nicht umsonst wurden national und international große Förderprogramme zur Entwicklung neuer Antibiotika und von Medikamenten gegen Demenz aufgesetzt. Hier scheinen bisherige Anreize für die forschende pharmazeutische Industrie nicht auszureichen. Gleichzeitig ist aber zu fordern, dass pharmazeutische Unternehmer, die nicht selten von ökonomischen und regulatorischen Anreizen

bei der Zulassung profitieren, dann auch nach der Zulassung zügig fehlende Erkenntnisse zum Nutzen und zur Sicherheit ihrer Arzneimittel nachliefern.

### **Kostenexplosion bei Spezialpräparaten**

Ein weiteres, heute viel diskutiertes Problem für unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem ist die Kostenexplosion bei Spezialpräparaten, vor allem in der Onkologie und bei Arzneimitteln zur Behandlung der Hepatitis C. Dieses Problem wurde auch durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes bisher nicht gelöst. Zweifellos liefert die frühe Nutzenbewertung wichtige unabhängige Informationen zu neu zugelassenen Arzneimitteln. Diese stehen Ärzten durch andere Informationsquellen wie dem europäischen öffentlichen Beurteilungsbericht, Publikationen in führenden Fachzeitschriften oder Berichte in Studienregistern nicht zur Verfügung. Das hat eine kürzlich erschienene Analyse von Wissenschaftlern des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eindrucksvoll belegt.

Gerade in der Onkologie bedarf es jedoch nicht nur guter Informationen zu neuen Arzneimitteln, sondern auch weiterer Maßnahmen, die heute in der internationalen Literatur häufig unter dem Begriff des „value-based pricing“ subsumiert werden. Es ist bemerkenswert, dass führende Fachgesellschaften in Europa und in den USA konkrete Vorschläge unterbreitet haben, wie in Zukunft Wirksamkeit und Toxizität neuer Arzneimittel bewertet und in Relation zu den inzwischen fast immer exorbitanten Preisen gesetzt werden können. Gleichzeitig verdeutlicht es auch die Dringlichkeit des Problems. Die bereits am Horizont auftauchenden Kombinationstherapien in der Onkologie werden dazu führen, dass Jahrestherapiekosten bei einem onkologischen Patienten von weit über 100.000 Euro pro Patient keine Seltenheit mehr sind.

Für Arzneimittel, bei denen durch klinische Studien eine patientenrelevante Verlängerung des Überlebens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gezeigt werden konnte und gut wirksame medikamentöse Alternativen fehlen, wäre dies annehmbar. Dies kann jedoch nicht für Wirkstoffe gelten, die nach einem beschleunigten Zulassungsverfahren auf den Markt kommen, was mit der geschilderten beträchtlichen Unsicherheit hinsichtlich Wirksamkeit und Schäden einhergeht. Regulatorische Anreize, die die Entwicklung einer Vielzahl neuer, sehr teurer Arzneimittel ohne innovativen Wirkmechanismus und eindeutigen Nutzenbeleg fördern, müssen von der Politik beseitigt werden. Nur eine Kosten-Nutzen-Bewertung, die die Prinzipien der Pharmaökonomie bei teuren neuen Arzneimitteln beachtet, kann eine angemessene Preisbildung ermöglichen.

Der Innovationsreport steht bereit unter [www.tk.de/tk/themen/studien-und-auswertungen/819902](http://www.tk.de/tk/themen/studien-und-auswertungen/819902) ■

## nachrichten

## Montgomery: Bewusstsein für gesunde Ernährung möglichst früh fördern

Für einen bewussteren Umgang mit zuckerhaltigen Lebensmitteln hat sich Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), ausgesprochen.

„Sehr viele Menschen trinken stark gezuckerte Limonaden, ohne sich der gesundheitlichen Folgen wie Übergewicht oder Diabetes bewusst zu sein. Eine Kennzeichnung könnte die Unterscheidung zwischen gesunden und ungesunden Lebensmitteln erleichtern“, sagte er mit Blick auf eine von der Verbraucherorganisation "Foodwatch" veröffentlichte Studie.

Gerade Kinder und Jugendliche würden zum Konsum von ungesunden, überzuckerten Getränken und Snacks verführt. Daher sei es wichtig, das Bewusstsein für eine gesunde Ernährung so früh wie möglich zu fördern. „Wir müssen bereits in den Kindergärten und Schulen vermitteln, dass gesunde, frische Lebensmittel ein Genuss sind. Diese Erfahrung ist die beste Grundlage, um sich auch als Erwachsener bewusst zu ernähren“, so Montgomery.

Der BÄK-Präsident reagierte damit auf eine Studie der Verbraucherorganisation Foodwatch. Sie hatte gezeigt, dass mehr als jedes zweite Erfrischungsgetränk in Deutschland über fünf Prozent Zucker enthält. In 37 Prozent der Getränke stecken sogar mehr als acht Prozent Zucker. Deutschland ist mit mehr als 80 Liter pro Jahr eines der Länder mit dem höchsten Pro-Kopf-Verbrauch an zuckergesüßten Getränken weltweit. Aktuell sind etwa sechs Millionen Menschen in Deutschland an Typ-2-Diabetes erkrankt. Allein durch Adipositas entstehen in Deutschland nach Angaben von Foodwatch jedes Jahr etwa 63 Milliarden Euro Folgekosten. ■



Quelle: pixabay.com/Humusak

## Patientenverfügung: BGH konkretisiert Ansprüche

Eine schriftliche Patientenverfügung ist nur dann bindend, wenn ihr „konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können.“ Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Zudem müsse eine Vollmacht deutlich machen, ob die bevollmächtigte Person auch über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bestimmen könne. Die allgemeine Äußerung, keine solchen Maßnahmen zu wünschen, sei nicht konkret genug. Eine Konkretisierung könne zum Beispiel erfolgen, indem bestimmte ärztliche Maßnahmen genannt würden oder Bezug auf Krankheiten oder Behandlungssituationen genommen werde, so der BGH. ■

## Curriculum "Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung"

An Berufe im Gesundheitswesen richtet sich das Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ der Bundesärztekammer (BÄK). Es richtet vor allem die Aufgaben Medizinischer Fachangestellter an der Schnittstelle organisatorischer und medizinischer Aufgaben am Delegationsprinzip aus. Deshalb ist das Curriculum nicht nur von hoher Relevanz für die Versorgung, sondern von großer berufspolitischer Bedeutung. Das Curriculum ergänzt das im Jahr 2011 von der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen“ und vom Vorstand der Bundesärztekammer publizierte Konzept „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“. Darin wird der ärztlich gesteuerte, koordinierte Versorgungsprozess sektorübergreifend und unter Beteiligung verschiedener Berufe dargestellt.

Das Curriculum von insgesamt 230 Stunden ist modular aufgebaut. Es enthält einen Grundkurs „Fallbegleitung“ (160 Stunden), der sich im Wesentlichen an Medizinische Fachangestellte, aber auch andere Fachberufe richtet. Zusätzlich gibt es einen Aufbaukurs „Versorgungsmanagement“ (94 Stunden) mit Ärzten als Zielgruppe. Vorherige Zertifikate, zum Beispiel im Qualitätsmanagement, können angerechnet werden.

Das Mustercurriculum wurde gemeinsam mit den Landesärztekammern Hessen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe erarbeitet. Ebenfalls beteiligt waren die Landesärztekammer Brandenburg sowie die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Es ist allen Landesärztekammern und Berufsverbänden zur einheitlichen Anwendung empfohlen. ■

## Gesetzesentwurf "Cannabis als Medizin" im Bundestag

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) befürworten das Vorhaben der Regierung, schwer kranke Patienten auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung mit cannabinoidhaltigen Arzneimitteln zu versorgen. Die Kostenübernahme für getrocknete Cannabisblüten lehnen BÄK und AkdÄ dagegen ab. Dafür fehle es an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz, betonen BÄK und AkdÄ in ihrer Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften.

BÄK und AkdÄ begrüßen, dass die im Referentenentwurf noch vorgesehene Anwendung der Chroniker-Richtlinie als Voraussetzung zum Nachweis einer chronischen Erkrankung, mit der ein Anspruch auf eine Verordnung von cannabinoidhaltigen Medikamenten verbunden war, im Regierungsentwurf durch eine allgemeine Regelung zum Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung ersetzt worden ist. Das vorgesehene Verfahren zur Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten lehnen BÄK und AkdÄ ab, da es hierfür an der erforderlichen datenschutzrechtlichen Grundlage fehle. Das Gesetz wird im November abschließend im Bundestag beraten.

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

## Aktualisierter Methodenreport des ÄZQ veröffentlicht

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat den allgemeinen Methodenreport zur Erstellung von Kurzinformationen für Patienten aktualisiert und erweitert. Darin informiert das ÄZQ über die aufwendigen Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse der patientenfreundlichen Informationsblätter. Zudem beschreibt es, wie anerkannte Anforderungen an evidenzbasierte Patienteninformationen und die Patientenbeteiligung umgesetzt werden. Die Informationsmaterialien sind konzipiert als Serviceangebot für Ärzte zur Unterstützung der Information und Aufklärung von Patienten im persönlichen Gespräch. Sie sind aber auch für Interessierte direkt zugänglich. Auf zwei Seiten informieren die Kurzinformationen einfach und verständlich über Erkrankungen oder andere wichtige Gesundheitsthemen. Zu ausgewählten Themen liegen Übersetzungen vor.

Der Methodenreport sowie alle Kurzinformationen und Übersetzungen können als PDF-Dokument kostenfrei auf den Internetseiten des ÄZQ abgerufen werden: <http://www.aezq.de/mdb/downloads/kip/methodik/aezq-kip-patienten-methodik.pdf>

## Universitätsmedizin: Nur zehn Prozent Frauen in Führungspositionen

Etwa zehn Prozent der Führungspositionen in der Universitätsmedizin sind in Deutschland durch Frauen besetzt. Oberärztinnen sind bundesweit in der universitären Medizin mit 31 Prozent vertreten. Das ist das Ergebnis der Dokumentation „Medical Women on Top“ des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB).

Der Frauenanteil an Medizinstudierenden ist inzwischen auf 63 Prozent (Stand 2015) angestiegen, dass aber nur sehr wenig Frauen auf Lehrstühlen, in Klinikdirektionen oder Abteilungsleitungen landen, ist der Studie zufolge einer breiten Öffentlichkeit bisher kaum bekannt.



Die Untersuchung zeigt auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fächern. Es gibt eine Frau in der Urologie (drei Prozent) und 29 Frauen in der Pädiatrie (16 Prozent). In den drei Universitätskliniken Greifswald, Homburg und Mannheim gibt es keine Frau auf einem Lehrstuhl. Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern bestanden nicht. Der prozentuale Anteil von Oberärztinnen liegt bei 31 Prozent. Dabei sind „starke Fächer“ Frauenheilkunde und die Dermatologie, „schwache Fächer“ die Chirurgie und erneut die Urologie. Bemerkenswert ist, dass in den neuen Bundesländern durchschnittlich mehr Oberärztinnen arbeiten als in den alten Bundesländern. In der gesamten Professorenschaft inklusive der mittleren Leitungsebene, der Oberärzte und Oberärztinnen sind habilitierte Frauen lediglich zu 16 Prozent vertreten.

Untersucht wurden alle 34 deutschen staatlichen Universitätskliniken. Dabei wurden insgesamt 1.300 Internetseiten erfasst. Es wurden nur die Fächer berücksichtigt, die an allen 34 Universitätskliniken vertreten und stark in die Krankenversorgung beziehungsweise klinische Diagnostik eingebunden sind.

Die Dokumentation steht zum Download bereit unter [www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf](http://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf)

## Sparen Krankenkassen auf Kosten Krebskranker?

### AOK startet europaweite Ausschreibung von Zytostatika

Gesetzliche Krankenkassen sparen bei der Krebsbehandlung. Bisher beliefern spezialisierte Apotheker die onkologischen Praxen mit eigens angemischten Chemotherapien. Nun hat die AOK ein Sparprogramm aufgelegt: Künftig soll nur noch die billigste Apotheke die Krebsmittel mischen. Der Gewinner des europaweiten Ausschreibungsverfahrens versorgt dann die ganze Region. Das neue Verfahren gilt für die AOK-Gebiete Hessen, Nordost und Rheinland/Hamburg. Die Verträge sind im August 2016 gestartet und haben eine Laufzeit von einem Jahr mit der Option auf Verlängerung. Dem Vernehmen nach wollen die DAK, die Knappschaft und etliche Betriebskrankenkassen nachziehen. Mindestens 30 Millionen Versicherte könnten bald davon betroffen sein.

Der AOK Bundesverband sieht keinen Grund zur Sorge. Neu seien für die Onkologen lediglich die Bezugswege. Die Qualität der Zytostatika-Apotheken bleibe unverändert hochwertig, eine reibungslose und schnelle Belieferung der Praxen sei garantiert. Dagegen zieht der Bundesverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO) in einem Zwischenbericht eine verheerende Bilanz. Darin ist nach Informationen der Zeitung Welt am Sonntag unter anderem von fehlenden Chemotherapien, nicht lieferbaren Begleitmedikationen, unbefüllten Infusionsbestecken und vielen weiteren Problemen die Rede. Innerhalb von nur 15 Tagen kam es demnach in 60 untersuchten Arztpraxen zu mehr als 60 als gravierend oder sehr gravierend eingestuften Vorfällen.

Zytostatika sind besonders heikel, weil es sich bei ihnen in der Regel um Spezialrezepturen handelt, die individuell für einen Patienten hergestellt werden. Diese sind oft nur sehr kurz haltbar und stellen besondere Anforderungen an den Herstellungsprozess. Nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) können sie bundesweit nur von etwa 300 Apotheken hergestellt werden, die über ein spezielles Reinraumlabor verfügen. Daneben gibt es auch reine Herstellerbetriebe, die Zytostatika an Apotheken liefern. Laut Arzneiverordnungsreport gaben die Gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2014 für Zytostatika-Zubereitungen fast 1,3 Milliarden Euro aus.

Der BNHO-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Stephan Schmitz befürchtet nun eine massive Verschlechterung der Qualität der Versorgung Krebskranker. „Mit einer solchen Ausschreibung dringen die Kassen nicht nur in die Entscheidungskompetenz des Arztes ein, sondern auch in das besonders geschützte Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient“, warnte er. Fritz Becker, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes, forderte den Gesetzgeber auf, die Ausschreibungen zu verbieten. Sie waren erst möglich geworden, nachdem das



Ärzte und Apotheker warnen vor einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung von Krebspatienten

Bundessozialgericht im November 2015 die freie Apothekenwahl bei der Krebsmedikamenten zugunsten von Selektivverträgen gekippt hatte. „Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen die Zytostatika-Versorgung kaputtsparen“, kritisierte Becker. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert ein Umdenken: „Die Versorgung aus einem Guss für ambulante Patienten am Krankenhaus darf nicht ausgehebelt werden.“ Die Bereitstellung über die Krankenhausapotheke bietet ideale Flexibilität, Qualität und Versorgungssicherheit für die Patienten.

Während Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, hinter den Vorwürfen eine „Kampagne“ mit „geschickter Desinformation“ wittert, sieht auch die Politik die neue Ausschreibungspraxis kritisch. So hatte die 89. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2016 vor den negativen Auswirkungen solcher Exklusivverträge gewarnt. Diese führten zwar kurzfristig zu Einsparungen. „Zu befürchten ist aber, dass damit eine Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen einhergehen könnte“, heißt es in dem GMK-Beschluss. Die Bundesregierung solle daher prüfen, ob solche Verträge die „bewährte, flächendeckende, qualitativ hochwertige und zugleich flexible, zeit- und ortsnahe Versorgung mit individuellen Zytostatikazubereitungen gefährden könnte“ und eine gesetzliche Regelung notwendig sei. ■

## Kabinett beschließt Heil- und Hilfsmittelgesetz

Bundesregierung reagiert auf Qualitätsmängel

Das Bundeskabinett hat am 31. August 2016 dem Entwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG) zugestimmt. „Der heute beschlossene Gesetzentwurf verbindet Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualität und Transparenz der Hilfsmittelversorgung mit einer Aufwertung der Stellung der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen im Gesundheitswesen“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) dazu. Das Gesetz solle dafür sorgen, dass Versicherte die richtigen Hilfen erhalten, um ihren Alltag trotz Einschränkungen möglichst selbstbestimmt bewältigen zu können. Dazu zählten unter anderem Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfe sowie Schuheinlagen, Prothesen und Orthesen bis hin zu Rollstühlen und Hörgeräten. Die Bundesregierung reagiert mit dem Gesetz auf den Preiswettbewerb der Krankenkassen. Er hat in den vergangenen Jahren immer wieder zu Qualitätsmängeln bei der Versorgung von Patienten mit Hilfs- und Heilmitteln geführt. Das neue Gesetz soll diese Mängel abstellen.

Ein Instrument sind die neuen sogenannten Blankoverordnungen von Heilmitteln, bei denen Ärzte den Therapeuten nicht mehr per Rezept eine bestimmte Behandlung vorschrei-

ben. Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden können nach einer ärztlichen Untersuchung und Therapieempfehlung selbst entscheiden, welche Behandlung mit wie vielen Anwendungen notwendig ist. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen soll dazu verpflichtet werden, sein Hilfsmittelverzeichnis bis zum Ende des Jahres 2018 grundlegend zu aktualisieren. Bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln dürfen die Krankenkassen in Zukunft nicht mehr nur auf den Preis achten, sondern auch die Qualität der Produkte und Dienstleistungen berücksichtigen. Zudem werden sie verpflichtet, ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen auszahlungsfreien Hilfsmitteln einzuräumen. Hinzu kommt die Möglichkeit, mit den Heilmittelerbringern zwischen den Jahren 2017 und 2019 Vergütungsvereinbarungen abzuschließen, die oberhalb der bislang vorgeschriebenen maximalen Veränderungsrate liegen.

In Ihrer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf des Gesetzes hatte die Bundesärztekammer (BÄK) unter anderem Rahmenvorgaben auf Bundesebene für die vorgesehenen Modellvorhaben gefordert, um Fehlentwicklungen zu vermeiden und um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Der nun vorliegende Kabinettsentwurf des Gesetzes wird derzeit von der BÄK geprüft. ■

## PsychVVG: Budgetneutrale Phase um ein Jahr verlängert

Bundeskabinett stimmt Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf zu

Am 3. August 2016 hat das Bundeskabinett den Entwurf für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) beschlossen. Darin finden sich einige Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf. So wird die Optionsphase um ein weiteres Jahr bis Ende 2017 verlängert. Damit verlängert sich auch die Gesamtdauer der budgetneutralen Phase um ein Jahr. Im Jahr 2018 soll das neue Entgeltsystem daher zwar erstmals verbindlich, aber weiterhin budgetneutral angewendet werden.

Bei der Kalkulation des Entgeltsystems sind nun im Hinblick auf die angestrebte repräsentative Auswahl der Krankenhäuser auch psychosomatische Einrichtungen mit einzubeziehen. Vor dem 1. Januar 2020 sollen die Vorgaben der Psychiatrischen Personalverordnung (Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen umgesetzt werden. Diese gelten allerdings nur für die psychiatrische, nicht aber für psychosomatische Einrichtungen. Bei den Budgetvorgaben werden neben strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nun auch regionale Besonderheiten berücksichtigt (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 BpflV). In Bezug auf die leistungsbezogenen Vergleiche wird

in dem Kabinettsentwurf nunmehr deren Orientierungsfunktion bei der Budgetfindung unterstrichen. Die Ausweitung der MDK-Prüfungen ist dagegen nicht mehr vorgesehen.

Der Entwurf stellt die stationsäquivalente Krankenhausbehandlung als alternative Behandlungsform gleichwertig neben die vollstationäre Aufnahme in das Krankenhaus. Er sieht für Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus vor, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Die Prüfung erfolgt durch das Krankenhaus

Zudem sieht der Gesetzentwurf vor, dass dem Gesundheitsfonds im Jahr 2017 einmalig Mittel aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Milliarden Euro zugeführt werden sollen. Sie sind vorgesehen für einmalige Investitionen in die telemedizinische Infrastruktur sowie zum Ausgleich der vorübergehenden Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten. ■

## medizin &amp; ethik

**BÄK: Leitfaden für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen**

Weiterer Schritt für mehr Qualität in der Patientenversorgung

Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützt Krankenhäuser mit einem Leitfaden bei der Implementierung und Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). Dazu erklärt Dr. Günther Jonitz, Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der BÄK: „Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind ein Instrument des Risiko- und Qualitätsmanagements, mit dem besondere Behandlungsverläufe wie unerwünschte Ereignisse oder Todesfälle systematisch aufgearbeitet werden können. Solche Konferenzen zielen darauf ab, insbesondere in klinischen Prozessen Verbesserungspotentiale zu erkennen und umzusetzen.“

Mit der Veröffentlichung des Leitfadens steht nach den Curricula für „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Ärztliche Führung“ sowie dem Curriculum und dem Leitfaden „Ärztliches Peer Review“ ein weiterer Baustein zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung bereit. Gerade im englischsprachigen Raum haben Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im Rahmen der ärztlichen Weiterbil-

dung eine lange Tradition. In Deutschland wird das Instrument, das aus den klinischen Fallkonferenzen in Krankenhäusern hervorgegangen ist, seit einigen Jahren wiederentdeckt.

Nach Aussage von Jonitz geht es darum, diesen Trend zu befördern: „Der klinische Alltag steht mehr und mehr im Zeichen von Arbeitsverdichtung. Gleichzeitig fordern Politik und Gesellschaft eine immer leistungsfähigere und perfektere Medizin. Ebenso allgegenwärtig sind die Rufe nach mehr Transparenz, Partizipation, Qualitätsorientierung und effektivem Risikomanagement. Und die Fortschritte sind hier unverkennbar. Das notwendige Bewusstsein für eine patientenorientierte Sicherheitskultur kann aber weder angeordnet noch von heute auf morgen flächendeckend implementiert werden. Ein solcher Kulturwandel vollzieht sich schrittweise. Die Einführung von M & MK ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.“

Der Leitfaden erscheint in Kürze als Broschüre und wird auf der Internetseite der BÄK zum Download bereitgestellt. ■

**Kippt das Tabakwerbeverbot?**

Erste Lesung im Bundestag abgesetzt

Das geplante Werbeverbot für Tabakerzeugnisse steht möglicherweise auf der Kippe. Wegen des Widerstands in der Unionsfraktion wurde der bereits vom Kabinett verabschiedete Gesetzentwurf vor der parlamentarischen Sommerpause nicht mehr vom Bundestag behandelt. Die geplante erste Lesung des Gesetzes wurde abgesetzt. Es gebe noch Diskussionsbedarf, auch innerhalb der eigenen Fraktion, sagte die Vorsitzende der CSU-Landesgruppe, Gerda Hasselfeldt. Ende April hatte das Bundeskabinett beschlossen, aus Jugendschutzgründen Zigarettenwerbung auf Plakaten und im Kino zu verbieten. Das Verbot sollte auch E-Zigaretten einschließen.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte die Entscheidung des Bundeskabinetts begrüßt, die Tabakwerbung deutlich einzuschränken. Gleichzeitig kritisierte die BÄK aber, dass die Verbote erst ab 2020 gelten sollen. Auch die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin sprach sich für ein früheres Verbot aus.

In einem Schreiben appellierte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery unter anderem an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags, den Regierungsentwurf möglichst umgehend zu beraten und positiv zu bescheiden. „Wir erachten es aus ärztlicher Sicht für dringend erforderlich, durch die vorgesehene Ausweitung der



bestehenden Tabakwerbeverbote auf die Außen- und Kinowerbung die Anzahl behandlungsbedürftiger Raucher weiter einzudämmen“, heißt es darin. Verschiedene Studien zeigten die Wirksamkeit der Tabakwerbung gerade bei Kindern und Jugendlichen.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum beziffert die direkten und indirekten Kosten durch den Tabakkonsum auf rund 79 Milliarden Euro. Davon fallen etwa 25,41 Milliarden Euro im Gesundheitswesen als direkte Kosten für Arzneimittel, Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen an. ■

## BÄK unterstützt Kampagne "rauchfrei unterwegs"

Kinder und Jugendliche besser vor Passivrauchen im Auto schützen

Die Bundesärztekammer unterstützt die Kampagne "rauchfrei unterwegs" der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler (CSU). Ziel der gemeinsamen Aktion ist es, Kinder und Jugendliche vor den Folgen des Passivrauchens im Auto zu schützen und Eltern für das Thema zu sensibilisieren. Denn wie Untersuchungen zeigen, steigt die Schadstoffkonzentration deutlich an, wenn im Auto eine Zigarette angezündet wird. Schon bei kurzen Fahrten werden Schadstoffwerte erreicht, die höher liegen als in einer verrauchten Gaststätte. Gemeinsam wollen die Kooperationspartner bundesweit Informationsmaterialien verteilen und für eine breite Berichterstattung in Mitgliederzeitschriften und sozialen Medien sorgen. Unter anderem werden alle deutschen Kinderarztpraxen von den Initiatoren gebeten, die Kampagne aktiv zu unterstützen.

Einige Länder haben bereits das Rauchen im Auto verboten, darunter mehrere Bundesstaaten der USA, England, Wales und Südafrika. Auch 87 Prozent der Deutschen befürworten laut einer Umfrage ein Rauchverbot am Steuer, wenn Minderjährige mitfahren. Trotzdem gaben bei einer anderen Untersuchung vier von 100 Befragten an, im Auto auch in Anwesenheit von Kindern zu rauchen.

Weitere Partner der Aktion „rauchfrei unterwegs“ sind neben der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) auch die dazugehörigen pädiatrischen Gründungs-



gesellschaften und -verbände: der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).

Weitere Informationen gibt es unter [www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de) ■

## BÄK für weltweites Verbot von Atomwaffen

Vereinte Nationen sollen völkerrechtliche Ächtung von Atomwaffen verhandeln

Die Bundesärztekammer (BÄK) fordert die Bundesregierung dazu auf, sich ab sofort aktiv für die Verhandlung eines weltweiten Verbots von Atomwaffen einzusetzen. Damit unterstützt sie einen entsprechenden Appell der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW). In dem Aufruf wird darüber hinaus auch ein umgehendes Verbot der Stationierung von Atomwaffen in Deutschland gefordert.

„In einer unsicheren Welt schaffen Atomwaffen keine Sicherheit, sondern bergen untragbare Risiken“, heißt es in dem Appell. Die Arbeit der Beschäftigten im Gesundheitswesen stehe im Dienste der Menschen und der Humanität. Daher könnten sie nicht zur drohenden Vernichtung der Menschheit durch einen gewollten oder versehentlichen Einsatz von Atomwaffen schweigen. Es sei die Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die Gesundheit der Patienten zu bewahren. Der Öffentlichkeit werde

verschwiegen, dass Atomwaffen auch heute jederzeit unser Leben innerhalb von Minuten zerstören und den Überlebenden unermessliches Leid zufügen könnten.

Hintergrund des Appells sind die zu diesem Thema für Oktober 2016 terminierten Beratungen der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Dann wird voraussichtlich darüber abgestimmt, ob Verhandlungen über die völkerrechtliche Ächtung von Atomwaffen aufgenommen werden sollen. Das hatte die "Ergebnisoffene Arbeitsgruppe der UN" (Open-Ended Working Group, OEWG) Ende August empfohlen. Dafür sprachen sich bei der Abstimmung in Genf eine klare Mehrheit von 68 Staaten aus, 22 Staaten, darunter Deutschland, votierten dagegen. Weltweit gibt es rund 16.000 Atombomben. Rund 90 Prozent des Arsenal sind in den Händen der USA und Russlands.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.ippnw.de](http://www.ippnw.de) ■

## personalia

## Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft übernimmt Vorsitz des WBP



Quelle: privat

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Heuft

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft hat den Vorsitz des von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam gebildeten Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) übernommen.

Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

sowie Psychoanalytiker, ist Lehrstuhlinhaber für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie Direktor der von ihm 1999 gegründeten Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster. Heuft, der dem WBP seit 2004 angehört, sieht eine wesentliche Aufgabe darin, das paritätisch mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten besetzte Gremium zu stärken. ■

## Michalk kandidiert nicht mehr für den Deutschen Bundestag

Maria Michalk, gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion im Deutschen Bundestag, wird nicht mehr für das Parlament kandidieren. Sie habe „nach reiflicher Überlegung“ die Entscheidung getroffen, sich aus familiären Gründen nicht mehr zur Wahl zu stellen. Sie versicherte, bis zum September 2017 weiterhin voller Elan zu arbeiten.

Michalk ist seit 2002 im Wahlkreis Bautzen direkt gewählte Bundestagsabgeordnete. Sie begann ihre politische Karriere im Jahr 1990 als Mitglied der ersten frei gewählten Volkskammer in der damaligen DDR. Im gleichen Jahr trat sie der CDU bei und wurde Mitglied des CDU-Kreisvorstandes Bautzen. Von 1990 bis 1994 war sie bereits zuvor Bundestagsabgeordnete und stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. ■



Quelle: Deutscher Bundestag/Hermann J. Müller

Maria Michalk

## Prof. Dr. Peter Dabrock ist neuer Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Der Deutsche Ethikrat hat den Theologen und Ethiker Prof. Dr. Peter Dabrock zu seinem Vorsitzenden gewählt. Die Neurowissenschaftlerin Prof. Dr. Katrin Amunts, der Psychologe und Gerontologe Prof. Dr. Andreas Kruse und die Medizinethikerin Prof. Dr. Claudia Wiesemann sind seine Stellvertreter.

14 der insgesamt 26 Mitglieder waren von Bundestagspräsident Norbert Lammert erstmals in den Ethikrat berufen worden; die übrigen zwölf Ratsmitglieder hatten dem Rat bereits

in der vorangegangenen Amtszeit angehört. Der Ethikrat soll die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft verfolgen, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Zu seinen Mitgliedern zählen Wissenschaftler aus verschiedenen Wissenschaftsgebieten; darüber hinaus gehören ihm Personen an, die in besonderer Weise mit ethischen Fragen der Lebenswissenschaften vertraut sind. ■

## 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 BerlinTel: 030 - 40 04 56 700  
Fax: 030 - 40 04 56 707  
presse@baek.de  
www.baek.de**Redaktionsschluss**

20.09.2016