



GKV Versorgungstärkungsgesetz Korrekturen sind möglich



Prävention: BÄK fordert
stärkere Einbindung der Ärzte

EU: Verhandlungen zu Medizinprodukten stocken

Ärzte leisten Hilfe beim, aber nicht zum Sterben

Auftakt

Zum Jahresende kommt noch einmal Bewegung in die Gesundheitspolitik. So stellte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den Referentenentwurf seines Versorgungsstärkungsgesetzes vor – eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Vorhaben der großen Koalition. Die Ärzteschaft begrüßt zwar einige positive Ansätze, spart aber insgesamt nicht mit Kritik. Besonders umstritten sind die Pläne zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Regionen, die Terminservicestellen und der Kompetenzzuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses (S. 3).

Nach langen Verhandlungen stellte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nun auch die Eckpunkte für einen Umbau der Krankenhauslandschaft vor. Im BÄKground-Interview kritisiert BÄK-Präsident Prof. Dr. Montgomery den Mangel an konzeptionellen Lösungsvorschlägen (S. 9)

Auch ein Langzeitprojekt nimmt Form an: Das Präventionsgesetz, an dem sich schon mehrere Koalitionen unterschiedlicher Couleur versucht haben. Der nun vorliegende Entwurf sieht unter anderem eine deutliche Aufstockung der Präventionsausgaben vor. Die Primär- und Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen soll deutlich ausgebaut werden. Die Bundesärztekammer fordert allerdings mehr medizinischen Sachverstand, beispielsweise durch ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement (S. 6).

Mit Spannung erwartet wurde die Bundestagsdebatte zum Thema Sterbehilfe. In der Diskussion zeichnete sich eine breite Mehrheit für ein Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid ab. Als besonders umstritten erwies sich die Frage, welche Rolle die Ärztinnen und Ärzte am Lebensende spielen sollen (S. 13) ■

inhalt

dezember 2014

Politik & Beruf

Korrekturen sind möglich GKV Versorgungsstärkungsgesetz	3
Präventionsgesetz 4.0 BÄK für stärkere Einbindung von Ärzten	6
Reformpaket für Krankenhäuser vorgestellt Behandlungsqualität entscheidet über Vergütung	7
EU-Verhandlungen zu Medizinprodukten stocken Fortschritte bei der Patientensicherheit	8
BÄK für schärfere Regeln bei Chefarztverträgen Viele Krankenhausträger setzen bisherige Praxis fort	9

Studie: Kurze Wartezeiten in Deutschland	11
EMA empfiehlt Rezeptfreiheit für "Pille danach"	12
Ergebnisse der Ärztekammer-Wahl in Berlin	12
Ärztemonitor 2014: Unzufriedene Fachärzte	12
Risiko Schlaf- und Beruhigungsmittel	12

Medizin & Ethik

Ärzte leisten Hilfe beim, aber nicht zum Sterben Bundestag debattiert über Sterbehilfe	13
Generali öffnet neue (Daten-)Horizonte Versicherer will Gesundheitsdaten sammeln	15

Nachrichten

Unwahre Tatsachenbehauptung unzulässig	10
Kündigungsgrund: Heirat	10
Herbert-Lewin-Preis 2015 ausgeschrieben	10
Gericht bestätigt kommunale Finanzierungspraxis	11
GKV rutscht ins Minus	11

Personalia

Montgomery bleibt Präsident der ÄK Hamburg	16
Windhorst in Westfalen-Lippe bestätigt	16
Neuer Präsident des Robert Koch-Instituts	16
Reumann neuer DKG-Präsident	16

Impressum

16



GKV Versorgungstärkungsgesetz Korrekturen sind möglich

Als Gesundheitsminister hast Du immer die Torte im Gesicht". Mit diesen Worten fasste Ulla Schmidt (SPD) einmal ihre Erfahrung aus langen Ministerjahren zusammen. Ihre Vor- und Nachfolger im Amt, ganz gleich welcher Partei, dürften ihr dabei ausnahmsweise zugestimmt haben. Nur für Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) schien das Schmidtsche Gesetz Anfangs nicht zu gelten. Der eigentlich völlig fachfremde ehemalige CDU-Generalsekretär mauserte sich schnell zum Vorzeigeminister des Kabinetts Merkel. Er stellte die Weichen für die von der Koalition angekündigte Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen und beendete mit seinem GKV-Finanzierungsgesetz fast geräuschlos den Streit über die künftige Finanzierung der Krankenkassen. Noch im Juni schaffte es der Rheinländer (wenn auch mit Ach und Krach) unter die TOP 20 der beliebtesten Politiker des Landes. Das war für einen Gesundheitsminister ein phänomenales Ergebnis. Doch allmählich, so scheint es, wird auch für Gröhe die Luft tortenhaltiger.

Für sein Ebola-Management musste er Kritik einstecken, die von ihm ins Leben gerufene Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur

Vorbereitung der Krankenhausreform konnte nach monatelangen Verhandlungen nur wenig Substantielles nachweisen (Bericht S. 7) und die Europäische Arzneimittelagentur zwang Gröhe jüngst zu einer Kehrtwende in der Diskussion über die Verschreibungspflicht der Pille danach (Bericht S.12). Schließlich bereitete ihm auch noch die eigene Partei Verdruss. Bei der Wahl des Vorsitzenden des CDU-Bezirksverbands Niederrhein unterlag er dem bundesweit nahezu unbekanntem Günter Krings, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesinnenministerium. Für Gröhe war diese Niederlage auch deshalb schmerzhaft, weil er bei der Wahl für das CDU-Parteipräsidium im Dezember gegen den gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion, Jens Spahn, antreten wollte. Kurz vor der Wahl zog Gröhe seine Kandidatur zurück.

Prinzip "good guy - bad guy"

Zuvor war weder Gröhe noch Spahn daran gelegen, dass die Abstimmung zu einer Belastung für die Gesundheitspolitik der Union wird. Gerade hatte der Minister seinen Referentenentwurf für das geplante GKV-Versorgungsstär-

politik & beruf

Fortsetzung von Seite 3

kungsgesetz vorgelegt. Mit ihm sollen unter anderem die von Spahn und seinen Fachkollegen bei den Koalitionsverhandlungen konsentierten Vorgaben für die ambulante Versorgung umgesetzt werden. Zwar flogen nach Bekanntwerden des Entwurfs keine Torten, es hagelte aber massive Kritik.

Nach dem Prinzip "good guy - bad guy" scheint die Abwehrstrategie der Koalition vorzusehen, dass sich Gröhe in der öffentlichen Debatte ministerial zurücknimmt und so die Tür für Verhandlungen mit wichtigen Stakeholdern offenhält. Dagegen keilt Spahn kräftig gegen Kritiker des Gesetzes aus. So beklagte er sich in seinem Blog bitter darüber, dass die Presse voll von Meldungen sei, die Koalition würde mit dem Entwurf die ärztliche Versorgung gefährden. Dieser Popanz werde von Vertretern der verfassten Ärzteschaft initiiert und sei ziemlicher Unsinn.

Die harschen Äußerungen kommen nicht von ungefähr. Das Gesetz ist neben der geplanten Krankenhausreform das wichtigste gesundheitspolitische Vorhaben der Koalition in dieser Legislaturperiode. Und die Regierung lässt keinen Zweifel daran, dass sie es auch über die parlamentarischen Hürden bringen will. Deshalb macht es für die betroffenen Gruppen aus dem Gesundheitswesen wenig Sinn, das Gesetz als Ganzes abzulehnen. Gerade weil Minister Gröhe den Dialog mit den beteiligten Gruppen sucht, bestehen aber Möglichkeiten, korrigierend auf die Neuregelungen einzuwirken.

Ärztckammern zuständig für fachliche Qualifikation

Beispiel Zweitmeinungsregelung: Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung für Patientinnen und Patienten. Allerdings liegt den Plänen die Intention zugrunde, die Patienten durch Einholung einer Zweitmeinung vor möglichen Indikationsausweitungen zu schützen. "Zweitmeinungen als Korrektiv für finanzielle Fehlanreize können aber lediglich zur Dämpfung derartiger Auswirkungen führen, nicht jedoch die eigentlichen Probleme lösen", heißt es in einer schriftlichen Stellungnahme der BÄK zu dem Entwurf. Darin kritisiert sie auch die vorgesehene Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) insbesondere über Anforderungen an zweitmeinungsberechtigte Leistungserbringer. Die BÄK verweist auf die originäre Zuständigkeit der Ärztekammern für die fachliche Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. "Hier ist eine enge Abstimmung des G-BA mit den Ärztekammern beziehungsweise der Bundesärztekammer zwingend erforderlich, um eine Kompatibilität zu den Inhalten der ärztlichen Weiterbildung zu gewährleisten."

Positiv bewertet die Bundesärztekammer die vorgesehenen Möglichkeiten für Krankenhäuser, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen, um

Versorgungslücken beim Übergang von stationären in den ambulanten Versorgungsbereich zu schließen. Zur weiteren Präzisierung der Regelungen verweist die BÄK auf die im Jahr 2012 vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin entwickelten "Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren".



Jens Spahn wehrt sich gegen die Kritik am GKV Versorgungsstrukturgesetz

Kritik gab es auch an den geplanten Terminservicestellen. Spahn und der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach haben schon in der letzten Legislaturperiode Überlegungen hierzu angestellt. Auch wenn lange Wartezeiten auf Arzttermine eher ein gefühltes Problem vieler Patienten sein dürften als ein reales, wie jüngst auch eine Studie gezeigt hat, haben Union und SPD schnell erkannt, dass sich damit beim Wähler punkten lässt. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz sollen die Stellen nun eingeführt werden. Wenn Patienten nicht binnen vier Wochen einen Termin beim Facharzt bekommen, sollen sie die Möglichkeit haben, sich zur ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus zu begeben. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen ist alarmiert: Die geplante Vermittlung von Patienten an Klinikambulanzen schränke nicht nur die freie Arztwahl der Menschen ein, sondern senke auch das bisherige Niveau hochqualifizierter Facharztmedizin in der ambulanten Versorgung auf den Standard einer Notfallambulanz. Die Bundesärztekammer warnt vor neuer Bürokratie und fehlenden Kapazitäten in den Krankenhäusern.

SPD: KVen haben bei Bedarfsplanung versagt

Ein weiteres Aufregertema ist der geplante Zwangseinzug von Vertragsarztsitzen in überversorgten Regionen. Die Bundesärztekammer warnt in ihrer schriftlichen Stellungnahme davor, dass die vorgesehenen Regelungen weder den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen kompensieren können, noch den ärztlichen Nachwuchs zur Niederlassung motivieren. "Zudem bleibt das räumliche Inanspruchnah-

meverhalten der Patienten unberücksichtigt. Studien belegen, dass Ärzte in städtischen Mittel- und Oberzentren oft in bedeutendem Maße Patienten aus den umliegenden Landkreisen mitversorgen“, so die BÄK. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht von einem Verlust von 25.000 Vertragsarztsitzen. Dem hielt Spahn entgegen, dass kein Praxisaufkauf durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ohne deren Votum im Zulassungsausschuss durchgesetzt werden könne. Bei jedem einzelnen Aufkauf einer Praxis hätten die KVen damit faktisch ein Vetorecht. Spahn bezog sich mit diesem Hinweis auf Paragraf 103 Sozialgesetzbuch V, der Einzelheiten zu Zulassungsbeschränkungen regelt. Allerdings stellte die SPD-Gesundheitspolitikern Sabine Dittmar klar, man habe aus der bisherigen Kann- eine Soll-Regelung gemacht, weil die KVen und Zulassungsgremien in der Bedarfsplanung versagt hätten. "Wir haben noch kein Muss daraus gemacht“, sagte sie.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden das Wort "noch“ in Dittmars Äußerung genau registriert haben.

"Machtzuwachs des G-BA ist reinster Horror“

Grundsätzlich ist vielen Akteuren der vorgesehene Machtzuwachs des G-BA ein Dorn im Auge. Dieser manifestiert sich insbesondere in den Regelungen für den geplanten Innovationsfonds. Über den Fonds sollen künftig innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung mit insgesamt 300 Millionen Euro gefördert werden. Die Vergabe soll über ein jährliches Ausschreibungsverfahren des G-BA erfolgen. "Dieser Kompetenzzuwachs des GBA ist der reinste Horror“, kritisierte der Duisburger Gesundheitsökonom Professor Jürgen Wasem. Gerade bei Innovationen sei es kontraproduktiv, einem zentral gesteuerten Gremium die alleinige Entscheidung zu überlassen. "Innovationen müssen dezentral geregelt werden.“ Auch Bayerns Unions-Fraktionsvize Georg Nüßlein (CSU) hält den Entwurf für ordnungspolitisch problematisch. Man wolle keine "Nebenbehörde“ zum Bundesgesundheitsministerium, die gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen maßgeblich und eigenständig gestalten könne.

Die Bundesärztekammer befürchtet, dass die durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsforschung nicht unabhängig, sondern mit einem deutlichen Bias auf Funding- oder Sponsorship durchgeführt werden soll. "Sofern jedoch die aktuell vorgesehene Zusammensetzung dieses Innovationsausschusses beibehalten werden soll, wäre für eine ausgeglichene Berücksichtigung aller bedeutenden Perspektiven auch die Vertretung der Bundesärztekammer in diesem Ausschuss von großer Bedeutung.“

Positiv beurteilt die BÄK, dass mit dem Gesetz die bisherige Verfahrensweise zur Förderung der Weiterbildung in der

Allgemeinmedizin normiert und die Zahl der zu fördernden Stellen erhöht werden soll. Gut sei auch, dass im niedergelassenen Bereich eine Weiterbildungsvergütung auf dem Niveau der Tarifverträge in den Kliniken gezahlt werden soll. Auch der Hartmannbund unterstützt die stärkere Förderung der Allgemeinmedizin. Ebenso wie der NAV-Virchowbund bewertet der Hartmannbund zudem die im Gesetzentwurf verankerte verpflichtende Förderung von Netzen und Kooperationen positiv. Der NAV schränkt jedoch ein: "Dies aus der Gesamtvergütung zu bezahlen, ist der völlig falsche Ansatz, da es sich um Innovation und nicht um Regelversorgung handelt.“



Quelle: UDE/Frank Pfeuß
 Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem kritisiert den Kompetenzzuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses

Kassen beklagen Zwangsgeld

Und wie stehen die Krankenkassen zu den Gesetzesplänen? Sie begrüßen den Entwurf überwiegend. "Insbesondere der Anspruch auf zeitnahe Termine beim Facharzt, die Zweitmeinung eines Arztes und ein Entlassmanagement vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt könnten sich bei einer richtigen Umsetzung zum Nutzen der Versicherten auswirken“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann.

Den Kassen dürfte auch gefallen, dass der Entwurf den Selektivvertragsbereich neu regelt. Strukturverträge und Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung werden dem § 140a hinzugefügt. Für Verträge der besonderen Versorgung soll künftig zudem die Budgetbereinigung nach den Vorgaben der Hausarztzentrierten Versorgung erfolgen. Daneben entfällt die Vorlagepflicht für Selektivverträge und damit die präventive Vertragsprüfung. Allerdings stößt den Kassen sauer auf, dass der Referentenentwurf eine Ergänzung in Paragraf 71 vorsieht. Danach droht den Kassen ein Zwangsgeld von bis zu zehn Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds, wenn ein von ihnen geschlossener Vertrag den Belangen der Versicherten oder dem Wettbewerb schweren Schaden zufügt.

Präventionsgesetz 4.0

Bundesärztekammer für stärkere Einbindung von Ärzten

Zehn Jahre ist es her, dass die damalige rot-grüne Bundesregierung einen ersten Anlauf für ein Präventionsgesetz unternahm. Der Gesetzentwurf konnte wegen der ablehnenden Haltung der Länder vor dem Regierungswechsel 2005 nicht mehr umgesetzt werden. In den Folgejahren scheiterten weitere Initiativen entweder an koalitionsinternen Streitigkeiten zwischen Union und SPD oder, wie der schwarz-gelbe Entwurf von 2013, am Veto des Bundesrates kurz vor der Bundestagswahl. Nun unternimmt die Große Koalition einen neuen Anlauf. Trotz einiger Streitpunkte zwischen Union und SPD über Details könnte es mit dem Präventionsgesetz 4.0 diesmal klappen.

Der nun vorliegende Referentenentwurf aus dem BMG sieht unter anderem eine deutliche Aufstockung der Mittel für Präventionsmaßnahmen auf rund 500 Millionen Euro vor. So sollen die Krankenkassen ab 2016 jährlich mindestens sieben Euro je Versichertem für Prävention ausgeben. Ein Mindestbeitrag von zwei Euro entfällt davon auf Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Auch für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbeitrag von zwei Euro zur Verfügung gestellt. Ziel ist zudem die Umsetzung einer nationalen Präventionsstrategie, die den Rahmen vorgibt, welche Gesundheitsziele erreicht werden sollen. In Präventionskonferenzen und auf Landesebene sollen dann die Akteure die einzelnen Details klären.

Auch ist geplant, die Primär- und Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen auszubauen, indem die bisherige Altersgrenze für die entsprechenden Gesundheitsuntersuchungen auf die Vollendung des 18. Lebensjahres angehoben und die primärpräventive Beratung zum verbindlichen Inhalt der Früherkennungsuntersuchungen wird. Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und für Erwachsene sollen künftig eine ärztliche präventionsorientierte Beratung beinhalten, auf deren Grundlage Ärzte den Versicherten Angebote der Kassen zur Verhaltensprävention empfehlen können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die konkrete Ausgestaltung der Präventionsempfehlung regeln.

Statt einer bloßen Präventionsempfehlung für Kursangebote der Krankenkassen, wie im Gesetz angelegt, fordert die Bundesärztekammer (BÄK) ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement, das sowohl eine Exploration gesundheitlicher Belastungen, eine ärztliche Beratung und Begleitung von Präventionsmaßnahmen als auch die Bewertung ihrer Wirksamkeit umfasst.

Die vorgesehene Stärkung der Prävention in Lebenswelten wird von der BÄK unterstützt. "Es muss allerdings sicherge-

stellt werden, dass für die entsprechenden Leistungen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt beziehungsweise dieser aufgrund bestehender Studien zu erwarten ist", heißt es in einer schriftlichen Stellungnahme zu dem Entwurf. Auch dürften diese Leistungen keine bereits bestehenden Leistungen der allgemeinen Daseinsvorsorge der öffentlichen Hand ersetzen.



Die Bundesärztekammer plädiert für mehr ärztlichen Sachverstand in der Prävention

Als nicht nachvollziehbar bezeichnete es die Bundesärztekammer, dass die verfasste Ärzteschaft bei der konzeptionellen Ausgestaltung der Präventionsstrategie weitgehend außen vor bleibt. So sollen wichtige Planungen und Entscheidungen in einer Präventionskonferenz erfolgen, die sich aus Vertretern der Sozialversicherungsträger zusammensetzt. Ärzte könnten lediglich über ein sogenanntes Präventionsforum, ein beratendes Gremium der Präventionskonferenz, mit eingebunden werden. Wer in das Forum bestellt wird, entscheiden jedoch die in der Präventionskonferenz vertretenen Sozialversicherungsträger.

Auf heftige Kritik der Krankenkassen stieß das Vorhaben der Koalition, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Mittel der Krankenkassen zuzuweisen, damit sie kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention durchführen kann. Die Regelung gehe in die völlig falsche Richtung, bemängelte der GKV-Spitzenverband. Auch unter Fachpolitikern der Koalition ist das Vorhaben umstritten. Während die SPD in Teilen der Argumentation der Kassen folgt, bezeichnete der gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn, den "übergreifenden Ansatz" des Entwurfs als richtig. Bevor das Gesetz 2015 von Bundestag und Bundesrat beraten wird, soll noch in diesem Jahr das Bundeskabinett über den Entwurf abstimmen.

Die Stellungnahme der BÄK kann unter http://www.bundes-aerztekammer.de/downloads/Stn_BAeK_Praeventionsgesetz_21112014.pdf abgerufen werden. ■

Reformpaket für Krankenhäuser vorgestellt

Behandlungsqualität entscheidet über Vergütung

Sechs Monate lang diskutierte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe über die Reform des Krankenhaussystems. Nachdem bisher nur spärliche Informationen nach außen gedrungen waren, stellte sie am 5. Dezember ihre Eckpunkte vor. Ein zentrales Vorhaben ist die Bildung eines Strukturfonds, der den Abbau von Krankenhauskapazitäten und ihre Umwandlung in Pflegeeinrichtungen fördern soll. Dafür sind insgesamt eine Milliarde Euro vorgesehen. Eine Hälfte davon soll aus dem Gesundheitsfonds fließen, die andere von den Bundesländern. Der Fonds unterstütze "die Länder dabei, notwendige Umstrukturierungen zur Verbesserung der Versorgung voranzubringen", erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).

Weiterhin sieht das Eckpunktepapier vor, Kliniken mit schlechter Behandlungsqualität mit Abschlägen zu bestrafen, sofern sie die Mängel nicht innerhalb eines Jahres abstellen. Im Gegenzug können Kassen und Krankenhäuser "für Leistungen

mit außerordentlich guter Qualität" Zuschläge vereinbaren. Hinzu kommen Bonuszahlungen für spezialisierte Zentren, in denen beispielsweise seltene Erkrankungen behandelt werden. Diese stellen im bisherigen System aufgrund der niedrigen Fallzahlen für viele Kliniken ein Minusgeschäft dar. Auch für Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen soll es Zuschläge geben, um eine wohnortnahe Versorgung zu sichern. Wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, sollen darüber hinaus die Struktur und Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen angemessen und leistungsorientiert weiterentwickelt werden.

Zu dem Reformpaket gehört auch ein "Pflegestellenförderprogramm" im Umfang von 660 Millionen Euro. Bis Ende 2017 sollen Experten prüfen, ob das DRG-System den Pflegebedarf richtig abbildet, oder eine Änderung des Finanzierungssystems notwendig ist. Die Reform soll im kommenden Jahr beschlossen werden und könnte 2016 in Kraft treten. ■

3 Fragen an BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Herr Professor Montgomery, die Eckpunkte für eine Reform des Krankenhaussystems stehen fest. Wie beurteilen Sie das vorgestellte Papier?

Bei mir herrscht große Ernüchterung. Was die Arbeitsgruppe vorgelegt hat, ist ein dünnes Papier, das außer den bereits aus dem Koalitionsvertrag bekannten

Ankündigungen wenig Neues zu bieten hat. Ich vermisse eine Analyse der Ursachen für die Fehlentwicklungen. Statt konzeptionelle Lösungsvorschläge zu entwickeln, betreiben Bund und Länder Symptombekämpfung, indem sie beispielsweise einen Strukturfonds zur Abwicklung defizitärer Häuser einrichtet.

Was hätten Sie sich stattdessen von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gewünscht?

Vor allen Dingen die grundsätzliche Einsicht, dass gute medizinische Versorgung nicht zum Nulltarif zu haben ist. Wer

eine Qualitätsoffensive in der Krankenhausversorgung ausruft, muss auch für eine qualitätssichernde Finanzierung sorgen. Das fängt mit der Reform des starren und unflexiblen Fallpauschalensystems an. Krankenhäuser und Kostenträger brauchen bei ihren Budgetverhandlungen mehr Ermessensspielräume, damit die Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausbehandlung in strukturschwachen Gebieten ebenso berücksichtigt werden kann wie die Finanzierung von Extremkostenfällen. Auch die Investitionsförderung müsste dringend reformiert werden. Seit 1991 sind die Investitionsmittel um rund 30 Prozent gesunken, trotz steigender Anforderungen an die Krankenhäuser. Jetzt verpflichten sich die Länder gerade einmal, den Durchschnitt ihrer Krankenhausausgaben der letzten zwei Jahre weiter fortzuführen.

Sie diagnostizieren also ein Versagen der Politik?

Nein, zumindest einige der angekündigten Vorhaben sind durchaus sinnvoll. So orientiert sich die Finanzierung der Betriebskosten in Zukunft etwas mehr an den tatsächlichen Kosten. Krankenhäuser, die in hohem Maße Notfallstrukturen vorhalten müssen, werden besser gestellt, ebenso wie die Universitätskliniken und spezialisierten Zentren. Trotzdem: Wenn aus der Krankenhausreform noch etwas werden soll, müssen Bund und Länder inhaltlich nachlegen.

EU-Verhandlungen zu Medizinprodukten stocken

Fortschritte bei der Patientensicherheit

Im Jahr 2010 wird bekannt, dass weltweit hunderttausende Frauen fehlerhafte Silikonimplantate im Körper tragen. Zwei Jahre später sorgen Hüftprothesen für Aufregung, die im Körper Schwermetalle absonderten. Kurz darauf machen Stents Schlagzeilen, die eigentlich das Schlaganfallrisiko vermindern sollen, tatsächlich aber das Gegenteil bewirken. Die Liste der Probleme mit Medizinprodukten ist lang, und dennoch gelingt es der Europäischen Union nicht, sich auf ein zuverlässiges Zulassungssystem zu einigen.



So endete die italienische Ratspräsidentschaft in dieser Frage jetzt ohne konkretes Ergebnis. Trotz beträchtlicher Fortschritte seien noch weitere Diskussionen notwendig, teilte der EU-Ministerrat für Gesundheit nach seiner Sitzung am 1. Dezember mit. Wie dem nun veröffentlichten sogenannten Fortschrittsbericht zu entnehmen ist, sind insbesondere Fragen der Wiederaufbereitung von Einmalprodukten, der Rückverfolgbarkeit sowie der Rolle von Zulassungsstellen ("Benannte Stellen") und Expertengruppen strittig.

Deutlicher wurde Annette Widmann-Mauz (CDU), Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium. Die Beratungen seien "zäher verlaufen" als gewünscht, sagte sie. "Ich habe mich bei meinen EU-Amtskollegen dafür eingesetzt, dass wir uns als Mitgliedsstaaten einen Fahrplan geben, wie wir die weiteren Beratungen gestalten und wann wir zu konkreten Ergebnissen kommen möchten." Im Ministerrat herrscht dem Vernehmen nach weitgehende Einigkeit darüber, dass es wichtig sei, zumindest mit dem Dossier voran zu kommen, das als Basis für die weitere Diskussion unter der kommenden lettischen Präsidentschaft dienen soll. Immerhin erscheint ein Ende des zähen Ringens im nächs-

ten halben Jahr jetzt realistisch – vier Jahre, nachdem die EU-Kommission einen ersten Richtlinien-Vorschlag vorgelegt hat.

Zuletzt hatte der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf beklagt, dass bei der Zulassung "fast regelhaft der Nachweis der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit am Patienten" fehle. Tatsächlich müssen selbst Hochrisiko-Medizinprodukte in Europa lediglich bestimmte technische und medizinische Anforderungen erfüllen. Das entsprechende CE-Kennzeichen erhält der Hersteller schon dann, wenn er Daten aus der wissenschaftlichen Literatur bei einer staatlich autorisierten "Benannten Stelle" einreicht. Bei Produkten mit einem geringen Risiko muss er die Daten sogar nur auf Nachfrage vorweisen können. Diese Praxis steht schon seit längerer Zeit in der Kritik. Der Ärztetag forderte, so rasch wie möglich ein Erstzulassungsverfahren auf Grundlage klinischer Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit der Medizinprodukte einzuführen. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) sprach sich in seinem Jahresgutachten 2014 für eine zentrale europäische Zulassungsstelle aus. Diese solle bei der European Medicines Agency (EMA) angesiedelt werden. Außerdem schlugen die Experten vor, die Erstattungsfähigkeit bei neuen Hochrisikoprodukten an deren Patientenverträglichkeit und Zusatznutzen zu koppeln.

Für die Bundesregierung sind vor allem die Aspekte Benannte Stellen, produktspezifische Anforderungen und Marktüberwachung von Bedeutung. Eine zentrale Zulassungsstelle lehnt sie ab, wie aus einer Antwort auf eine Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen hervorgeht. Ein solcher Systemwechsel sei "sehr zeit- und bürokratieaufwendig und würde allein nicht zu einer messbaren Verbesserung der Patientensicherheit führen". Es gebe auch keine Hinweise darauf, dass staatliche Behörden für diese Aufgabe besser geeignet wären, als die jetzt dafür verantwortlichen Einrichtungen. Eine staatliche Zulassung biete "keinen höheren Schutz vor Produktdefiziten und oder Produktfälschungen" wie im Fall der minderwertigen Brustimplantate. Probleme müssten innerhalb des Systems gelöst werden.

Ministerrat für mehr Patientensicherheit

Angenommen wurden vom EU-Ministerrat die Schlussfolgerungen zur Patientensicherheit. Insbesondere geht es hierbei um die Prävention von Infektionen, die Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen und den Umgang mit antimikrobiellen Resistenzen. Der Rat forderte die EU-Mitgliedsstaaten auf, die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Patientensicherheit zu fördern. Ein bereichsübergreifender

Erfahrungsaustausch soll zudem die Sicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die Mitgliedsstaaten sollen Richtlinien für die umsichtige Verwendung von Antibiotika entwickeln.

Dr. Günther Jonitz, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Mitglied der EU-Arbeitsgruppe "Patient Safety and Quality of Care Working Group", wertete die Schlussfolgerungen des Ministerrates als positiv, weil sie an die Haltung der verfassten Ärzteschaft in Deutschland anknüpfen: "Was war und ist uns beim Umgang mit dem Thema Patientensicherheit wichtig? Ein lösungsorientierter, proaktiver Ansatz, der nicht nach Schuld, sondern nach Ursachen fragt, der auf Freiwilligkeit und Praxisorientierung setzt und damit sowohl dem Patienten als auch dem ärztlichen Handeln zu Gute kommt", so Jonitz. Zu begrüßen sei darüber hinaus, dass sowohl die aus seiner Sicht praxisfernen Vorschläge einer neu einberufenen EU-Expertengruppe zur Verbesserung der Versorgungsqualität ausgeklammert wurden, als auch die Normung von Gesundheitsdienstleistungen. Diese werden in dem Papier nicht mehr ausdrücklich erwähnt. Stattdessen fordern die Minister die Mitgliedsländer dazu auf, freiwillige Richtlinien für die Schaffung von Standards für die Patientensicherheit zu entwickeln. Die Bundesärztekammer hatte in der Vergangen-

heit mehrfach kritisiert, dass die EU medizinische Verfahren durch nichtmedizinische Institutionen festschreiben wollte. Sie wies unter anderem darauf hin, dass diese weder über die notwendigen technischen und berufsethischen Kompetenzen verfügten, noch ein öffentliches Mandat besäßen.

Auch die Betonung der internationalen Zusammenarbeit wertete Jonitz als ermutigendes Signal für das zukünftige Engagement: "Es lohnt sich, auf europäischer Ebene weiterhin richtungsweisend unseren Einfluss geltend zu machen." Denn vom Tisch sind Projekte wie die Normung von Gesundheitsdienstleistungen mit den Beschlüssen nicht. Die Ratschlussfolgerungen sind nicht rechtsverbindlich, sondern dienen lediglich der politischen Orientierung und enthalten Handlungsaufforderungen an die Mitgliedsstaaten und die Europäische Kommission.

Diese sendet derweil Signale, die nicht unbedingt auf eine Stärkung der Patientensicherheit hindeuten. In der Kommission wird nämlich die Zuständigkeit für Medizinprodukte von der Generaldirektion Gesundheit auf die für Binnenmarkt und Industrie verlagert. Noch im Oktober wurde berichtet, dementsprechende Pläne des Kommissionspräsidenten Jean-Claude Juncker seien vom Tisch. ■

BÄK für schärfere gesetzliche Vorschriften bei Chefarztverträgen

Viele Krankenhausträger setzen bisherige Praxis fort



Die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK) haben sich für eine Verschärfung der gesetzlichen Vorschriften nach § 136a SGB V ausgesprochen und dem Gesetzgeber einen entsprechenden Formulierungsvorschlag für eine Gesetzesnovelle unterbreitet. Die 2013 in das Sozialgesetzbuch V aufgenommene Vorschrift hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft dazu verpflichtet, in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für

Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, welche auf finanzielle Anreize abstellen, ausgeschlossen sind.

Zwar hatte die DKG im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer im Mai 2013 entsprechende Empfehlungen veröffentlicht. Auswertungen von Arbeitsverträgen zeigen jedoch, dass viele Krankenhausträger weiterhin Verträge aufsetzen, die diesen Empfehlungen nicht gerecht werden.

Aus diesem Grund haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die BÄK unter Mitwirkung des VLK die Empfehlungen überarbeitet. Danach sollen nunmehr auch keine Zielvereinbarungen mehr geschlossen werden, die sich auf Leistungskomplexe beziehungsweise Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina erstrecken. Vor dem Hintergrund dieser Neufassung halten die Bundesärztekammer und der Verband der leitenden Krankenhausärzte jedoch darüber hinaus auch eine Änderung der Vorschrift des § 136a SGB V selbst für erforderlich, die diese Änderungen und Ergänzungen aufgreift.

Die Formulierungsvorschläge können im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/chefarzt> ■

nachrichten

Unwahre Tatsachenbehauptungen bei
Arztbewertung unzulässig

Stellt sich eine negative Bewertung in einem Internetportal als rechtswidrig heraus, weil sie keine reine Meinungsäußerung darstellt, sondern eine persönlichkeitsverletzende, unwahre Tatsachenbehauptung, so kann das Portal für die Äußerung haftbar gemacht werden, zumindest dann, wenn es eine sorgfältige Prüfung versäumt hat. Das hat das Oberlandesgericht München entschieden. Es gab damit einem HNO-Arzt Recht, der gegen das Bewertungsportal Jameda geklagt hatte. Hingegen müssen Ärzte anonyme Internet-Bewertungen dulden, solange sie keine Falschbehauptungen oder Schmähungen enthalten.

In dem in München verhandelten Fall hatte ein Patient den HNO-Arzt in der Kategorie "Aufklärung und in Anspruch genommene Zeit" mit der Note fünf bewertet. Unter der Überschrift "kein guter Arzt" begründete er die schlechte Bewertung damit, der Arzt habe sich während eines Hörtests mit seiner Sprechstundenhilfe unterhalten.

Der Arzt konnte glaubhaft belegen, dass es sich dabei um eine unvollständige Darstellung und eine unwahre Tatsachenbehauptung handelte. Außerdem untersagte das Gericht die darauf beruhende Benotung. Dabei handele es sich zwar zweifelsfrei um eine Meinungsäußerung, die in besonderem Maße durch das Grundgesetz geschützt sei. Dies gelte jedoch nicht uneingeschränkt, Hinzu käme, dass die Benotung nicht nur das Persönlichkeitsrecht des Arztes verletze, sondern auch seine berufliche Existenz gefährden könne. Jameda verpflichtete sich daraufhin, den Kommentar zu löschen. ■

Kündigungsgrund: Heirat

Katholische Arbeitgeber dürfen Beschäftigten kündigen, wenn diese nach einer Scheidung erneut heiraten. Dies hat das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe entschieden. Es hob damit ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) in Erfurt auf. Das BAG hatte zuvor die Kündigung eines Chefarztes eines katholischen Krankenhauses aufgrund seiner Wiederverheiratung für unwirksam erklärt. Gerichte dürften sich nicht grundsätzlich über das Selbstverständnis kirchlicher Einrichtungen hinwegsetzen, solange dieses nicht grundlegend den Verfassungsrechten widerspreche, heißt es in der Urteilsbegründung des Bundesverfassungsgerichts. Dagegen müssten die Grundrechte und Interessen der Arbeitnehmer erst an zweiter Stelle mit kirchlichen Belangen und der Religionsfreiheit abgewogen werden.

In dem verhandelten Fall ging es um den Chefarzt eines Krankenhauses in katholischer Trägerschaft. Ihm wurde gekündigt, weil er nach seiner Scheidung noch einmal geheiratet hatte. Das Krankenhaus sah darin einen nicht hinzunehmenden Loyalitätsverstoß. ■

Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft im
Nationalsozialismus

Das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung schreiben nunmehr zum fünften Mal einen Preis für wissenschaftliche Arbeiten zu dem Thema "Aufarbeitung der Geschichte der Ärztinnen und Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus" aus. Mit dem Herbert-Lewin-Preis sollen Arbeiten ausgezeichnet werden, die sich mit der Rolle der Ärzteschaft während der Zeit des Nationalsozialismus auseinandersetzen. Die Bundeszahnärztekammer wird zukünftig ebenfalls die Auslobung des Preises unterstützen.



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery mit der Vorjahressiegerin Ruth Jacobs

Die wissenschaftlichen Arbeiten müssen bis zum 18. Juni 2015 bei der Bundesärztekammer eingegangen und in deutscher Sprache verfasst sein. Sie können sowohl in Papierform (in sechsfacher Ausfertigung) als auch in elektronischer Form abgegeben werden. Es werden nur Arbeiten berücksichtigt, die ab dem 01.01.2010 erstellt oder veröffentlicht wurden. Bereits bei vorangegangenen Ausschreibungen dieses Preises eingereichte Arbeiten können nicht erneut berücksichtigt werden. Alle abgegebenen Unterlagen und Arbeiten verbleiben bei der Bundesärztekammer und werden nicht zurückgegeben.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten und die Ermittlung der Preisträger werden von einer unabhängigen Jury vorgenommen, deren Mitglieder vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer, dem Zentralrat der Juden in Deutschland sowie dem Bundesverband Jüdischer Ärzte und Psychologen in Deutschland benannt wurden. Der Preis ist mit insgesamt 12.500 Euro dotiert. Er kann auf mehrere verschiedene Arbeiten aufgeteilt werden. Alle teilnehmenden Personen erhalten nach der Entscheidung der Jury eine schriftliche Nachricht.

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite der Bundesärztekammer unter www.baek.de/Forschungspreis. ■

Gericht bestätigt Finanzierungspraxis für kommunale Krankenhäuser

Die Finanzierung kommunaler Krankenhäuser verstößt nicht gegen Wettbewerbsrecht und Beihilfenrecht. Das hat das Oberlandesgericht Stuttgart in Bezug auf die Unterlassungsklage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) gegen den Landkreis Calw entschieden.

Aufgrund der schlechten finanziellen Lage ihrer Krankenhäuser müssen immer mehr Gemeinden und Städte ihren Kliniken finanziell unter die Arme greifen. Der BDPK sah in dem Defizit ausgleich einen Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht. Der Wettbewerb mit den privaten Krankenhäusern werde verzerrt, weil diese ohne Beihilfen auskommen müssten. Daher sollten auch Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft wie private Wirtschaftsbetriebe dem Wettbewerbsrecht unterliegen, argumentierte der BDPK. Im genannten Fall hatten die privaten Krankenhausbetreiber beantragt, dem Kreis zu untersagen, das Defizit der Kreiskliniken Calw gGmbH auszugleichen. Dies sei nach den EU-Wettbewerbsregeln als verbotene Beihilfe anzusehen.

Die Stuttgarter Richter stützten ihr Urteil maßgeblich darauf, dass die kommunalen Klinikbetreiber anders als die privaten Träger im Rahmen der staatlichen Daseinsvorsorge gesetzlich verpflichtet sind, die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen und die hierfür erforderlichen Krankenhäuser zu betreiben. Nach EU-Recht sind in diesem Fall staatliche Zuschüsse möglich.

Gesetzliche Krankenkassen rutschen ins Minus

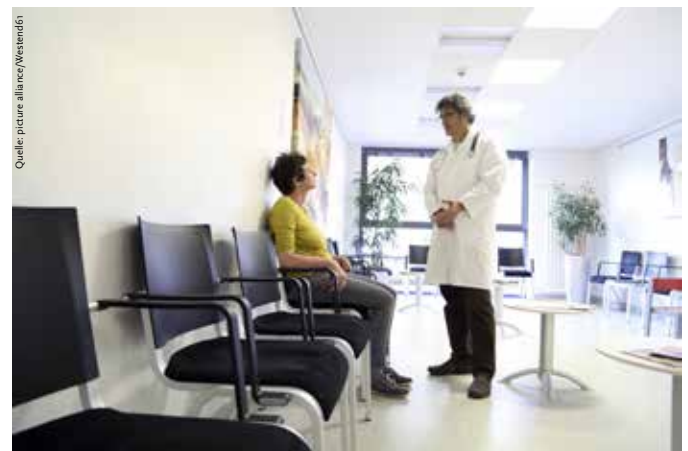
Die Gesetzlichen Krankenkassen mussten nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums in den ersten drei Quartalen des Jahres 2014 Verluste von 763 Millionen Euro verbuchen. Angesichts von Rücklagen von 16 Milliarden Euro sei die finanzielle Lage der Kassen "unverändert stabil", sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dazu. Zudem hätten die Krankenkassen 197 Millionen Euro für freiwillige Leistungen ausgegeben und 553 Millionen Euro an ihre Mitglieder ausgeschüttet. Ohne diese Faktoren sei das Finanzergebnis bei Ausgaben von 153,5 Milliarden Euro nahezu ausgeglichen.

Die Reserven sind zwischen den Krankenkassen allerdings sehr ungleichmäßig verteilt. Während einige über Reserven in Milliardenhöhe verfügen, kommen andere gerade so mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus. Die Ausgaben der Kassen wuchsen um etwa fünf Prozent und damit stärker als die Zuweisungen. Die höchste Ausgabensteigerung gab es bei den Arzneimitteln mit einem Plus von 9,3 Prozent, gefolgt von den Kosten für Krankenhäuser und ärztliche Behandlungen mit jeweils knapp vier Prozent.

Studie: Wartezeiten in Deutschland kürzer als in anderen Industriestaaten

Das Problem zu langer Wartezeiten auf einen Arzttermin ist offenbar weit weniger groß, als bislang angenommen. Nach einer internationalen Vergleichsstudie, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf seiner Internetseite veröffentlicht hat, kommen deutsche Patienten zügig zum Arzt - verglichen mit Kranken in anderen Industriestaaten. Vier von fünf Patienten sähen ihren Hausarzt binnen zwei Tagen, sechzig Prozent hätten angegeben, nicht länger als vier Wochen auf die Konsultation eines Facharztes gewartet zu haben, heißt es im "International Health Policy Survey 2014".

Die Studie vergleicht die Versorgung von Patienten in Amerika, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, der Schweiz, Schweden, Norwegen und Australien, die älter als 65 Jahre sind. Demnach bekommt man nur in Frankreich und Neuseeland ähnlich zügig wie hierzulande, nämlich binnen 48 Stunden, einen Hausarzttermin. In Norwegen, Schweden, Kanada und Amerika gelang das nur jedem zweiten Patienten.



Aus der Studie geht auch hervor, dass die Patienten in Deutschland mit der Betreuung durch ihren Arzt sehr zufrieden sind. So sagen 92 Prozent, ihr Arzt widme ihnen genügend Zeit. 82 Prozent fühlen sich von ihrem Arzt ermutigt, Fragen zu stellen. Auch bei der Gesundheitsförderung in der Arztpraxis erreicht das deutsche Gesundheitssystem Spitzenwerte.

Das BMG ging in seiner Mitteilung zu der Studie nicht auf die Wartezeiten ein. Es hieß lediglich: Die Ergebnisse zeigten, "dass unser Gesundheitssystem gut aufgestellt und patientenorientiert ist". Bislang hat die Koalition ihre Initiative für verpflichtende Terminservicestellen, die jetzt mit dem Versorgungsstärkungsgesetz umgesetzt werden sollen, damit begründet, dass Patienten in Deutschland zu lange auf einen Arzttermin warten müssen.

nachrichten

EMA empfiehlt Rezeptfreiheit für "Pille danach"

Die Europäische Arzneimittelbehörde EMA hat Ende November die Empfehlung ausgesprochen, das Notfallkontrazeptiva "ellaOne" mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat von der Verschreibungspflicht zu befreien. Folgt die Europäische Kommission nun der Empfehlung der EMA, dann könnte das Medikament zukünftig ohne Rezept in der Apotheke abgegeben werden. Grund dafür ist, dass "ellaOne" über die EMA für die gesamte EU zugelassen wurde und eine Befreiung von der Rezeptpflicht nun ebenfalls für alle EU-Mitgliedstaaten gelten würde. Die EMA begründet ihre Entscheidung mit den seit der Zulassung von "ellaOne" im Jahr 2009 gesammelten und ausgewerteten Daten zum Risiko und Nutzen des Medikaments. Das Risikoprofil von "ellaOne" sei demnach vergleichbar mit dem Notfallkontrazeptiva mit dem Wirkstoff Levonorgestrel, welches bereits in vielen EU-Mitgliedstaaten von der Rezeptpflicht befreit ist. Darüber hinaus sollte das Medikament möglichst zeitnah eingenommen werden, um eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern. Der Verzicht auf die Rezeptpflicht würde hier den Zugang zum Medikament erleichtern und damit die Wirksamkeit erhöhen, so die EMA.

Das Bundesgesundheitsministerium hatte sich bisher gegen die rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva ausgesprochen und angekündigt, die Empfehlungen der EMA genau zu prüfen. ■

Ergebnisse der Ärztekammer-Wahl in Berlin stehen fest

Die Berliner Ärztinnen und Ärzte haben die 14. Delegiertenversammlung gewählt. Stärkste Fraktion ist erstmals der "Marburger Bund" mit 31,1% der gültigen Stimmen. Das entspricht 14 Sitzen in der Delegiertenversammlung.

Auf dem zweiten Platz kam die Liste "Allianz Berliner Ärzte – NAV-Virchow-Bund – MEDI-Verbund" mit 28,9%. Sie war diesmal ohne den Hartmannbund angetreten und wird mit 13 Sitzen vertreten sein. Drittstärkste Kraft wurde wieder die "Fraktion Gesundheit". Sie erhielt 23,4% der Stimmen (11 Sitze). Es folgen die "HAUSÄRZTE IN BERLIN" (ehemals Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)) mit 8,6% (4 Sitze) sowie der erstmals einzeln angetretene Hartmannbund mit 6,8% (3 Sitze). Nicht mehr in der Delegiertenversammlung vertreten sein wird die Liste "Niedergelassene Ärzte", die nur 1,2% der Stimmen erreichte. Das Niveau der Wahlbeteiligung konnte gehalten werden. Sie lag mit 38,5% knapp unter dem Wert von 2010 (38,9%). Damit haben 11.296 der 29.328 stimmberechtigten Kammermitglieder ihre Stimme abgegeben. ■

Ärztemonitor 2014: Fachärzte unzufrieden mit Arbeitsbedingungen

Die niedergelassenen Ärzte sind zwar mit ihrem Beruf zufrieden, klagen aber über ihre Arbeitsbedingungen. Dies sind die Ergebnisse des Ärztemonitors 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

So sind Fachärzte in der Grundversorgung weit unzufriedener mit ihrer wirtschaftlichen Situation und sehen mehr Nachholbedarf bei ihrem Einkommen als der Durchschnitt der Befragten. Bei den HNO-Ärzten (53 Prozent) und den Chirurgen und Orthopäden (51 Prozent) gaben jeweils mehr als die Hälfte der Befragten an, mit ihrem monatlichen Einkommen unzufrieden zu sein. 39 Prozent der Befragten sind mit der wirtschaftlichen Situation ihrer Praxis unzufrieden. Weit über diesem Durchschnittswert liegen Chirurgen und Orthopäden (55 Prozent), HNO-Ärzte (51 Prozent) und Urologen (48 Prozent).

Die ausführlichen Ergebnisse finden Sie im Internet unter <http://bit.ly/1vKeNjq> ■

Schlaf- und Beruhigungsmittel bergen hohes Abhängigkeitsrisiko

Patienten und Ärzte stärker für die Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu sensibilisieren, ist das Ziel einer gemeinsamen Aufklärungskampagne von BARMER GEK, Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) und Bundesärztekammer (BÄK). In Deutschland sind rund 1,2 Millionen Menschen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln abhängig. "Vielen Menschen ist das Suchtpotenzial der zur Wirkstoffgruppe der sogenannten Benzodiazepine gehörenden Präparate nicht bewusst. Mitunter reicht es schon, die Medikamente drei bis vier Wochen einzunehmen, um eine Abhängigkeit zu entwickeln", so Andrea Jakob-Pannier, Suchtpräventionsexpertin bei der BARMER GEK.

"Schon nach zwei Wochen beginnt der Körper, sich an ein Medikament zu gewöhnen. Viele haben dann das Gefühl, das Medikament sei nicht mehr stark genug und erhöhen die Dosis", erläutert Dr. Raphael Gaßmann von der DHS. Deshalb fordert Dr. Christoph von Ascheraden, Vorstandsmitglied der BÄK: "Die Einnahme von Benzodiazepinen sollte immer nur unter ärztlicher Kontrolle und nur zur Überbrückung von Krisensituationen erfolgen. Nach längerer Einnahme sollten die Medikamente niemals abrupt abgesetzt werden."

Eine Orientierungshilfe bietet die sogenannte "4-K-Regel". Sie steht für klare Indikationsstellung, kleinste notwendige Dosis, kurze Anwendungsdauer und kein schlagartiges Absetzen der Medikamente. Weiterführende Links dazu finden Sie im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/schlafmittel>. ■

"Ärzte leisten Hilfe beim, aber nicht zum Sterben"

Bundestagsabgeordnete debattieren ohne Fraktionszwang über Sterbehilfe



Dürfen Ärztinnen und Ärzte schwerkranken und sterbenden Menschen bei der Selbsttötung helfen? Als Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) Anfang des Jahres eine Debatte über Sterbehilfe anstieß, stand zunächst ein mögliches Verbot der organisierten Sterbehilfe in Deutschland im Mittelpunkt der Diskussion. Die Debatte nahm im Jahresverlauf mehr und mehr Fahrt auf. Schnell ging es dabei nicht mehr nur um die Zulässigkeit sogenannter Sterbehilfevereine. Vielmehr wird mittlerweile die Suizidbeihilfe insgesamt, die Rolle von Ärztinnen und Ärzten im Sterbeprozess aber auch der gesamtgesellschaftliche Umgang mit sterbenden Menschen thematisiert.

Dabei ist die Position der Ärzteschaft eindeutig. Denn die Berufsordnungen der Ärztekammern formulieren einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe von Ärzten ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten (§ 1(2) (Muster-)Berufsordnung). Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Debatte über eine mögliche gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland haben die Präsidenten aller Ärztekammern jüngst erneut bekräftigt, dass die Tötung des Patienten, auch wenn sie auf dessen Verlangen erfolgt, sowie die Beihilfe zum Suizid nicht zu den Aufgaben des Arztes gehören.

Das klare Bekenntnis war notwendig geworden, weil in der sogenannten Orientierungsdebatte des Bundestages zur

Sterbehilfe Mitte November von einigen Abgeordneten genau dies in Frage gestellt wurde. So sprachen Parlamentarier mit Bezug auf länderspezifische Ausformulierungen des § 16 der (Muster-)Berufsordnung (Beistand für Sterbende) von einem standesrechtlichen "Flickenteppich". Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Edgar Franke (SPD), forderte die Ärzteschaft auf, darüber zu diskutieren, ob ihre Regelungen noch zeitgemäß seien und den gesellschaftlichen Anforderungen gerecht würden. Die Berufsordnung müsse nach seiner Auffassung "über ihre bisherigen Regelungen hinaus Einzelfallentscheidungen ermöglichen". SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach bezweifelte, dass die Ärzteschaft den Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid überhaupt selbst regeln wolle – und sprach ihr sogar die Zuständigkeit in dieser Frage ab.

Deutscher Ärztetag: Überwältigende Mehrheit für ein Verbot des ärztlich assistierten Suizids

Dabei hatte sich die Ärzteschaft lange vor der jetzt geführten politischen Diskussion intensiv mit der Rolle von Ärzten bei der Sterbebegleitung auseinandergesetzt. Die Bundesärztekammer legte 2010 eine Weiterentwicklung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vor. Auf die Regelungen zur Patientenverfügung folgte nach langer Vorbereitung und in Zusammenarbeit mit Ethikern, Palliativmedizinern und Juristen 2011 eine Überarbeitung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung (MBO). Der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel hatte die

medizin & ethik

Fortsetzung von Seite 13

Novelle mit überwältigender Mehrheit beschlossen. Danach ist es Ärzten verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. In Verbindung mit den bundesweit geltenden Vorgaben aus § 1(2) der ärztlichen Berufsordnung gilt für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland die Verpflichtung, Sterbenden beizustehen. Diese Grundaussage wird durch zum Teil länderspezifische Formulierungen des § 16 MBO nicht in Frage gestellt. Ärztinnen und Ärzte sollen Hilfe beim Sterben leisten, aber nicht Hilfe zum Sterben. Dies hatten kürzlich auch sämtliche Professorinnen und Professoren für Palliativmedizin in Deutschland in einem geschlossenen Aufruf bekräftigt. Sie seien dazu da, "sich den Menschen in Not mit aller Kompetenz und Fürsorge zuzuwenden". Eine fürsorgliche Gesellschaft solle palliativmedizinische Angebote zur Norm machen. Bei den sehr wenigen Menschen, bei denen keine ausreichende Symptomlinderung erreicht werden könne, bleibe die palliative Sedierung als wirksame Option, um unerträgliches Leid zu lindern.

Bundestag diskutiert über fünf Positionspapiere

Der Orientierungsdebatte im Bundestag lagen fünf Positionspapiere zu Grunde, von denen vier ein Verbot der organisierten Sterbehilfe vorsehen. Im Parlament zeichnete sich eine deutliche Mehrheit für ein Verbot von Sterbehilfevereinen ab. Breiter Konsens herrschte auch darüber, dass Ärzte nicht strafrechtlich belangt werden sollten, wenn sie Todkranke in besonders schwerwiegenden Fällen beim Suizid unterstützen.

Ein sehr weitgehender Vorschlag kam von den Abgeordneten Peter Hintze (CDU), Karl Lauterbach (SPD), Carola Reimann (SPD), Burkhard Lischka (SPD) und Dagmar Wöhrl (CSU). Sie plädieren dafür, den ärztlich assistierten Suizid ausdrücklich gesetzlich zu erlauben. Voraussetzung ist unter anderem, dass der Sterbende volljährig und voll einsichtsfähig ist sowie umfassend über Behandlungsalternativen aufgeklärt wurde und an einer unheilbaren Krankheit leidet, die unumkehrbar zum Tode führt. Hintze warnte davor, dass aus dem "Schutz des Lebens ein Zwang zum Qualtod" werden könnte. Daher müsse der Arzt seinem Patienten beim "friedlichen Einschlafen" helfen dürfen.

Hinter dem Positionspapier von Claudia Lücking-Michel (CDU), Michael Brand (CDU) und Michael Frieser (CSU), das sich gegen den ärztlich assistierten Suizid ausspricht, versammelte sich ein großer Teil der Unionsfraktion, darunter auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Es werde immer so getan, als sei einzig die Durchsetzung der Suizidabsicht ein Sterben in Würde, kritisierte der Bundestagsabgeordnete Rudolf Henke (CDU), der auch Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer ist. "Was ist es denn, das nicht zu tun? Ist das kein Sterben in Würde?" Gröhe bekräf-

tigte seine Ablehnung eines Sonderstrafrechts für Ärzte. Die Palliativmedizin biete bereits jetzt die Möglichkeit, lebensverlängernde Maßnahmen auszusetzen. "Regelungen diesbezüglich sollten wir dem ärztlichen Standesrecht überlassen", unterstrich Unionsfraktionschef Volker Kauder (CDU).

Nicht alle Abgeordneten sind glücklich über diese Grenzziehung. So möchten die SPD-Abgeordneten Eva Högl und Kerstin Griese einen "Mittelweg" einschlagen, der Ärzten Freiräume in ethischen Grenzsituationen bewahrt. Da sich die Abgrenzung zwischen strafbarer Tötung auf Verlangen und straffreier Beihilfe zum Suizid bewährt habe, dürften die ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten "auf keinen Fall" eingeschränkt werden, so Högl. Eine ausdrückliche Erlaubnis hingegen könne dazu führen, dass der Druck auf Alte und Kranke steige, von dieser Möglichkeit auch Gebrauch zu machen. Sie sehe gesetzgeberisch nur an einer einzigen Stelle Handlungsbedarf: "Und zwar bei Vereinen, die Sterbehilfe geschäftsmäßig, regelmäßig und organisiert anbieten."



Parteifreunde mit unterschiedlicher Meinung: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Peter Hintze

Von der Wahrung individueller Freiräume ist auch in dem Vorschlag von Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe in die Rede. Die beiden Grünen-Abgeordneten möchten die Möglichkeit der Beihilfe über Angehörige hinaus auf nahestehende Personen ausweiten. Dabei könne es sich prinzipiell auch um Ärzte handeln. "Doch aus dem Einzelfall darf eben keine Regel werden", sagte Scharfenberg. Die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe soll strafrechtlich verboten werden.

Als Bewahrer des Status Quo traten Renate Künast, Kai Gering (beide Bündnis 90/Die Grünen) und Petra Sitte (Die Lin-

ke) auf. Das Strafrecht sei nicht der Ort, die eigene Weltanschauung oder Religion für andere zum Maßstab zu machen, heißt es ihrem Positionspapier. "Ich glaube, unsere Aufgabe ist es nicht, für den Menschen zu entscheiden, sondern ihn vor Fremdbestimmung zu schützen", sagte Künast. Das Kernproblem sei, zu verhindern, dass ein mangelhaft informierter Mensch zum Suizid verleitet werde. "Auf dieser Basis fragen wir uns: Muss man das Strafgesetzbuch ändern?" Nein, findet Künast: "Die heutige Rechtslage ist für unsere Begriffe klüger als alles, was sonst vorgeschlagen wird." Zu Regeln sei lediglich, dass Sterbehilfevereine kein Kapital aus ihrem Angebot schlagen und sich an Transparenzregeln halten müssten.

Flankiert wurde die Parlamentsdebatte von zahlreichen Meinungsäußerungen. "Wer Menschen begegnet ist, die in der Verzweiflung über ihre Lebenssituation den Tod herbeisehen, aber mit dem Abklingen ihrer Depression auch wieder lernen, das Leben zu bejahen, der weiß, dass der Todeswunsch Teil einer behandelbaren Erkrankung sein kann", gab Wolfgang Huber, der ehemalige Vorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland, in einem Aufsatz in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung zu bedenken. Diese Erfahrung schränke die Einsicht nicht ein, dass die Selbstbestimmung des Menschen auch seine Selbstbestimmung im Sterben einschließt. "Aber

sie schließt aus, dass man ein Recht auf Selbsttötung als allgemeine Norm feststellt; eine solche Norm kann es so wenig geben wie das Recht auf Krankheit", so Huber.

Wie schwierig das Abwägen der Argumente ist, zeigt nicht zuletzt das Ringen des Deutschen Ethikrates um eine eindeutige Position. "Die eine gute Lösung gibt es nicht", sagte die Vorsitzende Christiane Woopen. Alle Vorschläge hätten aus ethischer Sicht Vor- und Nachteile. Der hessische Landtag hingegen lehnte die Sterbehilfe einhellig ab. Stattdessen sei eine gute Begleitung Sterbender notwendig, sagte Sozialminister Stefan Grüttner (CDU).

Darüber herrschte auch im Bundestag fraktionsübergreifend Einigkeit. Im Vorfeld der Debatte hatte Bundesgesundheitsminister Gröhe einen Ausbau der ambulanten Palliativmedizin und der Hospizplätze sowie eine Verbesserung der Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen angekündigt. "Ziel ist ein flächendeckendes Hospiz- und Palliativangebot in ganz Deutschland", so Gröhe. Dazu sollen die Krankenkassen ihren täglichen Mindestzuschuss an Hospize um fünfzehn Prozent auf 221 Euro erhöhen, während die Einrichtungen gleichzeitig mehr Kosten abrechnen dürfen. Pflegeheime sollen zusätzliche Mittel für die Betreuung Schwerstkranker erhalten. ■

Generali öffnet neue (Daten-)Horizonte

Krankenversicherer will Gesundheitsdaten von Kunden sammeln

Mit Gutscheinen, Rabatten und Geschenken will das Versicherungsunternehmen Generali Kunden belohnen, die besonders auf ihre Gesundheit achten. Der Haken dabei: Die Versicherten sollen nicht nur fleißig Daten über ihre Lebensgewohnheiten sammeln, sondern auch per Smartphone-App an das Unternehmen weiterleiten.

Generali preist das Projekt als "auf gemeinsamen Werten beruhendes Versicherungsmodell, das darauf ausgerichtet ist, die Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen". Es stelle ein "neues und innovatives" Verhältnis zwischen Versicherer und Kunden her. Neu dürfe daran vor allem sein, dass Versicherte sich freiwillig überwachen lassen. Denn das Unternehmen plant kein elektronisches Bonusheftchen, das die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen oder den Bundesjugendspielen belohnt. Die App zählt jeden Schritt, misst sportliche Aktivitäten. Die Vermutung liegt nahe, dass hier ein umfassendes Gesundheitsprofil der Versicherten erstellt werden soll. Damit könnte der Versicherer die Risikolage seiner Kunden genau einschätzen und Tarife individuell anpassen.

"Letztlich bringen solche Offerten die gesamte Versicherungswirtschaft in Schieflage", warnt Dr. Franz-Joseph Bart-

mann, Vorsitzender des Telematikausschusses der Bundesärztekammer. Individualisierte Tarife könnten tatsächlich zu tiefgreifenden Veränderungen führen, denn bislang bemühen sich die Versicherungen darum, unterschiedliche Risiken zwischen den einzelnen Kunden und über lange Zeiträume auszugleichen. Mit Hilfe der Daten könnte ein Wettbewerb um die Kunden mit den geringsten Risiken entstehen.

Den Versicherten rät Bartmann zur Vorsicht: "Wir müssen nicht nur fragen, wer diese Daten nutzt, sondern immer auch, wem diese Daten nutzen. So hört es sich zunächst gut an, wenn eine Krankenversicherung ihre Versicherten bei einer gesunden Lebensführung unterstützen will, aber auch hier gilt der Grundsatz der Datensparsamkeit. Allzu häufig werden Persönlichkeitsrechte geopfert, um ein paar Euro zu sparen." In Zukunft sei darauf zu achten, dass die Krankenversicherungen nicht unter dem Deckmantel von Gesundheitsförderung und Wellness Daten missbrauchten. Für viele Versicherte könnte sich das scheinbare Schnäppchen zu einer Kostenfalle entwickeln. "Sobald die einen Rabatte für gesundheitsbewusstes Verhalten bekommen, werden andere, die weniger gesundheitsbewusst leben oder bloß nicht bereit sind, sich an dieser Offenlegung zu beteiligen, finanziell bestraft", so Bartmann. ■

personalia

Montgomery bleibt Präsident der Ärztekammer Hamburg



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery für weitere vier Jahre im Amt als Präsident der Ärztekammer Hamburg bestätigt. Es gab keinen Gegenkandidaten. Montgomery erhielt 41 Stimmen. Seine Liste – die Ärztegewerkschaft Marburger Bund – erreichte bei den Wahlen zur Delegiertenversammlung als stärkste Kraft 40,55 Prozent der Stimmen. Der 62-jährige Radiologe

arbeitet am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und war bereits von 1994 bis 2002 sowie seit 2006 Präsident der Ärztekammer Hamburg. Als Präsident der Bundesärztekammer vertritt er seit 2011 die Interessen der Ärzteschaft auf Bundesebene.

Die Delegierten bestätigten auch Vizepräsident Klaus Schäfer im Amt. Der niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin – angetreten für die Liste Hausarzt in Hamburg – erhielt 43 Stimmen. Es gab ebenfalls keinen Gegenkandidaten. ■

Neuer Präsident des Robert Koch-Instituts

Prof. Dr. Lothar H. Wieler wird neuer Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI). Das Bundeskabinett hat dem entsprechenden Vorschlag von Bundesminister Hermann Gröhe zugestimmt. Die Kabinettsentscheidung ist dem Bundespräsidenten zur Zeichnung zugeleitet worden. Prof. Dr. Wieler übernimmt die Position zum 1. März 2015. Der derzeitige Amtsinhaber Prof. Dr. Reinhard Burger scheidet aus Altersgründen aus. ■

Windhorst als Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe bestätigt

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) hat in ihrer konstituierenden Sitzung den bisherigen Kammerpräsidenten Dr. Theodor Windhorst in seinem Amt bestätigt. Windhorst, Chefarzt des interdisziplinären Lungenzentrums am Städtischen Klinikum Bielefeld, erhielt 106 der 113 abgegebenen Stimmen. Auch der bisherige Vizepräsident der ÄKWL, Dr. Klaus Reinhardt, wurde wiedergewählt. Auf den Bielefelder Allgemeinmediziner entfielen 90 von 114 abgegebenen Stimmen.

Windhorst sagte nach seiner Wiederwahl, er sei ob des Votums "freudig überrascht". Er sieht darin ein "starkes Signal des Vertrauens und einen Auftrag zur gemeinsamen Zukunftsgestaltung, die alle ärztlichen Facetten abdeckt". Es sei zudem eine Bestätigung der zurückliegenden Arbeit. Man werde auch zukünftig der Patientenversorgung den "bewährten westfälisch-lippischen Stempel aufdrücken". ■



Dr. Theodor Windhorst

Reuman neuer DKG-Präsident

Thomas Reumann wurde von der DKG-Mitgliederversammlung zum neuen Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gewählt. Reumann wird damit Nachfolger von Alfred Dänzer, dessen Amtszeit zum Ende des Jahres endet und der das Ehrenamt von 2012 bis 2014 bekleidete. Zu Vizepräsidenten wurden Ingo Morell und Dr. Michael Philippi gewählt. Die Amtsperiode des neu gewählten Präsidiums beginnt am 1. Januar 2015. ■

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

08.12.2014