



Gesundheitspolitik nach dem Ärztetag **Gegen Mondpreise bei Arzneimitteln**



GOÄ-Novelle: Qualität vor Schnelligkeit
PsychVVG: BÄK fordert Nachjustierungen
E-Health: Der Medikationsplan kommt

Auftakt

Der 119. Deutsche Ärztetag ist zu Ende. Jetzt beginnt die eigentliche Arbeit. Die Ärzteschaft hat auf ihrer Tagung in Hamburg viele Impulse gegeben, die die gesundheitspolitische Debatte der nächsten Monate mit bestimmen werden. Die aktuelle Ausgabe des BÄKground fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen (S. 3).

Mit Besorgnis beobachten die Delegierten die Entwicklung der Arzneimittelpreise. Sie riefen den Gesetzgeber dazu auf, die Regelungen für die Nutzenbewertung und Preisfindung neuer Arzneimittel zu verbessern. Ebenso kritisch begleitet die Ärzteschaft die Bemühungen Großen Koalition, den Ärztemangel mit Hilfe eines „Masterplans Medizinstudium 2020“ zu bekämpfen. Hier ist schnelles Handeln gefragt. Bund und Länder müssen zügig die Zahl der Studienplätze erhöhen und mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin einrichten. Eine Landarztquote lehnten die Delegierten hingegen ab.

Durchatmen heißt es bei der Flüchtlingskrise. Seit Wochen kommen in Deutschland nur noch wenige Asylsuchende an. Der Ärztetag sprach sich dafür aus, diese Atempause zu nutzen, um professionellere Strukturen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu schaffen. Denn eins ist klar: Mittel- und langfristig kann das freiwillige Engagement tausender Ärztinnen und Ärzte hier keine Lösung sein.

Mehr Zeit nimmt die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte in Anspruch. Sie hatte im Vorfeld des Ärztetags für erhebliche Spannungen gesorgt. Im Interview mit BÄKground (S. 7) zieht Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery eine positive Bilanz der Debatte: „Wir wissen jetzt genau, wo wir Verhandlungsspielraum haben und wo die Grenzen liegen.“ ■

inhalt

juli 2016

Politik & Beruf

Gegen Mondpreise bei Arzneimitteln Gesundheitspolitik nach dem Ärztetag	3
"Für uns geht Qualität vor Schnelligkeit" BÄK-Präsident Montgomery zur GOÄ-Novelle	7
BÄK fordert Nachjustierungen beim PsychVVG Ärzeschaft warnt vor zusätzlicher Bürokratie	8
E-Health: Der Medikationsplan kommt Auch technische Spezifikation liegt vor	9

Nachrichten	10
--------------------	----

Medizin & Ethik

Ärzeschaft sagt Resistenzen den Kampf an Ärztetag fordert rationalen Antibiotika-Einsatz	13
Streit über Forschung an Demenzkranken Kompromiss bei gruppennütziger Forschung gesucht	14
Glyphosat-Zulassung um 18 Monate verlängert EU-Kommission entscheidet im Alleingang	15
EU-Standards für Gesundheits-Apps Ärztetag: Patientendaten schützen	15

Personalia	16
-------------------	----

Impressum	16
------------------	----



Quelle: Jürgen Gebhardt

Gesundheitspolitik nach dem Ärztetag

Gegen Mondpreise bei Arzneimitteln

Hamburg kann alles, von grau in grau bis strahlend blau. Davon konnten sich Delegierte und Gäste des 119. Deutschen Ärztetages Ende Mai in der Hansestadt überzeugen. Tatsächlich verlief die „Hamburger Ärztwoche“ nicht nur klimatisch, sondern auch inhaltlich facettenreich. Auf die aufgeheizte Debatte im Vorfeld des Ärztetages über die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) folgte gleich zu Beginn der Sitzung ein reinigendes Gewitter, wie es der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, im Interview mit BÄKGround ausdrückte (siehe S. 7). Damit sprach er einen gegen ihn gerichteten Abwahantrag wegen Unstimmigkeiten über die GOÄ-Novelle an. Der Antrag schaffte es nicht einmal auf die Tagesordnung, womit der Weg für sachliche und konstruktive Beratungen zur GOÄ und zu vielen weiteren relevanten Themen des Ärztetages frei war. Am Ende standen richtungsweisende Beschlüsse des Ärzteparlaments, die für die gesundheitspolitische Debatte prägend sind.

Insbesondere die Beratungen zur Arzneimittelpreisbildung waren für die rund 130 vor Ort akkreditierten Journalisten sowie viele weitere Medien eines der TOP-Themen des Ärz-

tetages. Im Kern ging es dabei um die Frage, ob die Preise bestimmter Arzneimittel in einem solidarisch finanzierten System sowohl unter ethischen Aspekten als auch unter Nutzenaspekten immer gerechtfertigt sind. „Ärztetag beklagt ausufernde Arzneimittelpreise“ meldete der Norddeutsche Rundfunk, „Teure neue Medikamente“, betitelte der Westdeutsche Rundfunk seinen Beitrag und die ARD-Sendung hart aber fair, an der auch Prof. Dr. Wolf Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, teilnahm, stellte die Frage „Wie teuer darf Medizin sein?“. Einfache Antworten auf diese Fragen konnten die Medien natürlich ebenso wenig geben wie die Delegierten des Ärztetages. Gemeinsam konnten sie aber ein Bewusstsein dafür schaffen, dass diese Fragen endlich von der Politik angegangen werden müssen.

Regierung überarbeitet AMNOG

Tatsächlich will die Bundesregierung tätig werden und kündigte eine Überarbeitung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) an. Zur Erinnerung: Mit der Einführung der frühen Nutzenbewertung durch das AMNOG im

politik & beruf

Jahr 2011 sollten mehr Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz bei der Verordnung von Arzneimitteln erreicht werden. Die anhaltend immensen Kosten wurden jedoch nicht gebremst. Im Gegenteil: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel steigen jährlich um vier bis fünf Prozent. Bei einigen Arzneimitteln – vor allem in der Onkologie – liegen die jährlichen Therapiekosten pro Patient bei 80.000 Euro und höher.

Selbst Brüssel ist alarmiert. Die niederländische EU-Ratspräsidentschaft will sich intensiv mit der Verfügbarkeit von innovativen und erschwinglichen Arzneimitteln befassen. Dazu passt, dass die niederländische Gesundheitsministerin Edith Schippers die Regierungen der EU und die Kostenträger aufgerufen hat, mehr Einfluss auf die Gestaltung von Arzneimittelpreisen zu nehmen. Dabei dürfte sie vor allem Deutschland im Blick gehabt haben, das als Referenzland für die Preisgestaltung in anderen Staaten gilt. Ein aktueller europäischer Preisvergleich zeigt, dass die Preise hier sogar besonders hoch sind. In allen vom wissenschaftlichen Institut der AOK betrachteten Ländern liegen die Preise zwischen 16 Prozent und 27 Prozent niedriger, als hierzulande. Dabei wurden für die Studie ausschließlich Staaten ausgewählt, in denen die Gesundheitsausgaben mit denen in Deutschland vergleichbar sind. "Im Ergebnis muss Deutschland als Hochpreisland für Arzneimittel im patentgeschützten Markt bezeichnet werden", so das Resümee der Autoren.

Auch vor diesem Hintergrund forderte der 119. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, die Regelungen für die Nutzenbewertung und die Preisfestlegung neuer Arzneimittel im Rahmen des sogenannten AMNOG-Verfahrens nachzubessern. „Die derzeit freie, ausschließlich am Markt orientierte Preisfestlegung für Arzneimittel im ersten Jahr nach der Markteinführung durch den pharmazeutischen Unternehmer muss abgeschafft werden“, heißt es in der Entschliessung des Ärzteparlaments. Ob es dazu kommt, ist offen. Die Bundesregierung kündigte aber an, dass in die angekündigte Novelle des AMNOG auch Ergebnisse des sogenannten Pharmadialoges, einem Think Tank aus Politik, Industrie, Wissenschaft und Gewerkschaften, einfließen sollen. Dazu zählt unter anderem die Einführung einer Umsatzschwelle, die „Mondpreise“ bei der Einführung neuer Medikamente verhindern soll. Ob ein solches Instrument geeignet ist, das Problem ausufernder Preise dauerhaft zu lösen, ist allerdings fraglich, zumal die konkrete Ausgestaltung derzeit alles andere als klar ist.

Informationssystem für Ärzte

Gleiches gilt für den Vorschlag, ein Informationssystem einzuführen, über das Ärzte künftig besser über die Nutzenbewertung von Medikamenten informiert werden sollen. Auch der Deutsche Ärztetag hatte gefordert, Ärzten die Ergebnisse der Nutzenbewertung schnell und in geeigneter Form zur

Verfügung zu stellen. „Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass der berechtigte Anspruch der Patienten auf eine dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse entsprechende medikamentöse Versorgung adäquat berücksichtigt wird“, begründeten dies die Delegierten.

Doch wie so oft in der Politik kommt es jetzt auf die konkrete Umsetzung an. So hat der GKV-Spitzenverband ein Ampelsystem für die Arzneimittelversorgung ins Gespräch gebracht, das mit versorgungsrelevanten Daten arbeiten soll, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aufbereitet. Die Softwareanbieter wären dann verpflichtet, die Informationen kontinuierlich in die EDV-Systeme der Praxen einzuarbeiten. Möglichst auf einen Blick sähen Ärzte dann, welches Arzneimittel indikationsgerecht die beste Wahl wäre. Grün steht für „Verschreiben“ und Rot für „Nicht verschreiben“.

Aufhorchen lässt, dass einige das an sich gute Ansinnen der Politik, Ärzte besser und schneller zu informieren, offenbar als Vehikel für mehr Einfluss auf die Versorgungssteuerung nutzen wollen. So soll die ärztliche Verordnungs-Entscheidung nach dem Willen des GKV-Spitzenverbandes direkt an die Krankenkasse übermittelt werden. Diese könne dann „indikationsspezifisch und patientengruppengenau das Versorgungsgeschehen beobachten, analysieren sowie Ärzte und Patienten verstärkt beraten“, so die Vorstellung. Doch was harmlos klingt, bedeutet nichts anderes, als dass die Kassen die Datenhoheit über das Ordnungsverhalten erlangen könnten. Egal welches Medikament der Arzt verschreibt, auf den Monitoren in den Krankenkassen-Zentralen poppt die entsprechende Therapieentscheidung auf. Und wer auffällig wird, muss dann zum Rapport? Das müsste man als Eingriff in die Verordnungsfreiheit des Arztes werten, zumal niemand ausschließen kann, dass ein solches Beratungssystem bei anderen politischen Konstellationen schnell zu einem Sanktionsmechanismus umgebaut werden könnte.

Ärztetag debattiert über Folgen der Ökonomisierung

An solchen Vorschlägen zeigt sich, dass die viele Jahre gepflegte Misstrauenskultur gegenüber Ärzten offenbar nicht überall überwunden ist. Dabei hat die Ärzteschaft immer wieder klar gestellt, dass ein möglichst wirtschaftlicher Umgang mit begrenzten Ressourcen in einem solidarisch finanzierten System selbstverständlich ist. Dies betonte auch der diesjährige Ärztetag in seiner Grundsatzdebatte über Ökonomisierung in der Medizin. Die Delegierten berichteten aber auch, dass mittlerweile immer häufiger ökonomische Parameter das ärztliche Handeln bestimmen, etwa wenn Entscheidungsspielräume durch vorgegebene ökonomische Rentabilitätskriterien begrenzt werden. Viele Ärzte - das wurde in der Diskussion deutlich - müssen tagtäglich mit diesen Konflikten umgehen und sind zutiefst verunsichert. Das Ärzteparlament bekräftigte unter anderem seine ablehnende



Haltung gegenüber vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierten Bonuszahlungen für leitende Krankenhausärzte. Krankenhausträger sollten endlich von solchen Klauseln in Arbeitsverträgen absehen.

Die Abkehr vom Primat der Ökonomie dürfte auch dazu beitragen, die Attraktivität des Arztberufes zu erhöhen. Daran müsste der Politik gelegen sein, kämpft sie doch seit Jahren gegen die Folgen des grassierenden Ärztemangels.

Allerdings sind die Erfolge ihrer Bemühungen überschaubar. Zwar erhöht sich die Zahl der Ärzte jedes Jahr etwas, doch steigt der medizinische Versorgungsbedarf sehr viel schneller. Um vor allem im hausärztlichen Bereich für mehr Nachwuchs zu sorgen, will die Regierung mit einem schon im Koalitionsvertrages angekündigten „Masterplan Medizinstudium 2020“ die Hebel umlegen. Die Initiative ist der letzte große Posten auf der gesundheitspolitischen To-do-Liste des Ministers. Aber das Vorhaben ist knifflig, weil es sowohl versorgungspolitische Aspekte umfassen, als auch tief in die universitäre Ausbildung der Mediziner einwirken

soll. Zudem müssen die Länder eng eingebunden werden. Ende Juni (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe) steht die Reform der ärztlichen Ausbildung auf der Tagesordnung der Gesundheitsministerkonferenz. Schon im Herbst könnte der Masterplan stehen.

Unmittelbar vor den Beratungen der Ländergesundheitsminister hat die BÄK die Forderungen des Ärztetages in die Politik eingespeist. Unter der Maßgabe, dass eine finanzielle Förderung der Universitäten und Lehrpraxen sichergestellt werden muss, hatte der Ärztetag Bund und Länder aufgefordert, bei der Ausgestaltung des Masterplans eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten sowie die Abschaffung von Teilstudienplätzen vorzusehen. Zur Bekämpfung des Hausärztemangels seien außerdem mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin und eine Stärkung der Ausbildungsmöglichkeiten in Arztpraxen erforderlich. Der diskutierte Vorschlag, im Praktischen Jahr einen Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin einzuführen, wurde abgelehnt. Statt weitere Zwangsmaßnahmen zu etablieren, sollten zunächst die bereits angeschobenen Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit evaluiert werden.

politik & beruf

Auch eine Landarztquote, wie sie derzeit diskutiert wird, lehnten die Delegierten ab. Der Ärztetag sprach sich dafür aus, bei der Debatte über den Masterplan den Fokus nicht ausschließlich auf die landärztliche Versorgung und ihre Versorgungsengpässe zu richten. Ziel müsste vielmehr eine Verbesserung der Ausbildung insgesamt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Modellstudiengängen sein. Auch die Einbindung Studierender und Auszubildender anderer Gesundheitsberufe sollte berücksichtigt werden, um frühzeitig klinische Abläufe und die interdisziplinäre Kommunikation miteinander zu schulen.

Deutscher Ärztetag belebt Debatte über Flüchtlingsversorgung

Ein weiteres Thema konnte der Ärztetag mit seinen Beratungen zur gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen setzen. Das Thema geriet in den vergangenen Monaten etwas in den Hintergrund, weil die Zahl der in Deutschland Asylsuchenden wegen der Schließung der Balkanroute und wegen des Flüchtlingsabkommens mit der Türkei deutlich zurückgegangen war. An den Fluchtursachen in den Heimatländern der Schutzsuchenden hat sich jedoch nichts geändert. Der Ärztetag rückte das Thema wieder in den Fokus und forderte, die momentane Atempause für strukturelle Änderungen bei der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter zu nutzen.

Zahlreiche Medien, unter anderem die ARD-Tagesschau und ZDF-heute, berichteten über die Ärztetagsberatungen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sprach von einer "besonders gelungenen Mannschaftsleistung" und meinte den Einsatz tausender Ärztinnen und Ärzte sowie anderer Helfer, die im vergangenen Jahr die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten aufrecht erhielten. Das Lob nahm die Ärzteschaft entgegen, gleichzeitig stellte sie aber unmissverständlich klar, dass die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mittel- und langfristig nicht auf ehrenamtlicher Basis erfolgen kann. Staatliche Stellen müssten schnell professionelle Strukturen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung schaffen. Die Delegierten des Ärztetages forderten in diesem Zusammenhang Länder und Kommunen auf, die finanzielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes deutlich zu stärken und schnellstmöglich eine Gesundheitskarte für alle Asylsuchenden in Deutschland einzuführen.

Zudem hatte der Ärztetag gefordert, wesentliche Teile des im März in Kraft getretenen Asylpakets II nachzubessern. Die Delegierten kritisierten, dass als Abschiebungshindernis nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gelten, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Weitere Änderungen seien beim beschleunigten Asylverfahren zum Beispiel für Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten notwendig. Bei diesen Verfahren

entscheidet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge innerhalb einer Woche über den Asylantrag. Der Ärztetag bezeichnete es als unrealistisch, unter diesem Zeitdruck, ohne Kenntnis der Sprache und Gesetze, sorgfältige ärztliche Untersuchung und Begutachtung zu finden. Generell sollten alle besonders Schutzbedürftigen von diesen Schnellverfahren ausgeschlossen werden.



Flüchtlingskrise: Die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten kann mittel- und langfristig nicht auf freiwilliger Basis erfolgen

Adressat dieser Forderung war Bundesinnenminister Thomas de Maizière, der allerdings keine Bereitschaft für Änderungen erkennen ließ. Stattdessen brachte der Minister wenige Wochen nach dem Ärztetag Opposition, Koalitionspartner und Ärzteschaft gegen sich auf. De Maizière hatte in der Rheinischen Post erklärt, es könne nicht sein, dass 70 Prozent der Männer unter 40 Jahren vor einer Abschiebung für krank und nicht transportfähig erklärt werden. Die Bundesärztekammer stellte in Pressestatements umgehend klar, dass die genannten Zahlen jeder Grundlage entbehrten. Nach einigem Hin und Her ruderte der CDU-Politiker zurück und erklärte zähneknirschend, er habe zu dem Thema lediglich einen "Erfahrungswert" genannt. Dass er den Eindruck erweckt habe, dies sei eine "allgemeingültige, statistisch belegbare Größe", sei nicht seine Absicht gewesen.

In einer eigens einberufenen aktuellen Stunde des Bundestages sprach die Grünen-Abgeordnete Katrin Göring-Eckardt von einem "Affront gegen die Ärzteschaft" und forderte den Rücktritt des Bundesinnenministers. Kritik kam sogar vom sozialdemokratischen Koalitionspartner, der de Maizière vorwarf, seine Aussagen nicht ausreichend zurückgenommen zu haben.

Weitere Informationen zum 119. Deutschen Ärztetag können unter <http://bit.ly/1Rmj962> abgerufen werden. ■

"Für uns geht Qualität vor Schnelligkeit"

BÄK-Präsident Montgomery zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte

Herr Prof. Montgomery, der Deutsche Ärztetag in Hamburg begann mit einem Paukenschlag. Weil einige Delegierte unzufrieden mit den Verhandlungen über die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) waren, sollte es einen Abwahantrag gegen Sie geben. Wie haben Sie die Diskussion empfunden?

Montgomery: Ich fand es gut, dass dieses Thema gleich zu Beginn zur Sprache kam. Nach der aufgeheizten Debatte im Vorfeld war das wie ein reinigendes Gewitter. Der Antrag ist krachend gescheitert und wir konnten uns endlich der Sachdiskussion widmen. Dabei wurde schnell deutlich, dass die allermeisten Delegierten von der Kampagne gänzlich unbeeindruckt waren, die einige selbsternannte Wortführer im Vorfeld des Ärztetages gegen mich und die Bundesärztekammer geführt hatten.

Wen meinen Sie?

Es gab einige wenige Verbände, die für Sachargumente kaum mehr zugänglich waren. Zusätzlich haben sich die immer gleichen Protagonisten in ärztlichen Internetforen gegenseitig hochgeschaukelt und versucht den Eindruck zu erwecken, sie sprächen für die gesamte ärztliche Basis. Der Ärztetag wusste das jedoch einzuordnen. Jetzt ist es wichtig, dass alle die klaren Beschlüsse des Ärztetages akzeptieren und nicht wieder versuchen, dieses und jenes nach eigenem Gusto umzuinterpretieren.

Die BÄK muss nach dem Ärztetag Kurskorrekturen bei den GOÄ-Verhandlungen vornehmen. Wie kommen Sie voran?

Bekanntlich hat der gesamte Bundesärztekammer-Vorstand schon im März die Notbremse gezogen und ein von Seiten des Verbandes der Privaten Krankenversicherung als Zwischenstand vorgelegtes Leistungsverzeichnis abgelehnt. Wir haben dann den „Reset-Knopf“ gedrückt und gemeinsam mit der Allianz deutscher Ärzteverbände einen Neustart vorgenommen. Diesen Kurs hat der Ärztetag im Wesentlichen bestätigt. Die vom Ärztetag eingeforderten Veränderungen an der Novelle werden jetzt mit der PKV verhandelt. Zum Teil sind sie sogar schon Inhalt des Verhandlungsergebnisses. Gut ist, dass uns der Ärztetag Leitplanken für den weiteren Verhandlungsprozess mit der PKV gegeben hat. Wir wissen jetzt genau, wo wir Verhandlungsspielraum haben und wo die Grenzen liegen.

Auf positive Resonanz stieß vor allem, dass die Berufsverbände und Fachgesellschaften noch stärker einbezogen werden sollen. Wie ist der Stand?



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: "Wir wissen jetzt genau, wo wir Verhandlungsspielraum haben und wo die Grenzen liegen."

Mit diesen Gesprächen haben Dr. Klaus Reinhardt, der Vorsitzende unseres GOÄ-Ausschusses, und ich schon vor dem Ärztetag begonnen. Bereits bis Mitte April wurden die Leistungslegendierungen mit dem Bundesgesundheitsministerium abgestimmt und danach aufbereitet. Im Mai haben wir dann eine Serie von 20 zum Teil ganztägigen Gesprächen mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften gestartet. Darin werden die Kataloge Thema für Thema abgearbeitet. Entscheidend ist, dass dies eine Gemeinschaftsaufgabe von allen Partnern ist, der Bundesärztekammer, dem Bundesgesundheitsministerium, der PKV, der Beihilfe und den Fachverbänden. Bereits jetzt zeigt sich, dass sich der Nachbesserungsbedarf in Grenzen hält. Das ist alles leistbar.

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. ■

BÄK fordert Nachjustierungen beim PsychVVG

Ärzeschaft warnt vor zusätzlicher Bürokratie

Bereits die schwarz-gelbe Bundesregierung hatte im Jahr 2009 das Projekt eines Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) angestoßen. Im Jahr 2017 sollte es flächendeckend eingeführt werden. Kritik kam von Ärzteschaft und Pflege, die davor warnten, dass ein solches leistungsorientiertes System den Besonderheiten psychischer Erkrankungen nicht gerecht werde. Mit Erfolg: Im Koalitionsvertrag von Union und SPD war von landesweit vergleichbaren Tages-Fallpauschalen für Psychiatrie und Psychosomatik keine Rede mehr. Im Februar dieses Jahres vollzog die Bundesregierung dann auch offiziell die Kehrtwende. Das Bundesgesundheitsministerium stellte Eckpunkte vor, die Grundlage für den nun vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) waren.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich grundsätzlich positiv zu dem Referentenentwurf geäußert. In ihrer schriftlichen Stellungnahme begrüßt die BÄK im Grundsatz, dass der Gesetzgeber von den ursprünglich geplanten landeseinheitlichen diagnosebezogenen Tagesentgelten abgerückt ist und die Einrichtungen stattdessen weiterhin individuelle Budgets mit den Krankenkassen vereinbaren können. Regionale Besonderheiten und besondere Versorgungsverpflichtungen lassen sich nach Einschätzung der Bundesärztekammer so besser berücksichtigen.

BÄK begrüßt verbindliche Personalvorgaben

Positiv bewertet die Bundesärztekammer unter anderem die geplante Einführung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung. Zuletzt hatte der 119. Deutsche Ärztetag Ende Mai gefordert, aus Gründen der Patientensicherheit und zum Schutz der Mitarbeiter verbindliche Personalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst zu schaffen. Die Ärzteschaft begrüßt zudem, dass mit der vorgesehenen Stärkung der Institutsambulanzen sowie mit der Möglichkeit zur Erbringung „stationsäquivalenter“ Leistungen durch Kliniken die sektorübergreifende Versorgung gestärkt wird.

Nach dem Entwurf umfasst die stationsäquivalente Versorgung eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld. Nach Auffassung der BÄK sind für diesen neuen Behandlungsansatz Präzisierungen für Organisation, Indikation und Umsetzung erforderlich. Notwendig sind zudem die Abstimmung mit den in der ambulanten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie die Sicherstellung der ärztlichen Leitung der mobilen multiprofessionellen Behandlungsteams.



Nachbesserungsbedarf sieht die BÄK auch bei anderen Passagen des Referentenentwurfs. So wird der Rahmen für die Budgetverhandlungen vor Ort durch zu viele Vorgaben erheblich eingeschränkt. Zudem wird eine klare und eindeutige Trennung zwischen der Budgetfindung und Abrechnung gefordert. Auch sind viele Neuregelungen mit zusätzlicher Dokumentation und Bürokratie verbunden. Gerade die angestrebte Abkehr vom bisher eingeführten PEPP-System bietet aus Sicht der Bundesärztekammer die Chance, die Anforderungen und die Prüfroutinen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen deutlich zu reduzieren. Ebenso fehlen in dem Referentenentwurf bisher eindeutige Formulierungen, die eine nachhaltige und solide Gegenfinanzierung der Leistungen von Ärztinnen und Ärzten und des weiteren medizinischen Personals in den betroffenen Kliniken und Abteilungen sicherstellen.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer finden Sie unter www.baek.de/StellungnahmePsychVVG.

E-Health: Der Medikationsplan kommt

Auch die technische Spezifikation zur Erstellung und Aktualisierung liegt vor

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig anwenden, Anspruch auf einen Medikationsplan. So sieht es das E-Health-Gesetz vor, das im Dezember vergangenen Jahres in Kraft getreten ist. Inzwischen steht auch die für den Medikationsplan notwendige Rahmenvereinbarung. Sie wurde von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) gemeinsam entwickelt. Die Vereinbarung legt unter anderem Inhalt und Struktur des Medikationsplans fest und gibt vor, wie er aktuell gehalten werden soll.



Die Ärzteschaft sieht den Medikationsplan als wichtigen Schritt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Vorerst wird der Medikationsplan noch in Papierform ausgefertigt. Ziel ist jedoch, ihn spätestens ab dem Jahr 2019 auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern. Ab diesem Zeitpunkt müssen alle Vertragsärzte und Apotheker in der Lage sein, einen auf der eGK gespeicherten Medikationsplan zu aktualisieren. „Der bundeseinheitliche Medikationsplan auf Papier ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Damit ist der Weg gebahnt für die elektronische Lösung im Rahmen der Telematikinfrastruktur“, sagt Dr. Franz Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer.

„Für die Patienten bringt der Medikationsplan mehr Sicherheit, da er alle wichtigen Informationen zur Art und Anwendung der Medikamente enthält“, so Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand der KBV. Ziel ist es, Patienten bei der richtigen Einnahme ihrer Medikamente zu unterstützen. Mit dem Medikationsplan können zukünftig Verordnungen aller

Ärzte eines Patienten sowie die Selbstmedikation einheitlich erfasst werden. In der Regel wird der Medikationsplan vom Hausarzt ausgestellt und aktualisiert. Aktualisierungen durch mitbehandelnde Ärzte sind ebenfalls möglich.

Die Apotheke ergänzt den Medikationsplan auf Wunsch des Patienten um die in der Apotheke abgegebenen Arzneimittel. „Der beste Weg zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit ist ein Zusammenwirken von Apotheker und Arzt mit einem berufsübergreifenden Blick auf die Gesamtmedikation“, sagt DAV-Vorsitzender Fritz Becker. „Ob Rabattverträge oder Selbstmedikation - ein Medikationsplan ohne Apotheker kann kaum aktuell und vollständig sein. Mit der elektronischen Gesundheitskarte müssen und wollen wir uns so schnell wie möglich den digitalen Herausforderungen stellen.“

Technische Spezifikation bringt allen Beteiligten Vorteile

Darüber hinaus legten BÄK, KBV und DAV auch die technische Spezifikation zur elektronischen Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans vor. Sie orientiert sich an internationalen Standards und wurde in Zusammenarbeit mit der IT-Industrie entwickelt. „Mit der jetzt vollzogenen Einbindung der IT-Spezifikation haben alle Beteiligten den Skeptikern gezeigt, dass Selbstverwaltung und Industrie miteinander konstruktiv und zielgerichtet arbeiten können. Herausgekommen ist eine Spezifikation, die allen Beteiligten Vorteile bringt und für den Erfolg konstruktiver Zusammenarbeit steht“, so Ekkehard Mittelstaedt, Geschäftsführer des Bundesverbandes Gesundheits-IT (bvigt).

Auch die Selbstverwaltung zeigt sich über das Erreichen des Etappenziels auf dem Weg zur Einführung des Medikationsplans erfreut: „Eine wesentliche Voraussetzung für die Verbreitung und den Erfolg des Medikationsplans ist die optimale Software-Unterstützung der Ärzte bei der Erstellung und Aktualisierung – der erzielte Konsens mit der Industrie weist den Weg in eine gute Integration in unsere Arbeitsprozesse“, so Bartmann.

Bereits Ende Juni (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe) steht die nächste Etappe bei der Einführung des Medikationsplans an. Dann sollen die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung eine Regelung für die ärztliche Vergütung vorstellen.

Die Vereinbarung zum Medikationsplan finden Sie unter www.baek.de/VereinbarungBMP, die Spezifikation unter www.baek.de/SpezifikationBMP. ■

nachrichten

Demenzpatienten stellen Krankenhäuser vor große Herausforderungen

Mehr als acht Millionen ältere Menschen werden in Deutschland jährlich stationär behandelt. Sie kommen mit Knochenbrüchen, Lungenentzündungen oder Harnwegsinfektionen ins Krankenhaus, benötigen aber häufig weit mehr als die übliche Behandlung. Denn 40 Prozent der über 65-jährigen Patienten in Krankenhäusern weisen kognitive Störungen auf, fast jeder Fünfte leidet an Demenz. Zu diesem Ergebnis kommt die von der Robert Bosch Stiftung geförderte Studie „Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Prävalenz und Versorgungssituation“ der Hochschule Mannheim und der Technischen Universität München. „Die große Zahl an Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt Krankenhäuser vor eine erhebliche Herausforderung, auf die derzeit weder das pflegerische noch das medizinische Personal vorbereitet ist“, warnt Martina Schäufele von der Fakultät für Sozialwesen der Hochschule Mannheim.

Die Daten zeigen, dass Patienten mit Demenz besondere Anforderungen an das pflegerische und medizinische Personal stellen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen zeigten nahezu 80 Prozent zusätzliche Verhaltenssymptome wie nächtliche Unruhe, Umtriebigkeit und Aggressivität, die den Umgang erschwerten. Insgesamt nehme die Versorgung deutlich mehr Zeit in Anspruch und sei mit zahlreichen Problemen in Pflege und Therapie verbunden. Erschwerend komme hinzu, dass die Diagnose bei gut zwei Dritteln der Demenzkranken zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme nicht bekannt ist.

„Die Studie unterstreicht die Dringlichkeit des Problems, mit dem sich Krankenhäuser in Deutschland bereits seit einigen Jahren konfrontiert sehen“, sagt Dr. Bernadette Klapper, Leiterin des Bereichs Gesundheit der Robert Bosch Stiftung. ■

Marburger Bund führt Geschlechterquote ein

Nach lebhafter Debatte hat die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes mit der erforderlichen Zweidrittelmehrheit eine Änderung der Satzung des Bundesverbands beschlossen. Dem auf insgesamt neun Mitglieder erweiterten Bundesvorstand müssen in Zukunft mindestens drei Frauen und drei Männer angehören. Der Marburger Bund habe mit der Geschlechterquote einen wegweisenden Beschluss gefasst, der über den Bundesvorstand hinausreiche und vor allem dazu dienen solle, alle Mitglieder zur Mitarbeit in den Gremien zu motivieren, sagte Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes.

Die turnusgemäße Neuwahl des Bundesvorstandes wird auf der 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes am 4./5. November 2016 in Berlin erfolgen. ■

Bundestag berät über Transplantationsregistergesetz

Mit der Errichtung eines bundesweiten Transplantationsregisters soll die Organspendenpraxis in Deutschland transparenter werden. Der entsprechende Gesetzentwurf der Bundesregierung liegt dem Bundestag zur Beratung vor. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. Es soll in diesem Jahr in Kraft treten. Das Register zielt darauf ab, transplantationsmedizinische Daten zentral zu bündeln und so die transplantationsmedizinische Versorgung in Deutschland zu verbessern und weiterzuentwickeln.



Das Transplantationsregister soll künftig etwa Informationen darüber geben, welches Spenderorgan zu welchem Empfänger am besten passt und damit auch dazu beitragen, die Kriterien für Wartelisten und die Verteilung der Spenderorgane weiterzuentwickeln.

In einer unabhängigen Vertrauensstelle werden die personenbezogenen Daten pseudonymisiert, bevor sie an das Register gehen. Die Transplantationsregisterstelle und die Vertrauensstelle werden vom Datenschutzbeauftragten kontrolliert. Die Daten verstorbener Organspender werden im Register dauerhaft gespeichert. Die Daten der Empfänger und der lebenden Organspender dürfen nur dann übermittelt und dauerhaft gespeichert werden, wenn Spender und Empfänger vorher eingewilligt haben.

Derzeit warten mehr als 10.000 Menschen in Deutschland auf ein Spenderorgan, wobei die gespendeten Organe bei weitem nicht ausreichen, um allen Patienten zu helfen. Nach Skandalen mit manipulierten Wartelisten an einigen deutschen Kliniken soll mit dem Gesetz auch das Vertrauen in die Organspende wieder gestärkt werden. Infolge der Skandale war seit 2012 die Zahl der Organspender deutlich zurückgegangen. ■

Studie: Deutsche benötigen in Zukunft mehr ärztliche Arbeitszeit

Die deutsche Bevölkerung wird älter und konzentriert sich zunehmend in Städten. Was das für die medizinische Versorgung bedeutet, haben Wissenschaftler vom Versorgungsatlas erstmals auf der Basis einer neu entwickelten Modellrechnung für die rund 400 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland ermittelt. Der Index zeigt, mit welcher zusätzlichen zeitlichen Beanspruchung der niedergelassenen Ärzte aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten 20 Jahren zu rechnen ist. „Unsere Modellrechnung ist eine Möglichkeit, die zusätzliche Beanspruchung von Vertragsärzten abzuschätzen, die sich aufgrund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu heute ergibt“, erklärte Dr. Mandy Schulz, die Erstautorin der Studie „Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035“.

Demzufolge führen Urologen, Augenärzte, Fachinternisten und Hausärzte die Liste jener Facharztgruppen an, die in den kommenden Jahren (2020 bis 2035) zeitlich stärker von Patienten beansprucht werden dürften, als im Vergleichsjahr 2012. Im Bundesdurchschnitt werde die Beanspruchung der Urologen um 23 Prozent steigen, jene der Augenärzte um 20 Prozent und die der Fachinternisten um 15 Prozent. Für Hausärzte erwarten die Wissenschaftler vom Versorgungsatlas eine zusätzliche Beanspruchung von durchschnittlich neun Prozent. ■

EU-Kommission legt Kriterien für endokrine Disruptoren vor

Die Europäische Kommission hat Mitte Juni Kriterien zur Bestimmung endokriner Disruptoren im Zusammenhang mit Pflanzenschutzmitteln und Biozidprodukten vorgelegt. Als endokriner Disruptor soll demnach ein Stoff gelten, wenn er „eine schädigende Wirkung auf die menschliche Gesundheit hat“, eine „endokrine Wirkung aufweist“ und „eine Kausalbeziehung zwischen der schädigenden Wirkung und der endokrinen Wirkungsweise besteht“. Damit folgt die EU-Kommission der Definition endokriner Disruptoren durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Bei der Bestimmung eines endokrinen Disruptors sollen alle relevanten wissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen, nach ihrer Beweiskraft gewichtet und systematisch überprüft werden.

Darüber hinaus kündigte die EU-Kommission eine Reihe von Maßnahmen an, um die Exposition gegenüber endokrinen Disruptoren kurzfristig (Forschung und internationale Zusammenarbeit), mittelfristig (Testverfahren) und langfristig (Rechtsetzung) auf ein Minimum zu senken. Der Entwurf zu Biozidprodukten wird entsprechend der Biozid-Verordnung vor der Verabschiedung durch die Kommission in einer Gruppe von Sachverständigen der Mitgliedstaaten erörtert. ■

Krankenhausstudie 2016: Ökonomischer Druck bleibt hoch

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland hat sich im letzten Jahr leicht verbessert. Allerdings konnten trotz gestiegener Umsätze immer noch 30 Prozent der Häuser keinen Jahresüberschuss erwirtschaften. Auch die Zukunft sieht nicht rosig aus: Bereits für das laufende Geschäftsjahr 2016 rechnen viele Krankenhäuser mit einer deutlichen Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. Mittelfristig gehen sogar mehr als 70 Prozent von einer Eintrübung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aus. Entsprechend planen die Betreiber, in den nächsten Jahren weiter mit hoher Intensität an der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zu arbeiten. Das ist das Ergebnis der "Krankenhausstudie 2016", für die die Experten von Roland Berger Vorstände und Geschäftsführer der 400 größten deutschen Krankenhäuser befragt haben.



Genau 70 Prozent der von Roland Berger befragten Krankenhausmanager geben an, dass sie sich aktuell in einer Restrukturierungsphase befinden. Mehr als 75 Prozent wollen ihre Restrukturierungsbemühungen mit hoher Intensität weiterführen. Im Vordergrund stehen dabei in den nächsten Jahren klassische Maßnahmen zur Ergebnisverbesserung im Bereich der stationären Erlöse (100 Prozent) und der medizinischen Sachkosten (84 Prozent). "Es wird spannend zu beobachten, ob sich Krankenhäuser weiterhin auf höhere stationäre Erlöse konzentrieren werden, wenn ab 2017 der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt wird", sagt Peter Magunia, Leiter der Roland Berger Healthcare Practice. "Denn der Abschlag macht es für die Kliniken deutlich unattraktiver schnell zu wachsen."

Weitere Herausforderungen sehen die Befragten im Finden einer ausgewogenen Balance zwischen Medizin und Ökonomie (69 Prozent) sowie im Überwinden von Widerständen auf Seiten der Mitarbeiter (71 Prozent). Entsprechend sehen 96 Prozent der Befragten auch die Unterstützung durch Führungskräfte und Mitarbeiter als die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Restrukturierung. ■

nachrichten

15 Milliarden Euro Reserven bei den Gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Quartal 2016 einen Überschuss von 406 Millionen Euro erzielt. Dabei verzeichneten sämtliche Kassenarten ein positives Finanzergebnis. Die Finanz-Reserven der Krankenkassen stiegen damit bis Ende März 2016 auf 14,9 Milliarden Euro.

Nach Einschätzung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) stehen die gesetzlichen Krankenkassen „auch im Jahr 2016 auf einer sehr soliden Grundlage“. Einnahmen in Höhe von rund 55,82 Milliarden Euro standen nach dem ersten Quartal 2016 Ausgaben von rund 55,41 Milliarden Euro gegenüber. Damit sind die Einnahmen je Versicherten um 4,3 Prozent und die Ausgaben je Versicherten um 3,2 Prozent gestiegen. Auf Grund der günstigen konjunkturellen Lage rechnet das Bundesgesundheitsministerium auch für das Gesamtjahr mit einer weiterhin positiven Einnahmewicklung. Ausgabenseitig blieben die Veränderungsraten im ersten Quartal deutlich niedriger, als in der Prognose für das Gesamtjahr. ■

EU-Gesundheitsministerrat bringt neue Medizinprodukte-Verordnung auf den Weg

Der Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments und die Mitgliedsstaaten im Rat haben einer neuen EU-Medizinprodukte-Verordnung zugestimmt. Sie sieht unter anderem unangekündigte Kontrollen bei den Herstellern und einen Implantate-Pass für Patienten vor. Mit seiner Hilfe können Ärzte und Patienten nachvollziehen, welches Produkt implantiert wurde. Für Hochrisikoprodukte wie Implantate oder HIV-Tests wird ein zusätzliches Sicherheitsverfahren eingeführt, bei dem ein Expertenkomitee die Prüfungen übernimmt. Zudem werden die Mitgliedsstaaten verpflichtet, Patienten über die Konsequenzen von DNA-Tests zu informieren. Wie bei Arzneimitteln ist in Zukunft auch bei Medizinprodukten ein klinischer Nachweis erforderlich. Bei höheren Risikoklassen müssen die Hersteller Studien durchführen.

Die Benannten Stellen wie TÜV oder Dekra werden stärker kontrolliert. Sie sind außerdem verpflichtet, medizinisches Fachpersonal einzustellen. Nicht berücksichtigt wurde hingegen die Forderung, das System auf eine staatliche Zulassung bzw. in bestimmten Bereichen eine Zulassung durch die europäische Arzneimittelagentur (EMA) umzustellen.

Da die Zustimmung durch EU-Parlament und EU-Rat als gesichert gilt, könnte die Verordnung im zweiten Halbjahr 2016 veröffentlicht werden. Eine Umsetzung in nationales Recht ist nicht nötig; die EU-Mitgliedsländer können die Verordnung aber in Teilen ergänzen. ■

Deutscher Ethikrat für breite Debatte über Crispr-Cas9

Wie weit darf Gentherapie gehen? Im Rahmen ihrer Jahrestagung hatten sich die Mitglieder des Deutschen Ethikrates am 22. Juni 2016 mit dieser Frage befasst und über die Potentiale und Risiken der neuen "Genschere" diskutiert. Hinter Crispr-Cas9 steckt ein technisches Verfahren, mit dem man Erbgutsequenzen gezielt schneiden, löschen oder verändern kann. Wissenschaftler sprechen von einer medizinischen Revolution, die große Fortschritte etwa beim Kampf gegen Herzinfarkt ermöglichen wird.

Der Ethikrat hatte davor gewarnt, dass Genveränderungen auf Dauer in den natürlichen Lauf der Dinge eingreifen würden. Jörg Vogel von der Universität Würzburg sah in seinem Vortrag die Genom-Editierung kritisch. Dem enormen Innovationspotenzial stünden weitreichende soziale, rechtliche und ethische Fragen gegenüber, über die sich die Gesellschaft im Sinne eines verantwortungsbewussten Handelns verständigen müsse. Skeptischer äußerte sich der frühere Medizinprofessor Karl Welte. Bei Crispr-Cas9 könnten unbeabsichtigte Mutationen nicht ausgeschlossen werden. Er plädierte dafür, solange Crispr-Cas9 nicht genauer erforscht sei, weiter auf bestehende Gentherapien zu setzen. Der frühere Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Wolfgang Huber, plädierte für ein internationales Verbot von Eingriffen in menschliche Keimbahnen (vergleichbar dem Klon-Verbot), solange Folgen für künftige Generationen nicht ausgeschlossen seien. ■

Kliniken: Bundeskartellamt untersucht wettbewerbliche Rahmenbedingungen

Das Bundeskartellamt will die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor analysieren. Die Untersuchung solle Aufschluss über die aktuelle Marktsituation und die Wettbewerbsintensität im Bereich der akutstationären Krankenhausbehandlungen geben, erklärte Andreas Mundt, Präsident des Bundeskartellamtes. Neben kommunalen und freigemeinnützigen Trägern gebe es private Unternehmen, die in den vergangenen zwanzig Jahren stark gewachsen seien. Gegenstand der Analyse seien insbesondere die Marktstruktur sowie die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenhäuser vor dem Hintergrund der staatlichen Regelungen, so Mundt. Bundesweit sollen dazu rund 500 Kliniken befragt werden.

Es werde auch darum gehen, von welchen Erwägungen Patienten sich bei der Wahl ihres Krankenhauses leiten lassen und wie sich die Krankenhäuser von ihren Wettbewerbern abzuheben versuchen. Das Bundeskartellamt will sich bei der Analyse auch mit den Vergütungsstrukturen und der finanziellen Situation der Krankenhäuser befassen. ■

Ärztenschaft sagt Resistenzen den Kampf an Deutscher Ärztetag fordert rationalen Einsatz von Antibiotika

Die Deutschen wissen zu wenig über Antibiotika. So glauben 45 Prozent, dass Antibiotika Viren zerstören. Und 37 Prozent halten sie für ein effektives Mittel gegen Grippe und Erkältungen, wie eine aktuelle Eurobarometer-Umfrage zeigt. Die Folgen solcher Wissenslücken können gravierend sein, denn unnötiger und damit zu häufiger Einsatz von Antibiotika führt zu Resistenzen. Allein in Europa kommt es nach Angaben der WHO jährlich zu etwa 25.000 Todesfällen wegen Antibiotika-Resistenzen. Gleichzeitig werden kaum neue, wirksamere Antibiotika entwickelt. Die wären aber dringend nötig, um multiresistente Keime zu bekämpfen. Erst kürzlich wurden in den USA bei einer Patientin erstmals Bakterien nachgewiesen, die gegen das Reserveantibiotikum Colistin unempfindlich sind. Die Politik schlägt Alarm. „Die Antibiotikaresistenz kann nicht länger als eine Bedrohung der Zukunft angesehen werden, sie ist heute schon weltweit aktuell“, warnt etwa die niederländische Gesundheitsministerin Edith Schippers. Ein besonderes Problem ist die Tiermast, denn hier werden in Deutschland etwa doppelt so viele Antibiotika eingesetzt, wie in der Humanmedizin. Dabei kommen Antibiotika zum Einsatz, die in der Therapie am Menschen unverzichtbar sind.

Die Bundesregierung ruft zum Wettrüsten auf. Im vergangenen Jahr verabschiedete sie die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART 2020). Und vor wenigen Wochen stellte sie den Medikamenteherstellern im Rahmen des Pharmadialogs in Aussicht, Reserveantibiotika in Zukunft von den Festbeträgen als oberster Erstattungsgrenze freizustellen. Die Preisbildung bei Antibiotika sei nicht geeignet, Anreize zur Forschung an neuen Wirkstoffen auszulösen, sagte der Staatsminister im Kanzleramt, Dr. Helge Braun, bei einer Veranstaltung des Verbands forschender Arzneimittelhersteller. Bessere Erstattungsregeln für diagnostische Verfahren zur Bestimmung der Erreger sollen zudem dazu führen, dass Ärzte Antibiotika zielgerichteter verordnen können.

Ärzte: Resistenzen sind Thema der Aus- und Weiterbildung

Für die Ärzteschaft ist das Thema Resistenzen nicht neu. In Deutschland werden Medizinern bereits in der Aus- und Weiterbildung grundlegende Kenntnisse über Antibiotikaresistenzen und eine rationale Antibiotika-Therapie vermittelt. Fragen zum Einsatz von Antibiotika sind fester Bestandteil der Fortbildungsprogramme der Landesärztekammern. In Vorträgen, Seminaren, Workshops und Curricula wird über die Diagnostik von Infektionskrankheiten, Indikationsstellung, Auswahl des Antibiotikums, Dauer der Anwendung und Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie ebenso informiert, wie auch zu Fragen der Resistenzentwicklung.



Multiresistente Bakterien entwickeln sich immer mehr zu einer weltweiten Bedrohung

Jüngst brachte auch der 119. Deutsche Ärztetag seine Sorge über die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen zum Ausdruck. Er forderte die Bundesregierung auf, gemeinsam mit der Ärzteschaft Maßnahmen und Kampagnen zum rationalen Gebrauch von Antibiotika zu entwickeln. Unter dem Motto „Klug entscheiden“ hat die Ärzteschaft darüber hinaus eine Qualitätsoffensive gestartet, die auf eine Verbesserung der Indikationsqualität abzielt. So kann ein „gezieltes Unterlassen“ weitere Antibiotikaresistenzen verhindern und Patienten vor möglichen Nebenwirkungen schützen.

"Keime kennen keine Grenzen"

Doch lösen lässt sich das Problem letztendlich nur auf der internationalen Ebene. „Keime kennen keine Grenzen“, so formulierte es Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Auch die Bundesregierung hat das erkannt. So setzte Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) das Thema auf die Agenda des G7-Gipfels im Juni 2015. Die Gipfelteilnehmer kündigten auf Schloss Elmau nationale Aktionspläne zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes bei Mensch und Tier an. Auch bei der Erforschung neuer Medikamente wollen sie enger zusammenarbeiten. Bald wird sich die Gelegenheit bieten, das Problem in noch größerer Runde zu diskutieren. Aus dem Kanzleramt ist zu hören, die Bundeskanzlerin werde die Resistenzbildung auch zum Thema der deutschen G20-Präsidentschaft machen. Die G20 tagen am 7. und 8. Juli 2017 in Hamburg. ■

Streit über Forschung an Demenzkranken

Große Koalition sucht nach einem Kompromiss bei gruppennütziger Forschung



Es kommt selten vor, dass im Bundestag bei wichtigen Entscheidungen der sogenannte Fraktionszwang ausgesetzt wird. Bei der Debatte um die Präimplantationsdiagnostik war das so und auch bei der Entscheidung über die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe im vergangenen Jahr. Nun zeichnet sich ab, dass die Abgeordneten auch bei der Entscheidung über die gruppennützige Forschung bei nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen allein ihrem Gewissen verpflichtet sein sollen. Nach wochenlangem Streit quer durch die Fraktionen könnte es aber eine Einigung geben.

Konkret geht es um die Frage, unter welchen Voraussetzungen Forschung beispielsweise an Demenzkranken erlaubt werden kann, auch wenn diese selbst nicht von den Forschungsergebnissen profitieren. Die geplante Regelung ist Teil des Entwurfs eines 4. Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, das unter anderem zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 notwendig geworden ist. Ursprünglich sollte der Bundestag am 9. Juni 2016 über das Gesetz abstimmen, die Entscheidung wurde jedoch wegen fraktionsübergreifender Kontroversen vertagt. Der Entwurf erlaubte derartige Studien in engen Grenzen, wenn der Betroffene zuvor im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte gruppennütziger Forschung zustimmt und eine entsprechende Patientenverfügung verfasst hat. Das Bundesgesundheitsministerium verwies darauf, dass der Gesetzesentwurf das Schutzniveau für die Patienten hebt, indem er die Studienteilnahme an das Vorliegen einer Patientenverfügung knüpft. Die EU-Verordnung sieht für die Teilnahme nicht einwilligungsfähiger Personen lediglich die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters vor. Sie stellt allerdings auch klar, dass die Prüfungsteilnehmer nur einem geringen Risiko und einer minimalen Belastung ausgesetzt werden dürfen.

Trotzdem regt sich massiver Widerstand gegen die Pläne. Die SPD-Fraktion unterstützte überwiegend das Vorhaben im Regierungsentwurf, aus der Unionsfraktion kam harsche Kritik. Auch die Kirchen haben massive Bedenken angemeldet. Unionsabgeordnete argumentierten, der Ausschluss bestimmter therapeutischer Eingriffe sowie die Einwilligung in eine klinische Studie seien unterschiedliche Sachverhalte - sie forderten eine Aufklärungspflicht oder zumindest den ausdrücklichen Hinweis in der Patientenverfügung, man habe auf eine Aufklärung in diesem Punkt bewusst verzichtet. Die SPD wollte die Patientenverfügung nicht mit einem Arztgespräch verknüpfen.

Ablehnend äußerten sich viele Unionsabgeordneten zunächst auch zu einem Kompromissvorschlag des SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach. Danach sollte die Zustimmung nicht - wie im Gesetzesentwurf von Bundesgesundheitsminister Gröhe vorgesehen - in der Patientenverfügung, sondern in einem gesonderten Dokument (Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung) verschriftlicht werden. Nun aber scheinen sich die Kritiker doch auf eine solche Linie einzulassen. Wie die CDU/CSU-Bundestagsfraktion mitteilte, hat sich die Unionsfraktion auf einen Vorschlag geeinigt, nach dem Forschung an Patienten erlaubt sein soll, wenn diese vorher im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und nach ärztlicher Aufklärung zugestimmt und dies in einer von der Patientenverfügung unabhängigen Probandenverfügung dokumentiert haben.

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Ingrid Fischbach, erklärte, dass die Beratungen über einen Kompromissvorschlag in den Bundestagsfraktionen noch andauern. ■

EU: Glyphosat-Zulassung um 18 Monate verlängert

EU-Kommission genehmigt weitere Verwendung im Alleingang

Der Unkrautvernichter Glyphosat bleibt in der Europäischen Union für die nächsten 18 Monate zugelassen. Die EU-Kommission genehmigte einen Tag vor Ablauf der Zulassung die weitere Verwendung. Eigentlich sollten darüber die EU-Mitgliedstaaten entscheiden. Die Kommission hatte die befristete Zulassung für 18 Monate vorgeschlagen. Bis dahin soll ein Gutachten der EU-Chemikalienagentur Echa zu der Frage vorliegen, ob Glyphosat krebserregend ist oder nicht. Den nationalen Vertretern war es über Monate nicht gelungen, sich auf die nötige Mehrheit für die Verlängerung der aktuellen Genehmigung oder für eine Neuzulassung zu verständigen.

Bei letzten Abstimmung hatte sich die Deutschland der Stimme enthalten. Die Bundesregierung ist in dieser Frage gespalten. Wie Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) sprach sich auch der Bundeslandwirtschaftsminister Christian Schmidt (CSU) für eine Verlängerung Zulassung aus. Dagegen lehnen das Umwelt- und das Wirtschaftsministerium, die beide von der SDP geführt werden, eine Zulassung mit Verweis auf mögliche Gesundheitsgefahren ab. „Viele Mitgliedsstaaten möchten erst die Frage der Krebsrisiken geklärt sehen, bevor

Glyphosat weiter auf den Äckern eingesetzt werden kann“, sagte die Bundesumweltministerin Barbara Hendricks (SPD).

Der diesjährige 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg hatte sich gegen eine Verlängerung der Zulassung ausgesprochen. Er verwies auf die International Agency for Research on Cancer (IARC), die im Jahr 2015 eine krebserregende Wirkung von Glyphosat für Menschen als wahrscheinlich erachtet hatte. Dieser Effekt müsse für eine weitere, langfristige Zulassung durch weitere unabhängige Studien sicher ausgeschlossen werden.

Die Europäische Kommission betonte, sie habe in ihrem Vorschlag die Wünsche mehrerer Regierungen und des Europäischen Parlamentes aufgenommen. Sie habe den EU-Staaten empfohlen, gefährliche Beistoffe (POE-Tallowamine) zu verbieten und den Einsatz von Glyphosat in öffentlichen Parks und Spielplätzen sowie vor der Ernte zu minimieren. Allerdings sind diese Ratschläge nicht bindend. Nationale Verbote von Glyphosat-basierten Pflanzenschutzmitteln sind trotz einer Zulassung des Wirkstoffs auf der europäischen Ebene möglich. ■

Europaweite Standards für Gesundheitsapps

Ärztetag: Patientendaten gehören nicht in die Hände der Krankenkassen

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) fordert europaweite, einheitliche Regeln für Gesundheits-Apps. Beim Treffen der EU-Gesundheitsminister am 6. Juni 2016 setzte sich Gröhe dafür ein, dass die Daten der Anwendungen nur mit Einwilligung der Nutzer weiterverarbeitet werden dürfen. Die Hersteller sollen garantieren, dass die Daten nur zu Gesundheitszwecken verwendet werden. Nutzer sollen die Möglichkeit erhalten, jederzeit auf ihre Daten zuzugreifen und diese zu löschen.

Schon im April hatte Gröhe klare Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Gesundheits-Apps gefordert. „Bei mehr als 100.000 Gesundheits-Apps ist es für Bürger, aber auch für Ärzte nicht einfach, zwischen guten und schlechten Angeboten zu unterscheiden“, sagte Gröhe. Gleichzeitig müsse dafür gesorgt werden, dass Produkte mit einem wirklichen Nutzen für den Patienten schnell in der Versorgung landen.

Die vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Studie kommt zu dem Schluss, dass bei den gegenwärtig angebotenen Gesundheits-Apps Anwendungen mit diagnostischem oder therapeutischem Nutzen eher selten sind. Unter anderem empfiehlt die Studie eine weitergehende wissenschaftli-

che Evaluation der Apps, um mehr Evidenz zu schaffen. Außerdem müsse die ethische Diskussion zu den Folgen der neuen technologischen Möglichkeiten vertieft werden, z. B. zur Abwägung von Privatheit und Transparenz.

Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßte die Initiative Gröhes. „Sensible Gesundheitsdaten sind heiß begehrt. Deshalb muss sichergestellt sein, dass niemand unwissentlich mit persönlichen Daten für scheinbar kostenlose Gesundheits-Apps bezahlt“, erklärte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Zuvor hatte der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg mehr Transparenz für die Nutzer gefordert. So müssten auch Gesundheits-Apps von Privaten Krankenversicherungsunternehmen oder von gesetzlichen Krankenkassen den Qualitätsstandards unterliegen. Daten aus diesen Anwendungen dürften nicht zur individuellen Risikoadjustierung privater Krankenversicherungstarife eingesetzt werden. Der Ärztetag warnte vor Bestrebungen, Daten aus Gesundheits-Apps in der geplanten elektronischen Patientenakte zu sammeln und diese von den Krankenkassen verwalten zu lassen. „Patientenakten dienen der ärztlichen Versorgung und gehören nicht in die Hände der Krankenkassen“, so der Ärztetag. ■

personalia

Dr. Susanne Johna neues
Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer

Dr. Susanne Johna

Dr. Susanne Johna ist vom 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg zum neuen „weiteren“ Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer gewählt worden. Auf die 50-jährige Fachärztin für Innere Medizin entfielen 124 von 244 gültigen Stimmen. Damit setzte sie sich gegen Monika Buchalik durch, die 120 Stimmen erhielt. Johna arbeitet als Oberärztin für Krankenhaushygiene am St.

Josefs-Hospital in Rüdeshheim und ist Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen.

Der Vorstand der BÄK besteht aus den Präsidenten der 17 Ärztekammern sowie aus zwei weiteren Vorstandsmitgliedern. Die Wahl eines neuen weiteren Vorstandsmitgliedes war notwendig geworden, weil Dr. Ellen Lundershausen, die bisher „weiteres Vorstandsmitglied“ gewesen war, im Juni 2015 zur Präsidentin der Ärztekammer Thüringen gewählt wurde. ■

Dr. Simone Heinemann-Meerz bleibt Kammerpräsidentin in Sachsen-Anhalt

Dr. Simone Heinemann-Meerz ist als Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt in ihrem Amt bestätigt worden. Sie erhielt auf der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung 30 von insgesamt 37 Stimmen. Heinemann-Meerz will sich auch in ihrer nächsten Amtszeit für die Belange aller Ärzte einsetzen. „Gegenüber der Politik und auch den Krankenkassen bilden



Dr. Simone Heinemann-Meerz

Prof. Dr. Ludwig bleibt im Management
Board der EMA

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie im Helios Klinikum Berlin-Buch, ist vom Rat der Europäischen Union am 26. Mai 2016 erneut als Vertreter des ärztlichen Berufsstandes in das Management Board der Europäischen Arzneimittelbehörde berufen worden. Ludwig wird somit für weitere drei Jahre strategische und finanzielle Entscheidungen des Kontrollgremiums der Europäischen Arzneimittelbehörde verantworten. Er ist bereits seit dem Jahr 2012 Mitglied des Management Boards.



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

Die Europäische Arzneimittelbehörde mit Sitz in London führt die zentralen Zulassungsverfahren für Arzneimittel in der Europäischen Union durch und überwacht deren Sicherheit. ■

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: 28.06.2016