



Union und SPD beschließen Koalitionsvertrag

Viel Lärm um nichts?

Numerus Clausus: Jetzt ist die Politik gefordert
Sterbehilfe: Warnung vor Kultur der Euthanasie
Interview: Biobanken sind Investition in die Zukunft

Auftakt

Als die letzte BÄKground-Ausgabe des Jahres 2017 in Druck ging, steuerten Union, FDP und Grüne zielsicher in Richtung Jamaika. Bekanntlich kamen sie dort nie an. Jetzt stehen die Zeichen auf GroKo, aber ob sie wirklich kommt, war bei Redaktionsschluss ungewiss. Haben die SPD-Mitglieder inzwischen dagegen gestimmt? Dann können Sie den ersten Artikel dieser Ausgabe guten Gewissens überblättern, denn er analysiert die gesundheitspolitischen Ziele, auf sich Union und SPD in ihrem Koalitionsvertrag geeinigt haben (S. 3).

Ganz sicher noch aktuell ist das Thema Numerus Clausus. Im Dezember 2017 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass sich beim Vergabeverfahren für Medizinstudienplätze einiges ändern muss. Ein richtiges Signal zur richtigen Zeit, findet die Ärzteschaft. Bis Ende 2019 muss der Gesetzgeber das Verfahren transparenter und gerechter gestalten. Es wird also voraussichtlich nicht das letzte Mal sein, dass der BÄKground über das Thema berichtet (S. 5).

Das gilt leider auch für das Thema Sterbehilfe. Vor etwas mehr als zwei Jahren hat der Bundestag die geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid verboten. Jetzt will das Bundesverwaltungsgericht den Staat dazu verpflichten, Schwerkranke beim Selbstmord zu unterstützen. BÄK-Chef Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery warnt vor der Selbsttötung als Verwaltungsakt. Und in einem Rechtsgutachten ist von der „schleichenden Etablierung einer Kultur der Euthanasie“ die Rede (S. 6).

Endgültig in der Mottenkiste verschwinden könnte hingegen das in die Jahre gekommene Schreckgespenst „Bürgerversicherung“. Die zahlreichen Argumente gegen die Abschaffung des dualen Systems schlagen sich inzwischen in der medialen Berichterstattung nieder. Und auch die so oft beschworene Mär von der „Zwei-Klassen-Medizin“ wird zunehmend kritisch hinterfragt (S. 8). ■

inhalt

märz 2018

Politik & Beruf

Viel Lärm um nichts? Union und SPD beschließen Koalitionsvertrag	3
NC-Urteil: Jetzt ist die Politik gefordert Studienplatzvergabe teilweise verfassungswidrig	5
Gutachten warnt vor Kultur der Euthanasie Di Fabio: Keine staatliche Pflicht zur Hilfe	6
Papst Franziskus: Patient steht an erster Stelle Diskussion um richtigen Umgang mit Lebensende	7
Bürgerversicherung zurück in der Mottenkiste Kritische Berichterstattung zur Einheitsversicherung	8
EU soll Plan für Glyphosat-Ausstieg vorlegen Beschränkung beschäftigt auch Bundesrat	9
Große Empörung über Gewalt gegen Ärzte Montgomery verurteilt Angriffe auf Retter und Helfer	9
BÄK informiert über Biobanken Praxistaugliche Informationen für Ärzte	10

"Biobanken sind eine Investition in die Zukunft" Biobank-Expertin Prof. Dr. Kurth im Interview	11
--	----

Nachrichten

Medizin & Ethik

Mischo: Cannabis-Medikamente besser erforschen BÄK diskutiert über Suchtmedizin	14
Studien zu Medizin im Dritten Reich ausgezeichnet Herbert-Lewin-Preis zum sechsten Mal vergeben	13
Psychotherapie: Sorgen um Patientenschutz Neuer Gesetzesentwurf vorgelegt	13

Personalia

Impressum



Union und SPD beschließen Koalitionsvertrag

Viel Lärm um nichts?

Verhandeln bis es quietscht, mit diesem Versprechen war die SPD in die Verhandlungen mit der Union gezogen. Jetzt steht der Koalitionsvertrag, aber die Störgeräusche hören nicht auf. Es knirscht im politischen Gebälk der Republik. Martin Schulz (SPD) ist weg. Er hat sich mit seinem Griff nach dem Außenministerium verzockt. Zurück bleiben die Trümmerfrauen Angela Merkel (CDU) und Andrea Nahles (SPD). Der Theaterdonner übertönt jede inhaltliche Diskussion. Dabei liefert der Koalitionsvertrag genug Stoff für kontroverse Debatten – nicht zuletzt in der Gesundheitspolitik.

Einer der großen Streitpunkte bei den Koalitionsverhandlungen war die Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems. Ursprünglich hatte die SPD eine einheitliche Honorarordnung für GKV- und PKV-Leistungen gefordert. Doch die Union stellte sich dem entgegen, unterstützt von Wissenschaftlern, Ärzten und Krankenkassen, die vor einem solchen Systemwandel warnten. Einigen konnten sich die Verhandlungspartner nicht, daher steht im Koalitionsvertrag nun ein Kompromiss: Es wird eine Kommission eingesetzt. Sie soll bis Ende 2019 Vorschläge (!) für „ein modernes Vergütungssystem“ erarbeiten, das „den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Allerdings bleibt ausdrücklich offen, ob die Kommissionsvorschläge dann auch umgesetzt werden sollen.

Das von der SPD propagierte Ende der vermeintlichen Zwei-Klassen-Medizin ist damit zumindest vorerst vertagt. Das Reizwort Bürgerversicherung taucht im Koalitionsver-

trag nicht einmal auf, ebenso wenig die angestrebte Öffnung der Gesetzlichen Krankenversicherung für Beamte. Trotzdem sieht sich der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach als Sieger. Das Verhandlungsergebnis werde „den hohen Erwartungen in weiten Teilen gerecht“, kommentierte er. Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, begrüßte, dass das strittige Thema Honorarordnung nicht „unter Zeitdruck entschieden worden ist.“ Die wissenschaftliche Kommission schaffe die Möglichkeit, sich noch einmal „eingehend“ damit zu befassen. „Wir brauchen hier vernünftige Lösungen“, so Montgomery. Die Ärzteschaft sei bereit, sich konstruktiv einzubringen.

Insgesamt setzt der Koalitionsvertrag beim Thema Gesundheit an einigen Stellen richtige Akzente. So haben die Unterhändler zahlreiche langjährige Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen. Im Kampf gegen den Ärztemangel soll es regionale Zuschläge für Ärzte geben, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten Gebieten praktizieren. Auch die hausärztliche Versorgung und die sprechende Medizin sollen besser vergütet werden. Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen besser ausgestattet werden.

Offenbar ist sich auch potentielle Regierungskoalition bewusst, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ganz entscheidend davon abhängt, ob es gelingt, mehr Ärzte auszubilden. Hier sind zwar in erster Linie die Bundesländer gefragt, doch es ist ein wichtiges Signal, dass sich Union und SPD zum „Masterplan Medizinstudium 2020“ bekennen und

politik & beruf

sich für mehr Medizinstudienplätze aussprechen. Diese Ankündigung stimmt auch deshalb hoffnungsvoll, weil bei den Koalitionsverhandlungen zahlreiche Ministerpräsidenten mit am Tisch saßen. Der Masterplan soll „insbesondere im Hinblick auf die Neuregelung des Studiengangs, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie die Landarztquote“ zügig umgesetzt werden.

Weitere positive Punkte sind die Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung, die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes sowie ein Sofortprogramm für 8.000 zusätzliche Pflegestellen, finanziert aus Mitteln der GKV. Offen bleibt, woher diese Fachkräfte kommen sollen. Auch die Rufe der Ärzteschaft nach einer verbindlichen Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte sowie einer besseren Vergütung der Organentnahme werden endlich erhört.

Kosten für Pflegekräfte werden aus Fallpauschalensystem ausgegliedert

Weitreichende Konsequenzen dürfte die geplante Ausgliederung der Personalkosten für Pflegekräfte aus dem Fallpauschalensystem nach sich ziehen. Mit der avisierten „Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonal-kostenvergütung“ wird es für die Krankenhäuser schwerer, bei der Pflege zu sparen, um Defizite an anderen Stellen auszugleichen.

Dies könne „der Auftakt zu einer tatsächlich bedarfsorientierten und weniger rein erlösorientierten Personalermittlung“ sein, kommentierte Dr. Andreas Botzlar, 2. Vorsitzender des Marburger Bundes. Jedenfalls dürfte der Umbau eine weitergehende Umstrukturierung einleiten, wie sie die Bundesärztekammer schon im Jahr 2013 gefordert hatte. Allerdings ist noch nicht abzusehen, wie sich dieser im Zusammenspiel mit anderen Reformdebatten auf das Finanzierungssystem insgesamt auswirken wird.

Eine gute Botschaft an die Krankenhäuser ist, dass Tarifsteigerungen in Zukunft vollständig refinanziert werden sollen. Ungelöst bleibt dagegen das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung. Nach aktuellen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums besteht ein Investitionsbedarf von bis zu 6,6 Milliarden Euro jährlich. Im Jahr 2017 überwiesen die Länder jedoch nur 2,98 Milliarden Euro an die Krankenhäuser. Zwar schreibt der Koalitionsvertrag den Strukturfonds in Höhe von einer Milliarde Euro für weitere vier Jahre fort. Union und SPD drücken sich aber um weitergehende Lösungsansätze, wie beispielsweise eine generelle Kofinanzierung durch Bund und Länder.

Sieht man von den an vielen Stellen ungeklärten Finanzierungsfragen und nicht näher konkretisierten Absichtserklärungen ab, so bleiben unter dem Strich doch einige Initiativen

übrig, die zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems beitragen könnten. Daneben finden sich jedoch auch eine Reihe von Vorhaben, die direkt in die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung eingreifen. Zwar loben die potenziellen Großkoalitionäre die „Freiberuflichkeit der Heilberufe“ als Stärke des Gesundheitssystems. Das hält sie aber nicht davon ab, sogar bei der Terminvergabe oder bei den Sprechstundenzeiten von Arztpraxen mitreden zu wollen.

Staatliche Eingriffe in die Selbstverwaltung

So sollen Vertragsärzte gesetzlich versicherten Patienten ein Sprechstundenkontingent von mindestens 25 statt bisher 20 Stunden pro Woche vorhalten. Nicht ausgeführt wird, wie die Mehrstunden, der damit einhergehende zusätzliche bürokratische Aufwand sowie der Anstieg der Kosten für das Praxispersonal gegenfinanziert werden sollen.

Die im Jahr 2016 eingeführten Terminservicestellen sollen in Zukunft auch Termine für Haus- und Kinderärzte vermitteln. Dabei handelt es sich bei den langen Wartezeiten wohl eher um ein gefühltes Problem. Nach Daten der OECD bekommen die Patienten in Deutschland schneller einen Arzttermin, als in jedem anderen europäischen Land. Im vergangenen Jahr wurden über die Terminservicestellen lediglich 190.000 Termine vermittelt – bei mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Doch damit nicht genug. Der Koalitionsvertrag sieht außerdem eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung unter Beteiligung der Regierungsfractionen vor. In Anbetracht der breit gefächerten Zuständigkeit des Gremiums ist in Gesundheitskreisen bereits von einem neuen Machtzentrum die Rede. Die Arbeitsgruppe soll Vorschläge machen für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Codierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung. Ausdrücklich sind „Spielräume für regionale Ausgestaltungen“ vorgesehen – ein Einfallstor für die Länder und Kommunen. Offen bleibt, inwieweit Vertreter der Ärzteschaft und weitere Selbstverwaltungspartner einbezogen werden. Hinzu kommen staatliche Eingriffe in die Bedarfsplanung und ein Mitspracherecht der Länder in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Fest steht schon jetzt: Die Ärzteschaft wird in der konkreten Gesetzgebung sehr genau darauf achten, dass die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung nicht weiter ausgehöhlt werden.

Steht also das Gesundheitswesen vor weitreichenden strukturellen Veränderungen? Oder ist der Koalitionsvertrag schon bald nur noch ein Muster ohne Wert? Noch ist nichts entschieden. Das Publikum wartet gespannt auf den nächsten Akt: den Mitgliederentscheid der SPD. ■

Numerus Clausus-Urteil: Jetzt ist die Politik gefordert

Vergabe von Medizinstudienplätzen ist teilweise verfassungswidrig

Fast durchweg positiv fielen die Reaktionen von Politik, Verbänden und Medien auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 19. Dezember 2017 über die Zulässigkeit des Vergabeverfahrens für Medizinstudienplätze in Deutschland aus. Dass Karlsruhe die derzeitigen Regelungen als teilweise verfassungswidrig bewertet und gesetzliche Neueregungen gefordert hatte, bezeichnete Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, in einer von allen großen Tageszeitungen und regionalen Medien aufgegriffenen ersten Reaktion als „richtiges Signal zur richtigen Zeit“. Auch zahlreiche Ärztekammern, Ärzteverbände, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie der Verband der Medizinstudierenden begrüßten die Entscheidung, formulierten aber auch Forderungen an die Politik. So plädierte die Bundesärztekammer dafür, dass Bund und Länder das Urteil zum Anlass nehmen sollten, die Studienzulassung gerechter zu gestalten und besser auf die Erfordernisse einer Gesellschaft im Wandel auszurichten.

Die Kommentatoren der Tageszeitungen schlossen sich im Wesentlichen der Bewertung des Urteils sowie den Forderungen der Ärzteschaft an. Als „längst überfällig“, bezeichnete auch die Bild-Zeitung das Urteil. „Aberwitz mit Ansage“, titelte die Süddeutsche Zeitung: „Einerseits werden in Deutschland nicht genug Ärzte ausgebildet, um alle Patienten zu versorgen. Andererseits scheitern jedes Jahr zehntausende junge Menschen daran, einen der äußerst seltenen Studienplätze für Humanmedizin zu ergattern.“

Auf dieses Paradoxon hatte Montgomery bereits bei der mündlichen Verhandlung des Bundesverfassungsgerichts Anfang Oktober hingewiesen, zu der er geladen war. In Karlsruhe hatte er zudem mehr Transparenz bei der Studienplatzvergabe, Neueregungen bei den Wartezeiten sowie strukturierte Eignungsprüfungen gefordert. Offenbar mit Erfolg, denn nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts müssen die Hochschulen nun verpflichtet werden, neben der Abiturnote obligatorisch ein weiteres, nicht notenbasiertes Zulassungskriterium anzuwenden, das bundeseinheitlich, strukturiert und standardisiert ausgestaltet ist. Damit hat das Gericht de facto den Vorschlag der Ärzteschaft bestätigt, für die Kandidatenauswahl künftig ein bundesweites Assessment durchzuführen.

Darüber hinaus darf nach dem Urteil die Festlegung auf höchstens sechs gewünschte Studienorte nicht dazu führen, dass ein Bewerber, der eigentlich erfolgreich wäre, am Ende leer ausgeht. Im Auswahlverfahren bei den Hochschulen müsse eine Vergleichbarkeit der Abiturnoten über Landesgrenzen hinweg sichergestellt werden. Auch dürfe hier die

Abiturnote nicht das einzige Kriterium sein. Des Weiteren fordert das Gericht den Bundesgesetzgeber auf, die Wartezeiten auf einen Medizinstudienplatz zu begrenzen, da der Studienerfolg nach zu langer Wartezeit nicht mehr chancenreich gewährleistet werden kann.



Die Karlsruher Richter geben dem Gesetzgeber Zeit, bis Ende 2019 neue Regelungen zu erlassen. Gut möglich, dass Bund und Länder ihren vor einigen Monaten beschlossenen „Masterplan Medizinstudium 2020“ vor dem Hintergrund des Urteils in Teilen neu fassen oder ergänzen werden. Im Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD findet sich das Versprechen, den Masterplan „insbesondere im Hinblick auf die Neuregelung des Studienzugangs, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie die Landarztquote“ zügig umzusetzen. Dazu gehörten auch mehr Medizinstudienplätze.

Die Ärzteschaft sieht nach dem Urteil die Länder in der Pflicht, endlich mehr Studienplätze zu schaffen. Notwendig ist eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze um mindestens zehn Prozent. Unterstützung kommt von dem geschäftsführenden Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU): Neben den Auswahlkriterien bei der Zulassung zum Medizinstudium müsse es nun auch darum gehen, die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen. Der bildungs- und forschungspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Albert Rupprecht, stellte jedoch schnell klar, dass die Verantwortung hierfür bei den Ländern liegt: „Wer jetzt pauschal mehr Geld vom Bund für neue Medizinstudienplätze verlangt, liegt falsch.“ Der Bund investiere hierfür alleine im Hochschulpakt 2020 insgesamt über 20 Milliarden Euro. Die Kultusminister-Konferenz hält sich bislang bedeckt: Man werde die Auswirkungen und den Handlungsbedarf im Lichte der Urteilsbegründung sorgfältig prüfen und beraten, hieß es dort lediglich. ■

Gutachten warnt vor Kultur der Euthanasie

Di Fabio: Keine staatliche Pflicht zur Hilfe beim Selbstmord

Etwas mehr als zwei Jahre nach dem Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe stehen weitere gesetzliche Regelungen bevor. Vor dem Hintergrund eines Rechtsgutachtens zu dem umstrittenen Sterbehilfe-Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom März 2017 hat der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) eine Befassung des Bundestags mit der Thematik gefordert. Zuvor hatte der ehemalige Verfassungsrichter Prof. Dr. Dr. Udo di Fabio mit Blick auf das Bundesverwaltungsgerichtsurteil vor einer „schleichenden Etablierung einer Kultur der Euthanasie“ gewarnt.

Nach Ansicht der Leipziger Richter ist der Staat in bestimmten Fällen dazu verpflichtet, „schwer und unheilbar kranken Patienten“ dabei zu helfen, ihr Leben freiwillig zu beenden. Das BfArM müsse „in extremen Notlagen“ den Erwerb tödlicher Medikamente erlauben. Mehr als 80 Anträge auf die Herausgabe des Schlafmittels Natrium-Pentobarbital sind seither dort eingegangen.

„Verfassungsrechtlich nicht haltbar“

Di Fabio kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass eine Mitwirkung des Staates an Selbsttötungen „verfassungsrechtlich nicht haltbar“ sei. Aus dem Recht auf Selbsttötung lasse sich keine staatliche Pflicht ableiten, bei einem Selbstmord zu helfen. Ansonsten dränge ein „absoluter Selbstbestimmungsanspruch die sozial-ethischen Grundentscheidungen einer demokratischen Gesellschaft zur Seite“. Der Zweck des Betäubungsmittelgesetzes liege in lebenserhaltenden oder lebensfördernden Maßnahmen. Zudem fehle es dem BfArM an der personellen und organisatorischen Ausstattung, um die vom Verwaltungsgericht geforderte „existenzielle Notlage“ zu prüfen. Di Fabio rät, das Urteil bis zur Klärung durch den Gesetzgeber per „Nichtanwendungserlass“ ins Leere laufen zu lassen – ein Trick, der eigentlich aus dem Steuerrecht bekannt ist. Als weitere Alternative führt er ein Normenkontrollverfahren vor dem Bundesverfassungsgericht an.

Zuvor hatte schon der Deutsche Ethikrat das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts kritisiert. Es mache „eine staatliche Instanz zum Verpflichtungsadressaten der Selbsttötungsassistenz und diese von einer staatlichen Bewertung und Erlaubnis abhängig“.

Montgomery warnt vor Selbsttötung als Verwaltungsakt

Auch die Bundesärztekammer (BÄK) wandte sich entschieden gegen den Richterspruch. „Dass eine so grundsätzliche



Quelle: Unsplash/William Bossen

ethische Frage wie die der ärztlich assistierten Selbsttötung auf einen bloßen Verwaltungsakt reduziert werden soll, ist mir völlig unverständlich“, sagte der BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Man müsse sich die Frage stellen, ob das Bundesverwaltungsgericht die wirklich grundlegenden Diskussionen im Deutschen Bundestag wie auch die entsprechenden Beschlüsse zur Sterbebegleitung wahrgenommen habe. Das Parlament hatte im November 2015 die geschäftsmäßige Sterbehilfe in Deutschland verboten. Die Entscheidung fiel nach einer intensiven Debatte in einem parteiübergreifenden Votum.

Der mittlerweile geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hatte schon auf dem 120. Deutschen Ärztetag im vergangenen Jahr zugesichert, alles Mögliche zu tun, damit eine staatliche Behörde niemals zum Handlanger einer Selbsttötung wird. Offen bleibt aber, was bis dahin mit den Sterbewilligen passieren soll, deren Anträge bereits beim BfArM liegen.

Das Rechtsgutachten steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/2GxzOHC>

Papst Franziskus: Patient steht an erster Stelle

Ärzeschaft diskutiert im Vatikan über den richtigen Umgang mit dem Lebensende

Es gibt wohl kaum einen Ort, der besser geeignet ist, um über grundlegende ethische Fragen zu diskutieren, als den Vatikan. Dorthin hatten im November letzten Jahres der Weltärztebund, die Päpstliche Akademie für das Leben und die Bundesärztekammer (BÄK) Juristen, Ethiker, Theologen und Philosophen aus ganz Europa eingeladen. Im Belvedere-Hof, nur einen gemauerten Rundbogen von der Sixtinischen Kapelle entfernt im Schatten des Petersdoms, diskutierten die Experten zwei Tage lang über die Rolle des Arztes bei der Begleitung von Menschen an ihrem Lebensende.

Redebedarf gab es genug, denn obwohl in der überwiegenden Mehrheit der europäischen Länder aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid verboten sind, hält die politische Debatte darüber weiter an. Sterbehilfevereine wie Exit oder Dignitas sind in der Schweiz schon seit Jahrzehnten aktiv. In den Niederlanden wurde die aktive Sterbehilfe im Jahr 2001 legalisiert und zwölf Jahre später sogar auf todkranke Babys ausgeweitet. In Belgien trat im Jahr 2002 ein Sterbehilfe-Gesetz in Kraft, im Jahr 2009 folgte Luxemburg. Und in Deutschland sorgte jüngst ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts für Aufsehen, das den Staat in bestimmten Fällen zur Unterstützung bei der Selbsttötung verpflichtet (s. Bericht auf S. 6).

Die Haltung der katholischen Kirche dagegen ist klar. Papst Franziskus lehnte in seinem Grußwort an die Konferenzteilnehmer Euthanasie entschieden ab. Gleichzeitig wandte er sich aber auch dagegen, einen offensichtlichen Sterbevergang durch lebenserhaltende Maßnahmen zu verlängern. Es sei moralisch vertretbar, auf Therapien zu verzichten oder diese einzustellen, wenn sie in keinem Verhältnis zum erhofften Ergebnis stünden. „Dabei steht der Patient an erster Stelle“, heißt es in der Erklärung des Papstes, die von Kurienkardinal Peter Turkson verlesen wurde. Der Patient habe das Recht, gemeinsam mit den behandelnden Ärzten die vorgeschlagenen Maßnahmen einzuschätzen und ihre Verhältnismäßigkeit zu beurteilen. Es gehe in solchen Fällen nicht darum, den Tod herbeizuführen, sondern zu akzeptieren, dass man ihn nicht verhindern kann.

BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery hob hervor, dass diese Haltung auch weitgehend den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung entspreche. Darin wird ausgeführt, dass es Situationen geben kann, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Der Arzt hat dann für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören unter anderem menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Dagegen bat Dr. René Héman, Vorsitzender der Niederländischen Ärztekammer, um „Respekt“ für die Möglichkeit niederländischer Ärzte, den Wunsch eines Patienten nach ärztlicher Sterbebegleitung zu erfüllen. „Wenn ein Patient unerträglich leidet und es keine Aussicht auf Besserung oder



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery betonte im Vatikan den hohen Stellenwert der Palliativversorgung

Linderung dieses Leidens gibt und der Patient um ein Ende bittet – sind wir dann für oder gegen den Patienten?“, fragte er. Einigkeit herrschte unter den Diskussionsteilnehmern darüber, dass die Palliativmedizin weltweit gestärkt werden muss. Auch dürften Verfahren der Euthanasie niemals eingesetzt werden, um teure Therapien zu vermeiden.

„Das Symposium war ein Beispiel für eine weltoffene und vorurteilsfreie Diskussion. Es war ein Meilenstein für die Ärzteschaft und ein Schritt voran für die katholische Kirche“, bewertete BÄK-Präsident Montgomery das Treffen. „Wir haben mit großem Ernst darüber diskutiert, ob es sich bei Euthanasie oder assistiertem Suizid um ärztliche Aufgaben handeln kann und ob Kollegen, die sich zu diesen Verfahren bekennen, unethisch handeln“, so Montgomery weiter. Die Debatte habe die ganze Bandbreite der Sichtweisen aufgezeigt. Dass eine kleine Gruppe in dieser Frage eine andere Meinung vertritt, gehöre zum Wesen liberaler Gesellschaften.

Ähnlich äußerte sich auch Kurienerzbischof Vincenzo Paglia, Präsident der Päpstlichen Akademie für das Leben. Für den Vatikan sei es wichtig, an dem Dialog mit Andersdenkenden teilzunehmen. „Wir sind keine Billardkugeln, die sich nur treffen, wenn sie aufeinanderknallen“, sagte Paglia. Es gehe darum, einander zuzuhören und die grundlegenden menschlichen Werte zu betonen. ■

Bürgerversicherung zurück in der Mottenkiste

Medienberichterstattung bewertete Einheitsversicherung zunehmend kritisch



Ein ihrer ersten Auftritte hatte sie im Jahr 2002. „Wir streben eine beitragsfinanzierte moderne Bürgerversicherung für Krankheit, Alter und Pflege an“, hieß es damals im Grundsatzprogramm der Grünen. Seitdem geistert die Einheitsversicherung für Alle als vermeintliche gesundheitspolitische Allzweckwaffe durch die Presse. „Sozialbeiträge könnten drastisch sinken“, „Alle zahlen, aber weniger“, „Ein Gebot der Gerechtigkeit“ – das sind nur einige der typischen Artikelüberschriften der vergangenen Jahre.

Doch inzwischen dreht sich der Wind. Über den jüngsten Anlauf der Sozialdemokraten, das bewährte Miteinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung zu beenden, berichteten die Medien erheblich differenzierter. So warnte die Frankfurter Allgemeine Zeitung vor „ideologischen Experimenten“, die das Gesundheitssystem „auf Jahre hin“ lähmen könnten (28. Dezember 2017). Die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung enttarnte in dem Artikel „Besser nicht privat versichert“ (14. Januar 2018) gängige Mythen über angeblich privilegierte Privatversicherte.

Medien entdecken die Vorzüge des System-Wettbewerbs

Die Finanzierung sei „nicht das größte Problem“ des Gesundheitssystems, merkte die Welt am Sonntag an (14. Januar 2018). Es gebe „gravierendere Mängel“, etwa die unzureichende Vorsorge oder Lücken im Wissen um gesundheitsförderndes Verhalten. „Die falsche Medizin“ titelte die Wirtschaftswoche (12. Januar 2018). Der radikale Umbau könne „ökonomische Kollateralschäden“ hervorrufen. Der Kölner Stadt-Anzeiger sieht die Bürgerversicherung als einen „Weg in die staatliche Bevormundung“ (8. Dezember 2017). Die einheitliche Versicherung sei zwar populär, aber verfassungswidrig. „Vorsicht Falle“, warnt die Süddeutsche Zeitung (5. Dezember 2017). Und das Nachrichtenmagazin

Der Spiegel stellt fest: „Es braucht den Wettbewerb zwischen den Systemen, zwischen Kasse und privat“ (5. Januar 2018). „Eine gleiche ärztliche Vergütung hätte milliardenschwere Zusatzbelastungen aller Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge“, analysiert das Handelsblatt (25. Januar 2018). Auch als Wunderwaffe gegen den Ärztemangel kommt die Bürgerversicherung nicht mehr in Frage. „Eine neue Krankenversicherung allein wird sicher keinen Neurologen oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt motivieren, in den Osten umzuziehen“, heißt es in einem Kommentar der Süddeutschen Zeitung (30. Dezember 2017).

Honorarsysteme von GKV und PKV werden zum Thema im Morgenmagazin

Viele Kommentatoren schlossen sich der Argumentation von Kritikern an. So widersprach Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, im Interview mit der Rheinischen Post dem Vorwurf der Schlechterbehandlung von Kassenpatienten: „Das ist eine gefährliche Falschaussage“, so Montgomery. Das deutsche System sei in Bezug auf Umfang und Qualität der Leistungen mit Abstand das gerechteste. „Und in einem Land, in dem man zusätzliche Leistungen ja nicht verbieten kann, würde es bei einer Bürgerversicherung sofort einen zusätzlichen, teuer bezahlten Gesundheitsmarkt geben. Dann hätten wir die Zwei-Klassen-Medizin, von der Herr Lauterbach behauptet, dass wir sie heute schon hätten“, führte Montgomery im Gespräch mit dem Berliner Tagesspiegel aus (6. Dezember 2017). In der Schwäbischen Post begrüßte er den Verzicht der Politik „auf ideologisch motivierte Experimente“ (16. Januar 2018). Und im Interview mit dem ZDF Morgenmagazin legte Montgomery ausführlich dar, warum die Honorarsysteme für gesetzliche und private Krankenkassen grundsätzlich unvereinbar sind. ■

EU soll Plan für Glyphosat-Ausstieg vorlegen

Beschränkung des Einsatzes beschäftigt auch den Bundesrat

Union und SPD wollen den Einsatz von glyphosathaltigen Pflanzenschutzmitteln deutlich einschränken und wenn nötig ganz verbieten. So äußern sie sich zumindest in ihrem neuen Koalitionsvertrag. Zuvor hatten Umwelt- und Agrarminister aus Frankreich und fünf weiteren EU-Staaten von der EU-Kommission einen Plan zum Ausstieg aus der Nutzung des umstrittenen Unkrautgifts Glyphosat gefordert. Begleitend zu der Ende November beschlossenen Verlängerung der Zulassung von Glyphosat um fünf Jahre sollten die Risiken begrenzt werden, heißt es in dem Brief der Minister aus Frankreich, Griechenland, Slowenien, Luxemburg, Belgien und Malta vom 19. Dezember 2017. Die Kommission solle einen „Ausstiegs-Plan“ entwickeln und neue Studien zu Risiken und Alternativen anregen.

Bereits im Dezember 2017 hatte Thüringen einen Antrag zur Beschränkung des Einsatzes von Glyphosat in den Bundesrat eingebracht. Dieser wurde aber zunächst an die zuständigen Ausschüsse geleitet. Ziel des Antrags ist es, dass weniger Glyphosat ausgebracht werden darf. Zudem soll die Chemikalie im Bereich von Haus- und Kleingärten, in öffentlichen Einrichtungen wie Kindertagesstätten und Grünanlagen sowie auf Verkehrsflächen gar nicht mehr eingesetzt werden.

Bündnis90/Die Grünen forderten unterdessen, dass Glyphosat nicht mehr an und auf Bahngleisen eingesetzt werden



darf. Aus Fragen und Antworten des Bundeslandwirtschaftsministeriums zu Glyphosat geht hervor, dass die Deutsche Bahn bundesweit „größter Einzelanwender“ des Unkrautvernichters ist.

Auf der europäischen Ebene wird das Thema weiter diskutiert. So soll im EU-Parlament ein Sonderausschuss prüfen, wie Pestizide in der EU zugelassen werden und wo Fehler bei der wissenschaftlichen Bewertung der Mittel drohen. ■

Große Empörung über Gewalt gegen Ärzte und Rettungskräfte

Montgomery verurteilt Angriffe auf Retter und Helfer

Immer neue Attacken auf Sanitäter, Feuerwehrleute und Polizisten in Deutschland haben bundesweit große Empörung ausgelöst. „Wir erleben derzeit eine totale Verrohung bei einigen Patienten und ihren Angehörigen gegenüber medizinischem Personal. Das ist auch im Umfeld der Silvester-Feiern wieder deutlich geworden. Da sind Rettungssanitäter und Notärzte angegriffen worden, weil man sie für Repräsentanten der Staatsmacht hält“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Auch in den Notaufnahmestellen würden Patienten wegen der Wartezeiten sehr aggressiv. In einigen Krankenhäusern gebe es bereits Sicherheitsdienste, um das Personal zu schützen. „Die Politik muss dringend einen Kulturwandel befördern, damit man wieder begreift, dass diese Menschen Retter und Helfer sind“, forderte Montgomery.

Einsatzkräfte von Feuerwehr und Rettungsdienst sehen sich immer häufiger gewalttätigen Angriffen ausgesetzt. Einer aktuellen Untersuchung der Ruhr-Universität Bochum zufolge sind 64 Prozent der Rettungsdienstmitarbeiter in den

vergangenen zwölf Monaten Opfer von verbaler oder körperlicher Gewalt geworden. Am meisten waren Rettungsassistenten und Notfallsanitäter (91 Prozent) betroffen, gefolgt von Feuerwehrleuten im Rettungsdienst (88 Prozent) sowie Notärzten und Rettungssanitätern (80 und 81 Prozent). Die Forscher hatten 4.500 Einsatzkräften von Rettungsdiensten und Feuerwehren einen Onlinefragebogen zugeschickt, 812 füllten ihn aus.

Der Deutsche Bundestag hatte kürzlich härtere Strafen für Angriffe auf Hilfeleistende der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes und der Rettungsdienste beschlossen. Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte sind allerdings nicht in das Gesetz eingeschlossen. Auch die Große Koalition hat sich dem Kampf gegen die Gewalt verpflichtet. „Der Gewalt gegen Polizeibeamte, Rettungskräfte und anderen Repräsentantinnen und Repräsentanten des Staates sowie gegen ehrenamtliche Engagierte muss auf allen Ebenen konsequent entgegengewirkt werden“, heißt es in dem Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD. ■

BÄK informiert über Biobanken

Praxistaugliche Informationen für Ärztinnen und Ärzte



Qualitätsgesicherte Biobanken sind in den vergangenen Jahren zu einer unverzichtbaren Grundlage für die Erforschung von Krankheiten geworden. Sie tragen zu Neuentwicklungen von präventiven Maßnahmen, zu verbesserten Diagnosemöglichkeiten und zu neuen Behandlungsansätzen bei. „Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis sind für ihre Patienten die ersten Ansprechpartner bei Fragen rund um Biobanken. Umso wichtiger ist es, dass wir ihnen gesicherte und praxistaugliche Informationen über diesen Bereich der Medizin an die Hand geben.“ Das sagte Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery anlässlich der Veröffentlichung des Informationspapiers der Bundesärztekammer (BÄK) „Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte von Biobanken“ in Berlin.

Als Biobank wird eine Sammlung von menschlichen Körperflüssigkeiten oder Gewebeproben bezeichnet, die mit gesundheitsrelevanten Daten (z. B. Krankengeschichten, Informationen über Lebensumstände) verknüpft werden kann. Während bevölkerungsbezogene Biobanken Biomaterialien und Daten von ausgewählten Spendern ohne bestimmten Krankheitsbezug sammeln und erheben, haben klinische Biobanken im Versorgungskontext und im Rahmen von klinischen Studien Biomaterialien und deren assoziierte medizinische Daten von Spendern mit bestimmten Erkrankungen im Fokus.

Welchen Nutzen haben Biobanken für die Spender?

Die auf Grundlage von Biobanken gewonnen Erkenntnisse sind zu Forschungszwecken bestimmt. Eine individuelle Rückmeldung an den Spender ist zumeist nicht vorgesehen. Allerdings kann sich insbesondere für chronisch erkrankte Spender, beispielsweise durch die aus der Nutzung der Biobank gewonnenen allgemeinen Forschungsergebnisse und die dadurch ermöglichten neuen Behandlungsformen, durch-

aus ein persönlicher Nutzen ergeben. Bei Erkrankungen mit genetischer Disposition können verbesserte Prävention und Therapie gegebenenfalls auch Familienmitgliedern des Spenders zu Gute kommen.

Auf welche Risiken muss geachtet werden?

Mit Blick auf die informationelle Selbstbestimmung der Spender ist zu beachten, dass mit der Sammlung von Proben zugleich eine Erhebung, Speicherung und weitere Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten einhergeht. Erforderlich ist in jedem Fall die ausdrückliche und informierte Einwilligung des Spenders zur Entnahme und zur zukünftigen Verwendung der Biomaterialproben oder Daten. Die Forschungsfreiheit und die Berufsfreiheit des Arztes oder Forschers machen diese Anforderung nicht entbehrlich. Die Einwilligung ist nur wirksam, wenn der Betroffene über Zweck, Bedeutung und Tragweite des körperlichen Eingriffs angemessen aufgeklärt worden ist. Besonderen Schutzes bedürfen sogenannte vulnerable Gruppen, zu ihnen zählen unter anderem Kinder oder Menschen mit Behinderung.

Um potentielle Risiken zu minimieren, sollten anonymisierte oder pseudonymisierte Proben und Daten verwendet werden, die den Forschenden eine Zuordnung der Proben zur Identität des Spenders faktisch unmöglich machen. Allerdings lässt sich das Risiko der Re-Identifizierung nicht völlig ausschließen, insbesondere dann, wenn der Spender selbst genetische Daten öffentlich zugänglich gemacht hat. Soweit Daten der Spender in personenbezogener Form erhoben, verarbeitet oder genutzt werden sollen, verlangen die Datenschutzgesetze – auch die ab Mai 2018 geltende Datenschutz-Grundverordnung der EU – grundsätzlich eine Einwilligung des Spenders.

Was geschieht mit Zufallsergebnissen?

Für die Mitteilung beziehungsweise Nicht-Mitteilung klinisch relevanter Ergebnisse, die an den Probenspenden unerwarteter Weise gefunden wurden, sollten in der Vereinbarung zwischen Spender und Biobank klare Regelungen getroffen werden. So kann entweder vereinbart werden, dass der Spender nicht über Analyseergebnisse der Probenspenden informiert werden möchte, auch wenn diese für seine Gesundheit bedeutsam sind, oder aber dass das gesundheitsrelevante Ergebnis mitgeteilt wird.

Das Informationspapier "Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte von Biobanken" steht zum Download bereit unter www.baek.de/biobanken

"Biobanken sind eine Investition in die Zukunft"

Biobank-Expertin Prof. Dr. Kurth im Interview

Frau Prof. Dr. Kurth, wie unterscheiden sich Biobanken von herkömmlichen medizinischen Forschungssammlungen?

Biobanken beinhalten potentielle Forschungsergebnisse, ganz in Abhängigkeit davon, wozu sie später verwendet werden. Damit haben sie ein enormes Potenzial und asservieren mehr als bereits vorhandene Ergebnisse.

Welchen praktischen Nutzen können Ärzte und Patienten in Zukunft von den Biobanken erwarten?

Das ist zu kurz gedacht. Die Abfolge ist lang: Erst Analyse der Bioproben zu Forschungszwecken, dann Auswertung, dann gegebenenfalls neue Ergebnisse, diese wiederum können Grundlage für die Entwicklung neuer Therapien werden. Biobanken sind eine Investition in die Zukunft. Der praktische Nutzen wird in den seltensten Fällen den Probenspendern oder dem zuständigen Arzt direkt zugutekommen.

In England, Island oder Estland gibt es große Biobank-Projekte, die in nationale Strategien, wirtschafts- und gesundheitspolitische Zielsetzungen mit eingebunden sind. Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?

Am Beginn, aber dafür können wir auf viele Vorarbeiten und Erfahrungen aufbauen. Die bedeutendste Biobank, die in Deutschland aktuell im Aufbau ist, ist die Nako-Biobank.

Welche Bedeutung hat die Vernetzung zwischen den Biobanken?

Vernetzung ist immer gut, erhöht entweder die Stichprobe (Power) oder das Spektrum, in jedem Fall bündelt es Ressourcen.

Was sagen Sie zu der Befürchtung, dass die Spender zu gläsernen Patienten werden, wenn die Wissenschaftler immer neue Daten aus Genetik, Genealogie und Lifestyle miteinander kombinieren?

Da dies der Zustimmung der Spender selbst, einer Ethikkommission und des Datenschützers bedarf, haben wir wichtige Schutzfunktionen installiert. Sie müssen allerdings auch von allen akzeptiert und respektiert werden. Der Patient selbst sollte sich sehr genau vergewissern, was mit seinen Daten und Bioproben passiert. Auch Patienten, die sich in einer Behandlung befinden, müssen vom behandelnden Arzt um ihre Zustimmung gebeten werden, dass die bei ihrer Behandlung anfallenden Restproben für andere Analysen verwendet werden. All diese Aufklärungen und Zustimmungen müssen



Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth war als Federführende im BÄK-Arbeitskreis "Biobanken" mit verantwortlich für das Informationspapier

schriftlich dokumentiert und abrufbar sein.

Wie kann ein Spender sicherstellen, dass mit den Proben nichts passiert, was er nicht möchte?

Dies ist nicht Aufgabe des Spenders – außer er verweigert von vornherein die Nutzung seiner Proben oder zieht eine einmal gegebene Zustimmung zurück. Die eigentliche Verantwortung tragen die wissenschaftlichen Institutionen, die Ethikkommissionen, die dafür Sorge tragen, dass nur mit Zustimmung des Spenders bestimmte Untersuchungen stattfinden dürfen.

Was passiert mit den anonymisierten und pseudonymisierten Proben, wenn zufällig ein kritischer Befund erhoben wird, von dem der Patienten wissen sollte?

Wenn der Datensatz wirklich anonymisiert ist, dann gibt es keine Möglichkeit mehr, den Spender zu identifizieren. Diese Anonymisierung geschieht bewusst unter bestimmten Voraussetzungen, die dem Spender aber mitgeteilt wurden. In jedem Fall muss der Spender gefragt werden, ob er kritische Befunde überhaupt erfahren möchte. So dies der Fall ist, kann bei pseudonymisierten Daten über eine Vertrauensstelle der Spender ausfindig gemacht und informiert werden.

Frau Prof. Dr. Kurth, vielen Dank für dieses Gespräch. ■

nachrichten

Ernährungsreport: Deutsche befürworten Schulfach für Ernährungsbildung

Nach dem Ernährungsreport 2018 des Bundeslandwirtschaftsministeriums meinen neun von zehn Befragten (91 Prozent), dass Kinder in der Schule die Grundlagen guter Ernährung erlernen sollten. „Wir müssen die Ernährungsbildung im Stundenplan fest verankern, am besten als eigenes Schulfach“, schreibt Christian Schmidt, kommissarischer Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft, im Vorwort des Reports.

Die Bundesärztekammer (BÄK) spricht sich ebenfalls für entsprechende Inhalte aus. Die Schulzeit könne genutzt werden, frühzeitig gesundheitsförderliches Verhalten zu verankern. Deshalb gehöre das Fach „Gesundheit und Prävention“ in den Lehrplan aller Schulen. „Wir haben bereits vielversprechende Initiativen, zum Beispiel das Projekt ‚Gesund macht Schule‘ der Ärztekammern in Nordrhein, Hamburg und Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der AOK“, erklärte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. „Das Programm fördert gesundheitsbewusstes Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Schule, Elternhaus und Freizeit. Es stärkt die kindliche Persönlichkeitsentwicklung und hilft, eine gesundheitsförderliche Lern- und Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Auf solchen Programmen kann man aufbauen.“ ■

BÄK novelliert Richtlinie zur Gewinnung von Spenderhornhäuten

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat ihre Richtlinie zur Gewinnung von Spenderhornhäuten und zum Führen einer Augenhornhautbank aktualisiert und deren Fortschreibung veröffentlicht.

Unter anderem überarbeiteten die Experten des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK die Regelungen für die im Rahmen der Entnahme durchzuführenden Testverfahren für Spenderhornhäute - die sogenannte Tupferprobe. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hatte seinerzeit sein nach dem Transplantationsgesetz notwendiges Einvernehmen davon abhängig gemacht, dass die Tupferprobe Bestandteil der Augenhornhaut-Richtlinie wird, auch wenn zuvor in einer mehrjährigen Experten-Diskussion deutlich geworden war, dass für diese – auch international nicht angewandte – Testung keine wissenschaftliche Evidenz bestand. Im Zuge der Novellierung wurde die Tupferprobe nach sorgfältiger Auswertung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft in Abstimmung mit den Vertretern des PEI gestrichen. Weitere Änderungen beziehen sich auf die Konservierung des Hornhauttransplantats sowie auf Vorgaben für Notfalltransplantate.

Die aktualisierte Fassung der Richtlinie finden Sie zum Download unter www.baek.de/augenhornhaut ■

AIS: Informationen ja, aber keine kassengesteuerte Verordnungskontrolle

Einem Arzteinformationssystem (AIS) mit Hinweisen zu Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bei Arzneimittel-Verordnungen stimmen Ärzte, Krankenhausträger und Selbsthilfe grundsätzlich zu. „Es darf allerdings nicht als Instrument zur Verordnungssteuerung missbraucht werden. Aus ‚Information‘ darf keine ‚kassengesteuerte Verordnungskontrolle‘ werden, die zu Verordnungseinschränkungen und einer Verschärfung der Regressbedrohung der Ärzte führen würde“, betonten in einem gemeinsamen Statement die Bundesärztekammer, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und die BAG Selbsthilfe.

Das Bundesgesundheitsministerium arbeitet derzeit an einer Rechtsverordnung für ein AIS zur Medikation. Mit seiner Hilfe sollen die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung schneller beim Arzt und damit auch beim Patienten ankommen.



Ärzte müssten befürchten, dass eine Verordnung in einer Patientengruppe ohne einen Zusatznutzen von den Krankenkassen unmittelbar überprüft und als unwirtschaftlich angesehen werden könnte. „Ein AIS muss den Arzt unterstützen“, heißt es deshalb in dem gemeinsamen Statement. Eine mitgestaltende Rolle der pharmazeutischen Unternehmen werde abgelehnt. „Nur so kann sichergestellt werden, dass das AIS unabhängige Informationen abbildet, die die evidenzbasierte ärztliche Therapieentscheidung unterstützen.“ Die Darstellung im AIS dürfe eine Umstellung der Medikation nicht fördern oder begünstigen, wenn diese nicht notwendig ist, um eine Verschlechterung des Behandlungsergebnisses zu vermeiden. Vielmehr müsse ein aussagekräftiges und gut verständliches AIS die Behandlung der Patienten optimieren. „Es darf nicht in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung Anwendung finden“, betonten die Verbände. Die Umsetzung der Rechtsverordnung dürfe nicht zu mehr Dokumentationsaufwand und Bürokratie führen. Die Kosten müssten von den Krankenkassen in voller Höhe übernommen werden. ■

Methadon in der Krebsbehandlung: Bislang kein Nutzen belegt

In den Medien machen Geschichten von Patientinnen und Patienten die Runde, deren Krebs angeblich erfolgreich mit Methadon behandelt worden ist. Es sei wichtig zu prüfen, wie zuverlässig die Berichte über Methadon in der Krebsbehandlung sind, schreibt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) dazu in der Patienteninformation „Bislang kein Nutzen belegt: Methadon in der Krebsbehandlung“.

Mündliche Erzählungen seien keine gute Forschungsquelle, so das ÄZQ. Bislang gebe es zudem nur wenige Veröffentlichungen dazu. Sie erlaubten keine sicheren Aussagen darüber, ob sich Krebs mit Methadon behandeln lässt. Gesichert sei aber, dass Methadon Schäden verursachen kann. Wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften warnen einstimmig vor dem Einsatz von Methadon bei Krebs. Sie sehen nach den derzeit vorliegenden Daten keinen ausreichenden Anhaltspunkt für einen Nutzen, aber Belege für Schäden.

Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten (KiP)“ entwickelt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Patienteninformation steht zum Download bereit unter www.baek.de/methadon

BÄK gegen EU-Verordnung zum Binnenmarkt-Auskunftsersuchen

Die Europäische Kommission hat einen Verordnungsvorschlag für ein Binnenmarkt-Auskunftsersuchen (Single Market Information Tool; SMIT) vorgestellt. Bei möglichen Verletzungen von EU-Vorschriften zum Binnenmarkt soll die Kommission direkte Auskunftsersuchen an Unternehmen und Unternehmensvereinigungen richten können. Dabei fallen Arztpraxen voraussichtlich unter den Unternehmensbegriff. Ärztekammern könnten als Unternehmensvereinigungen angesehen werden.

In einer Stellungnahme lehnt die Bundesärztekammer den Vorschlag im November letzten Jahres ab. Zwar sei die EU-Kommission legitimiert, gut informiert Verstößen gegen den Binnenmarkt nachzugehen. Der Verordnungsvorschlag falle jedoch vor allem dadurch auf, dass viele Formulierungen sehr weit und nicht eindeutig seien. Außerdem verstoße der Vorschlag gegen das Subsidiaritätsprinzip, da das Informationsrecht der Kommission keinen Mehrwert erkennen lasse, sondern vielmehr die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für den Vollzug des europäischen Rechts umgangen werde.

Positive Zwischenbilanz bei Prüfung der Transplantationszentren

Die für die Prüfung der Transplantationszentren zuständigen Kontrollgremien haben eine positive Zwischenbilanz ihrer zweiten Prüfperiode gezogen. Für die allermeisten Kliniken sei es selbstverständlich, sich an die Richtlinien für die Organvergabe zu halten, betonten die Vorsitzenden von Prüfungskommission und Überwachungskommission in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband bei der Vorstellung ihres Jahresberichts 2016/2017 in Berlin.



Die Kommissionen haben 59 Transplantationsprogramme auf der Basis der Krankenakten von mehr als 1.900 Empfängern postmortal gespendeter Organe aus den Jahren 2013 bis 2015 überprüft. Prüfgegenstand war unverändert die Frage, ob bei den Anmeldungen zur Warteliste und insbesondere bei den Hochdringlichkeitsanträgen an Eurotransplant gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und die Organvermittlung verstoßen wurde.

Wie aus dem Jahresbericht hervorgeht, haben sich bei den abgeschlossenen Verfahren im Bereich der Nieren-, Pankreas- und kombinierten Nieren-Pankreastransplantationen sowie der Lungentransplantationen keine Auffälligkeiten ergeben. Auch die bereits abgeschlossenen Prüfungen der Herz- und der Lebertransplantationsprogramme bestätigen, dass der ganz überwiegende Teil der Zentren ordnungsgemäß und korrekt arbeitet. Auffälligkeiten stellten die Kommissionen lediglich bei ihren bereits früher begonnenen und im Berichtszeitraum abgeschlossenen Prüfungen in den Universitätskliniken Berlin, Göttingen und Essen fest.

Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan, Leiterin der Vertrauensstelle Transplantationsmedizin, gab einen Überblick über die Arbeit der Vertrauensstelle. Deren Aufgabe ist es, auf vertraulicher Basis Hinweise auf Auffälligkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und in Kooperation mit der Prüfungskommission und der Überwachungskommission zu klären.

Mischo: Cannabis-Medikamente besser erforschen

Erfahrungsaustausch der BÄK zu aktuellen Themen der Suchtmedizin

Wir wissen noch viel zu wenig darüber, ob und wie Arzneimittel auf Cannabis-Basis wirken. Die Studienlage hierzu ist deutlich schwächer, als in der Öffentlichkeit allgemein angenommen wird.“ Dieses Fazit zog Dr. Josef Mischo, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer (BÄK), nach einem Erfahrungsaustausch über aktuelle suchtmmedizinische Themen Ende November 2017 in Berlin.

Die BÄK hatte dazu Vertreter von Ärzteschaft, Wissenschaft und Politik eingeladen. „Wir müssen auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien sehr genau prüfen, ob Cannabis tatsächlich eine therapeutische Alternative sein kann. Gerade angesichts der großen Hoffnungen, die viele Patienten in Cannabis-Therapien setzen, müssen wir unvoreingenommen Chancen und Risiken offenlegen, auch und gerade im Vergleich mit herkömmlichen Therapien“, sagte Mischo. Der Co-Vorsitzende der BÄK-Arbeitsgruppe, Erik Bodendieck, betonte, dass es derzeit keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz gebe, um Cannabisverordnungen zu befürworten.

Die Arbeitsgruppen-Vorsitzenden bezogen sich dabei auf die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Cannabis: Potential und Risiken (CaPRis)“, die von der Projektleiterin Dr. Eva Hoch auf der Tagung der Bundesärztekammer vorgestellt wurden. Das Projekt war von der Ludwig-Maximilians-Universität München im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt worden. Die Wissenschaftler kommen zu dem Schluss, dass aufgrund des noch uneinheitlichen Forschungsstands und der begrenzten Datenlage bei vielen Krankheitsbildern noch keine Aussagen zur Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln gemacht werden könnten.

Bodendieck warnt: "Kiffen ist kein harmloses Freizeitvergnügen"

Besser erforscht ist der Freizeit-Konsum von pflanzlichem und synthetischem Cannabis. Hier sieht die Untersuchung negative psychische, organische und soziale Effekte, wobei die Risiken für junge Konsumenten besonders groß sind. „Die Ärzteschaft hat in der Vergangenheit immer wieder auf die unterschätzten Gefahren des Cannabis-Konsums hingewiesen. Die Studienergebnisse bestätigen jetzt: Kiffen ist kein harmloses Freizeitvergnügen. Cannabis kann abhängig machen – gerade auch im Hinblick auf die in den letzten Jahren stark angestiegenen THC-Gehalte der verwendeten Pflanzen“, sagte Bodendieck. Es sei wichtig, die Bevölkerung besser über die negativen Auswirkungen der Droge zu informieren.



Quelle: Unsplash/Ricardo Manca

Ein weiteres Thema der Tagung war die neue Substitutions-Richtlinie der BÄK. Hier seien besonders die breiter angelegten Ziele der Substitutionsbehandlung hervorzuheben, die eine besser auf die individuelle Situation der Patienten abgestimmte Therapie ermöglichen. „Früher hieß es, oberstes Ziel einer Suchtbehandlung müsse immer die Abstinenz sein. Wir wissen aber heute, dass sie nur in wenigen Fällen überhaupt erreichbar ist“, so Mischo, der gemeinsam mit Bodendieck und einer ärztlichen Expertengruppe die Richtlinie erarbeitet hat. Substitution diene primär der Überlebenssicherung und der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung und bleibe auch dann sinnvoll, wenn Abstinenz nicht erreicht werden kann.

Links:

FAQ-Liste zum Einsatz von Cannabis in der Medizin:
www.baek.de/cannabisfaq

Richtlinie der BÄK zur Durchführung der substanzgestützten Behandlung Opioidabhängiger:
www.baek.de/substitutionstherapie

Studien zur Medizin im Dritten Reich ausgezeichnet

Herbert-Lewin-Preis zum sechsten Mal vergeben



Die „Qual der Wahl“ fiel dieses Mal aus. „Ich habe es noch nie erlebt, dass eine Jury so rasch, so einmütig und so überzeugt einer Meinung war“, fasste das Jury-Mitglied Prof. Dr. Volker Hess den Auswahlprozess für den Herbert-Lewin-Preis des Jahres 2017 zusammen. Von den elf eingereichten wissenschaftlichen Arbeiten teilen sich zwei den ersten Platz: Dr. Ulrike Eisenberg, Prof. Dr. Hartmut Collmann und Dr. Daniel Dubinski mit ihrer Studie „Verraten – Vertrieben – Vergessen“ sowie die Arbeit „Medizin im Konzentrationslager Flossenbürg 1938 – 1945“ von Dr. Jessica Tannenbaum.

Tannenbaum geht in ihrer Arbeit der Frage nach, welche Schuld die Lagerärzte im Konzentrationslager Flossenbürg auf sich geladen haben. Sie zeigt in ihrer Quellenstudie, wie die Ärzte durch ein Netzwerk miteinander verknüpft waren und sich gegenseitig hilfreiche Dokumente sowohl während des 2. Weltkriegs als auch danach ausstellten. Am Sonderfall eines Chirurgen stellt sie dar, wie viele SS-Ärzte sich den juristischen Konsequenzen in Bezug auf das Lager Flossenbürg entziehen konnten. Die Studie überzeuge „durch gewissenhafte und differenzierte Aufarbeitung“, sagte der Juror Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß in seiner Laudatio. Sie zeige die Handlungsspielräume auf, die sich den Ärzten boten, die aber meist nicht ausgeschöpft worden seien.

Die zweite preisgekrönte Studie untersucht das Schicksal jüdischer Hirnchirurgen in Deutschland. Insgesamt waren im Dritten Reich 69 Ärzte auf diesem damals noch relativ neuen Spezialgebiet tätig, 13 von ihnen wurden aus rassistischen

v. l.: Prof. Dr. V. Hess, Dr. Dr. D. Dubinski, Prof. Dr. H. Collmann, Dr. U. Eisenberg, Prof. Dr. Dr. D. Groß, Dr. J. Tannenbaum, Dr. P. Engel

Gründen verfolgt. Fast alle flohen aus ihrer Heimat und kehrten nicht wieder zurück. In der Emigration gelang es nur den jüngsten von ihnen, wieder in der Neurochirurgie Fuß zu fassen. Die drei Autoren widmen sich in ihrer Studie den wissenschaftlichen Verdiensten der Vertriebenen und zeichnen ihre Biografien und Emigrationswege nach. Juror Hess lobte das Werk als ein „herausragendes Erinnerungsbuch“, das eine ganze Generation von medizinischen Pionieren der Vergessenheit entreiße.

Die Jury, die sich aus Vertretern des Zentralrats der Juden in Deutschland, des Bundesverbandes Jüdischer Ärzte und Psychologen in Deutschland sowie aus Vertretern der auslobenden Organisationen zusammensetzt, verwies darauf, dass die Aufarbeitung der NS-Vergangenheit nicht nur aus moralischer und ethischer Sicht geboten sei, sondern auch aktuelle ethische Fragestellungen anrege.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gestiftete Herbert-Lewin-Preis wurde zum sechsten Mal vergeben. Er ist mit insgesamt 15.000 Euro dotiert. Ziel des Preises ist die historische Aufarbeitung, aber auch die Erinnerung an engagierte Ärzte und Zahnärzte, die in der Zeit des Nationalsozialismus verfolgt und ermordet wurden. ■

personalia

Dr. Yoshitake Yokokura ist neuer Präsident der Weltärztebundes



Dr. Yoshitake Yokokura

Dr. Yoshitake Yokokura ist neuer Präsident des Weltärztebundes. Der Chirurg steht seit 2012 dem Japanischen Ärzteverband vor. Auch im neuen Amt werde er versuchen, seinen Einfluss geltend zu machen und sich für die Gesundheit aller Menschen einzusetzen, versprach er. Dieses Ziel lasse sich jedoch nur verwirklichen, wenn weltweit das Prinzip der allgemeinen

Krankenversicherung eingeführt werde, wie es die Vereinten Nationen in ihren Nachhaltigen Entwicklungszielen verankert hätten.

Nach seiner Ansicht ist es zentrale Aufgabe des Arztes, die Patienten nach ihren Bedürfnissen zu behandeln. Deutschland fühlt sich Yokokura verbunden, seit er Ende der 1970er-Jahre zwei Jahre am Krankenhaus Detmold verbrachte. ■

Fehlerteufel

Leider haben sich in den Personalia des BÄKground vom Oktober des vergangenen Jahres gleich zwei Fehler eingeschlichen. Rudolf Henke ist nicht, wie irrtümlich berichtet, seit dem Jahr 2001 Präsident der Ärztekammer Nordrhein, sondern seit dem Jahr 2011. Außerdem wurde er nicht 1991 erstmals in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt, sondern im Jahr 1995.

Wir bitten, diese Versehen zu entschuldigen. ■

Bayerische Landesärztekammer mit neuem Präsidenten

Die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landesärztekammer hat in ihrer konstituierenden Sitzung am 3. Februar 2018 den Facharzt für Allgemeinmedizin aus Eggenfelden, Niederbayern, Dr. Gerald Quitterer, im ersten Wahlgang zum Präsidenten gewählt. Außerdem wählten die Delegierten Dr. Andreas Botzlar, Facharzt für Chirurgie aus Murnau, Landesvorsitzender des Marburger Bundes Bayern und stellvertretender MB-Bundesvorsitzender im ersten Wahlgang zum 1. Vizepräsidenten. Gegenkandidatin war die bisherige Vizepräsidentin Dr. Heidemarie Lux, Internistin und Endokrinologin aus Nürnberg.



Dr. Gerald Quitterer

Dr. Wolfgang Rechl, hausärztlicher Internist aus Weiden/Oberpfalz, wurde wieder zum 2. Vizepräsidenten gewählt. Gegenkandidaten hatte Rechl nicht. ■

Impressum

BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

Redaktion

Alexander Dückers (V.i.S.d.P.)
Samir Rabbata
Mark Berger

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

10.02.2018