



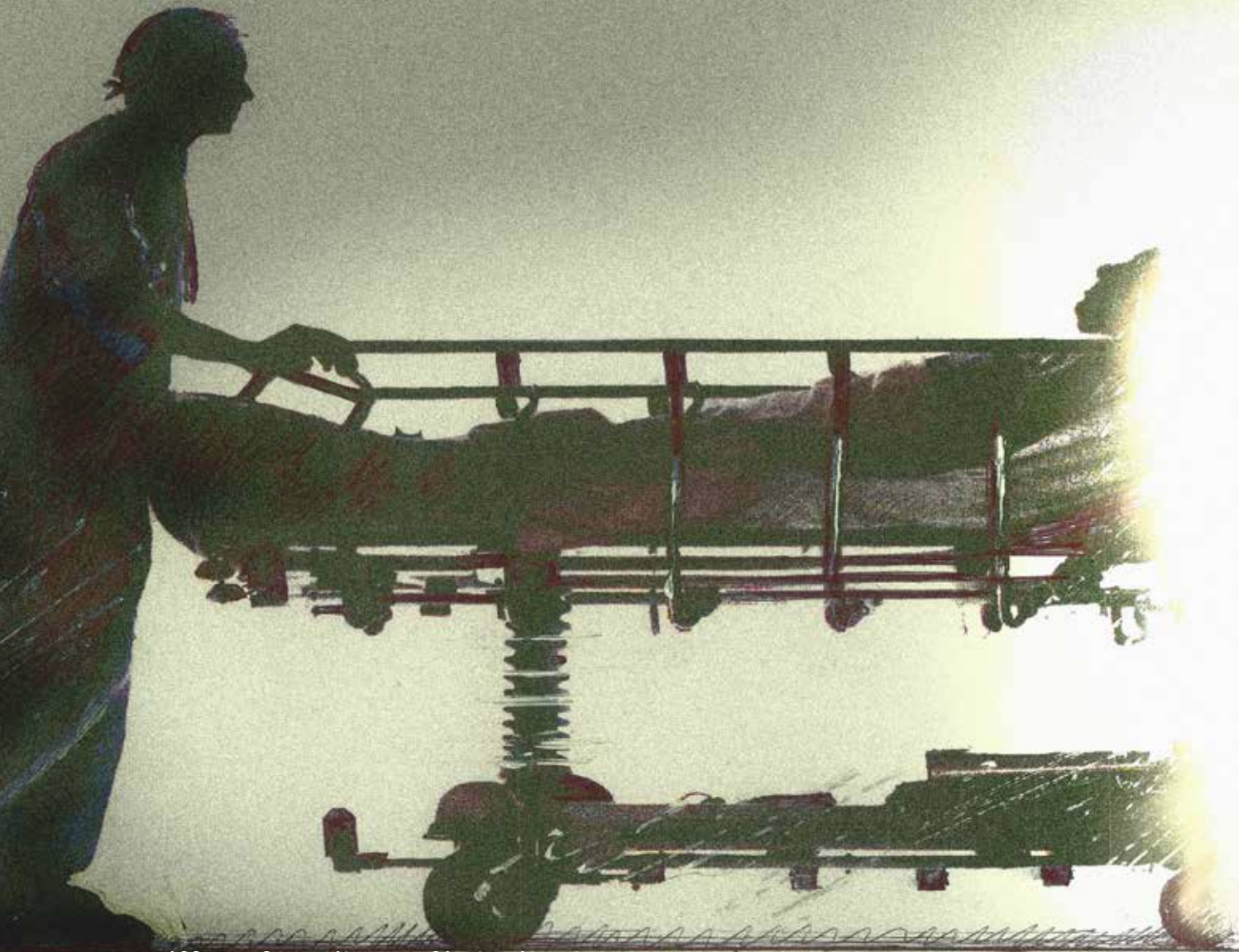
BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

Juli 2015

Bundestag debattiert über Beihilfe zum Suizid Lebenshilfe statt Sterbehilfe

Quelle: picture alliance/Icon Images



Angriff auf Freiberuflichkeit: GKV-VSG beschlossen

Unzureichend: BÄK kritisiert Krankenhausreform

TTIP: Private Schiedsgerichte am Ende

Auftakt

Auch Abgeordnete können ihren Urlaub besser genießen, wenn alle Aktenstapel auf dem Schreibtisch abgearbeitet sind. Daher herrscht kurz vor der parlamentarischen Sommerpause im Regierungsviertel Hochbetrieb. Gerade in der Gesundheitspolitik standen in den letzten Wochen wichtige Beratungen und Entscheidungen an. So debattierte der Bundestag in erster Lesung über eine Regelung der Beihilfe zum Suizid. BÄKground gibt einen Überblick über die vier fraktionsübergreifenden Anträge, die im Parlament diskutiert wurden (S. 3).

Während der Bundestag das umkämpfte Versorgungsstärkungsgesetz am 11. Juni verabschiedet hat, wird die Diskussion über die Krankenhausreform der Großen Koalition nach der Sommerpause weitergehen. Die Ärzteschaft dringt auf eine ausreichende Finanzierung der Kliniken und sieht dabei Bund und Länder gleichermaßen in der Pflicht (S. 8).

Einen langen parlamentarischen Weg hat auch das E-Health-Gesetz noch vor sich. Es soll nach Vorstellung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) den Aufbau einer sicheren Telematik-Infrastruktur voranbringen. Die Bundesärztekammer begrüßt das Gesetz im Grundsatz, sieht aber in wesentlichen Punkten Nachbesserungsbedarf (S. 9).

Viel Sorgfalt hat die Bundesärztekammer bei der Fortschreibung der Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls walten lassen. Im Interview mit BÄKground erläutert BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery die wesentlichen Eckpunkte und Neuerungen der Richtlinie. Überarbeitungsbedarf habe insbesondere bezüglich neuer apparativer Methoden für den Nachweis des Zirkulationsstillstandes, der Besonderheiten der Diagnostik und der ärztlichen Qualifikation bestanden (S. 17). ■

inhalt

juli 2015

Politik & Beruf

Lebenshilfe statt Sterbehilfe Bundestag debattiert über Beihilfe zum Suizid	3
Angriff auf die Freiberuflichkeit Bundestag beschließt GKV-VSG	6
Ärzteschaft setzt sich für offene Fehlerkultur ein BÄK stellt Behandlungsfehlerstatistik vor	7
BÄK kritisiert Krankenhausreform als unzureichend Investitionsverpflichtungen der Länder notwenig	8
E-Health: Vorrang für medizinische Anwendungen Ärzteschaft befürchtet Rückschritte	9
TTIP: "Private Schiedsgerichte sind am Ende" EU-Parlament verabschiedet Resolution	10
Die Botschaft ist angekommen Der 118. Deutschen Ärztetag in den Medien	11
EU-Gesundheitsminister einig bei Medizinprodukten Einzigste Gegenstimme kommt aus Deutschland	12
Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz Impfschutz wird nachgebessert	13
Keime kennen keine Grenzen BÄK fordert weniger Antibiotika bei Tieren	13

Nachrichten

13

Medizin & Ethik

Neue Richtlinie zum Hirnfunktionsausfall Qualifikationsanforderungen präzisiert	16
Bewährtes kombiniert mit aktuellen Erkenntnissen Montgomery: Neue Richtlinie für mehr Vertrauen	17
Bessere Kommunikation, gerechtere Versorgung Ärzteschaft positioniert sich zur Telemedizin	18

Personalia

19

Impressum

20



Bundestag debattiert über Beihilfe zum Suizid Lebenshilfe statt Sterbehilfe

Draußen reflektieren die gläsernen Fassaden des Regierungsviertels die Sonne. Auf dem Platz der Republik liegen Touristen im Gras und Kinder toben um die Rasensprenger. Das Leben ist leicht, an diesem Sommertag in Berlin.

Drinne, hinter den dicken Mauern des Reichstagsgebäudes, bekommen die Abgeordneten nicht viel davon mit. Sie diskutieren an diesem 2. Juli ein Thema, das eher zu einem verregneten Novembertag passen würde. Es geht um den Umgang mit sterbenskranken Menschen und um die Frage, was ist, wenn das Leben zur Last wird.

Die erste Lesung von vier Gruppenanträgen ist der vorläufige Höhepunkt einer seit mehr als einem Jahr in Politik und Öffentlichkeit geführten Diskussion um Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Deutschland. Als Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) Anfang 2014 die Debatte anstieß,

stand zunächst ein mögliches Verbot der organisierten Sterbehilfe in Deutschland im Mittelpunkt. Das Thema nahm im Jahresverlauf mehr und mehr Fahrt auf. Schon bald ging es dabei nicht mehr nur um die Zulässigkeit sogenannter Sterbehilfevereine. Vielmehr wird mittlerweile die Suizidbeihilfe insgesamt, die Rolle von Ärztinnen und Ärzten im Sterbeprozess aber auch der gesamtgesellschaftliche Umgang mit sterbenden Menschen thematisiert. Als eines der „anspruchsvollsten und schwierigsten Gesetzesvorhaben in dieser Wahlperiode“ bezeichnet Bundestagspräsident Norbert Lammert (CDU) die Entscheidung über den zukünftigen Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid. Die Ärzteschaft hatte sich von Beginn an klar positioniert und auf Grundlage der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel klargestellt, dass die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid keine ärztlichen Aufgaben sind. Lebenshilfe statt Sterbehilfe lautet das Credo der Mediziner.

politik & beruf

Fortsetzung von Seite 3

Schon jetzt ist absehbar, dass der Bundestag, wenn er im Herbst über eine gesetzliche Regelung entscheidet, keinen fundamentalen Richtungswechsel vornehmen wird. Weitgehend Konsens besteht unter den Abgeordneten darin, dass der organisierten Sterbehilfe, also sogenannten Sterbehilfevereinen, ein Riegel vorgeschoben werden soll. Damit dürfte das Parlament einer Kernforderung von Minister Gröhe aber auch der Ärzteschaft entsprechen. Strittig ist indes die weitergehende Frage nach der Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids.

Die Entscheidung des Bundestages wird aller Voraussicht nach zwischen dem Antrag der Gruppe um Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) einerseits und dem Antrag der Parlamentarier Peter Hintze (CDU) und Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) andererseits fallen. Als chancenlos gelten sowohl der Antrag der Parlamentarier Patrick Sensburg und Thomas Dörflinger (beide CDU), der ein komplettes Verbot für die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid vorsieht, als auch der Antrag der Grünen-Politikerin Renate Künast, der lediglich das Verbot gewerbmäßiger, also auf Profit ausgerichteter Sterbehilfevereine zum Inhalt hat.

Brand und Griese haben mit 200 Abgeordneten die meisten Unterstützer, darunter auch Gesundheitsminister Gröhe und Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU). Sie wollen alle Formen der organisierten, geschäftsmäßigen Hilfe durch Vereine und einzelne Personen beim Selbstmord verbieten, sonst aber die Gesetzeslage so belassen wie sie ist. Bislang ist zwar eine berufsrechtliche Ahndung des ärztlich assistierten Suizids möglich, strafrechtlich verboten ist er jedoch nicht.

Die Position von Brand und Griese deckt sich auch weitgehend mit den Forderungen der Ärzteschaft. Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery hatte sich schon vor der ersten Lesung für den Brand/Griese-Antrag ausgesprochen. „Der Entwurf sieht ein klares Verbot von Sterbehilfeorganisationen vor. Weitere gesetzliche Regelungen sind gar nicht notwendig, denn die Berufsordnungen aller 17 Ärztekammern regeln einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe von Ärzten ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten.“ Damit gelte schon jetzt für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, dass sie Hilfe beim Sterben leisten sollen, aber nicht Hilfe zum Sterben.

Eben jene Vorgaben der ärztlichen Berufsordnung sind den Abgeordneten Hinze und Lauterbach ein Dorn im Auge. Im Kern sieht ihr Antrag, den bislang rund 100 Parlamentarier unterstützen, vor, dass die Beihilfe zum Suizid zwar insgesamt verboten, aber speziell für Ärzte unter bestimmten Bedingungen ausdrücklich erlaubt wird. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen volljährig und einwilligungsfähig sind.

Sie müssen an einer unmittelbar zum Tode führenden Erkrankung leiden und über alternative, insbesondere palliativmedizinische Möglichkeiten aufgeklärt worden sein. Die Diagnose muss von einem weiteren Arzt bestätigt werden. Dafür soll ein neuer Paragraf 1921a in das Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommen werden. Als Begründung für ihre Initiative führen die Antragsteller an, Rechtssicherheit für Ärzte schaffen zu wollen. Vordergründig warnen sie mit Bezug auf länderspezifische Ausformulierungen des § 16 der (Muster-) Berufsordnung (Beistand für Sterbende) vor einem standespolitischen Flickenteppich der ärztlichen Berufsordnungen. Doch liegt der Verdacht nahe, dass ihnen dieses Argument vor allem dazu dient, ihr Vorhaben zu rechtfertigen, die ärztliche Berufsordnung durch eine bundesgesetzliche Regelung auszuhebeln. Lauterbach selbst sagt im Bundestag mit Blick



Möchte die organisierte, geschäftsmäßige Sterbehilfe verbieten: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU)

auf den ärztlich assistierten Suizid: „Es ist doch jetzt schon so [...]: Es macht niemand.“ Da drängt sich der Verdacht auf, dass weniger die Beseitigung einer vermeintlichen Rechtsunsicherheit Triebfeder für den Antrag ist, sondern vielmehr der Verdruss darüber, dass sich die allermeisten Ärzte an die klaren Vorgaben der ärztlichen Berufsordnungen halten und deshalb nicht für den assistierten Suizid zur Verfügung stehen.

In den vergangenen Monaten hatte Lauterbach der Ärzteschaft immer wieder die Legitimation abgesprochen, den ärztlich assistierten Suizid überhaupt regeln zu dürfen. Zudem zweifelt er an, dass die verfasste Ärzteschaft die Meinung der gesamten Ärzteschaft vertritt. Dabei übersieht er, dass sich die Ärzteschaft lange vor der jetzt geführten politischen Diskussion intensiv mit der Rolle von Ärzten bei der Sterbebegleitung auseinandergesetzt hat. Die Bundesärztekammer (BÄK) legte 2010 eine Weiterentwicklung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vor. Auf die Regelungen zur Patientenverfügung folgte nach langer Vorbereitung und in

Zusammenarbeit mit Ethikern, Palliativmedizinerinnen und Juristen 2011 eine Überarbeitung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung. Der 114. Deutsche Ärztetag, das gewählte Parlament der Ärzte, hatte die Novelle mit einer Zweidrittelmehrheit beschlossen. Danach ist es Ärzten verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. In Verbindung mit den bundesweit geltenden Vorgaben aus § 1(2) der ärztlichen Berufsordnung gilt für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland die Verpflichtung, Sterbenden beizustehen. Suizidbeihilfe ist hingegen keine ärztliche Aufgabe. Daran ändern auch regionale Anpassungen der Formulierungen in den Berufsordnungen einiger Ärztekammern nichts.

Der CDU-Abgeordnete und Arzt Rudolf Henke lässt denn die Ausführungen Lauterbachs im Bundestag so nicht stehen. „Es ist viel von Verunsicherung der Ärzte die Rede gewesen. Ich sehe den Grund dafür nicht; aber ich sehe in manchem, was diskutiert wird, den Grund für eine Verunsicherung der Alten, der Schwachen, der Kranken.“ Henke, der auch Präsident der Ärztekammer Nordrhein ist, hinterfragt zudem die Vorgabe aus dem Hintze/Lauterbach-Antrag, nach der der Vollzug der Lebensbeendigung durch den Patienten unter medizinischer Begleitung erfolgen soll. „Was heißt das denn, wenn das Mittel nicht wirkt? Was heißt das denn, wenn der Betreffende erbricht? Was heißt das denn, wenn er den Erfolg des Suizids nicht erreicht? Dann wird doch der Arzt unter dieser Bedingung zu einem notwendigen Erfolgsgaranten. Das macht die Tür auf für die Tötung auf Verlangen“

Als „Öffnung zur Euthanasie“ hatte zuvor auch Montgomery den Entwurf in Interviews bezeichnet. Bei einer Umsetzung des Gesetzentwurfs würden die Patienten ein tödlich wirkendes Medikament erhalten oder eine Maschine zur Tötung zur Verfügung gestellt bekommen. „Schließlich soll der Arzt dann noch Hilfestellung bei der Selbsttötung leisten und eine medizinische Begleitung auf der Grundlage ärztlicher Fachkenntnis liefern.“

Problematisch ist aus Sicht der Bundesärztekammer aber auch der Antrag von Patrick Sensburg und Thomas Dörflinger (beide CDU). Er sieht ein komplettes Verbot für die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid vor. Dem schlossen sich jedoch nur 35 Abgeordnete an. Sensburg verwies auf vergleichbare Regelungen in Ländern wie Österreich, Italien oder England. Nicht die Hilfe beim Selbstmord sei eine humanitäre Tat, sondern der Beistand in einer schweren Lebenslage. „Wir glauben, dass wir nur mit einem Verbot grundsätzlich Klarheit schaffen können“, sagte Sensburg. Straffreiheit solle es nur in extremen Ausnahmefällen geben. Eine Verschärfung des Strafrechts im Sinne einer strafrechtlichen Ahndung des ärztlich assistierten Suizids wäre aus Sicht der Bundesärztekammer jedoch kontraproduktiv. „Insbesondere die zivilrechtlichen Regelungen zur Patientenverfügung sind ausreichend, um dem Willen eines Patienten Ausdruck und Geltung

zu verschaffen“, so die BÄK. Schwerstkranke und sterbende Menschen benötigten in ihrer letzten Lebensphase eine bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Deshalb ist der Bundesärztekammer der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ein besonderes Anliegen. Die Aus- und Weiterbildung in der Palliativmedizin und auch neue Behandlungsmethoden ermöglichten eine gute Betreuung von Patientinnen und Patienten. Dies gilt es zu befördern und auszubauen und nicht mit strafrechtlichen Mitteln zu konterkarieren.

Hospiz- und Palliativgesetz wichtiges Signal

Das ist auch der Grund, warum die Bundesärztekammer den von Bundesgesundheitsminister Gröhe vorgelegten Entwurf für ein Hospiz- und Palliativgesetz im Grundsatz unterstützt. Das Bundeskabinett hatte den Entwurf Ende April beschlossen. Es soll Anfang nächsten Jahres zusammen mit der Neuregelung der Sterbehilfe in Kraft treten. Ziel ist ein flächendeckendes Hospiz- und Palliativangebot in ganz Deutschland. Geplant ist unter anderem, die Hospizarbeit finanziell besser zu fördern. Krankenhäuser sollen für Hospizarbeit und Palliativversorgung spezielle Vergütungen mit den Kassen aushandeln können. Konkret sollen die Kassen künftig bei Hospizen für Erwachsene 95 Prozent anstatt der bisherigen 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten tragen. Ambulant tätige Palliativmediziner sollen mehr Honorar bekommen. Auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die Sterbenden zu Hause in schwersten Versorgungssituationen beisteht, soll ausgebaut werden. Um Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ein ihren Wünschen entsprechendes Angebot an Palliativversorgung und Hospizbetreuung in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen, sollen Pflegeeinrichtungen stärker mit Hospizdiensten und Ärzten kooperieren. Zudem sollen Versicherte und ihre Angehörigen künftig einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung erhalten.

Die BÄK begrüßt, dass die geplante Sterbehilfegesetzgebung durch das Hospiz- und Palliativgesetz flankiert wird. „Die Erfahrung zeigt, dass schwerkranke Menschen von ihrem Sterbewunsch abkommen, wenn sie sich geborgen und gut versorgt fühlen“, sagte Montgomery nach bekannt werden der Gesetzespläne. Der Ausbau palliativmedizinischer Angebote sei daher vor dem Hintergrund der aktuellen Sterbehilfe-Debatte ein wichtiges Signal.

Der Deutsche Bundestag wird noch in diesem Jahr über beide Gesetzesinitiativen entscheiden. Bis dahin werden die Protagonisten der vier interfraktionellen Anträge zur Suizidbeihilfe für ihre Positionen werben. Die abschließende Lesung beider Gesetze ist für November geplant. Aller Voraussicht nach passt dann auch das Wetter zum Inhalt der Debatte. ■

Angriff auf die Freiberuflichkeit

Bundestag beschließt GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

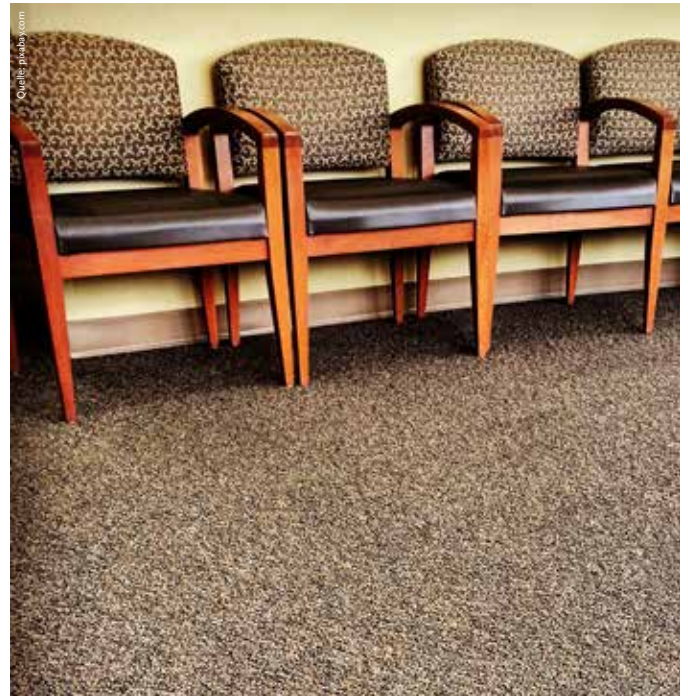
So unterschiedlich können Sichtweisen sein. Worin Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ein „klares Bekenntnis zur Freiberuflichkeit“ sieht, erkennt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, „einen Angriff“ auf die ärztliche Selbstbestimmung.

Dabei reden beide von derselben Sache: Dem Versorgungsstärkungsgesetz, das der Deutsche Bundestag am 11. Juni verabschiedet hat. Es soll die medizinische Versorgung auch dort sicherstellen, wo Ärztemangel droht. Den möchte der Gesetzgeber unter anderem dadurch bekämpfen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten aufkaufen. Auch die massive Kritik von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) konnte diese Regelung nicht verhindern. Immerhin, einen Erfolg kann die Ärzteschaft verbuchen: Der Kauf von Arztsitzen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent bleibt weiterhin eine „Kann“-Regelung. Erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent greift die schärfere „Soll“-Bestimmung. Im Einzelfall entscheiden die Zulassungsausschüsse vor Ort. Nach Berechnungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) befinden sich neun Prozent der Arzt- und Psychotherapeuten-sitze in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad ab 140 Prozent. Nach Angaben des ZI entspricht das 12.000 Arztsitzen.

"Aufregerthema" Wartezeiten

Aus Sicht der Ärzteschaft zeigt sich die ganze Widersprüchlichkeit des Gesetzes darin, dass es zur Zwangsstilllegung von Praxen gleichzeitig aber die Einrichtungen von Terminservicestellen vorsieht, um die angeblich zu langen Wartezeiten zu verkürzen. Dieses Nebeneinander sei "widersinnig", kritisiert Montgomery. Und selbst der Bundesgesundheitsminister musste im Bundestag einräumen, dass die Versorgung mit Facharztterminen in Deutschland besser sei als in vielen Nachbarländern. Das belegen auch zahlreiche in- und ausländische Studien. Einen Hinweis darauf, warum die Terminservicestellen trotzdem kommen, gab CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn. Der bezeichnete die Wartezeiten-Debatte als „Aufregerthema“, das man „endlich abräumen“ müsse.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes bleibt den Kassenärztlichen Vereinigungen noch sechs Monate Zeit, die Servicestellen einzurichten. Bei vorliegender Überweisung sowie bei Terminen beim Augen- oder Frauenarzt gilt dann eine Vermittlungsfrist von einer Woche. Findet sich kein passender Arzt, so muss die Servicestelle einen Termin in einem Krankenhaus anbieten. Nicht mehr vorgesehen ist die generelle Vermittlung von Terminen bei Kinderärzten ohne Überweisung. Die KBV ist



Leere Wartezimmer trotz weniger Praxen: Das Versorgungsstärkungsgesetz soll dieses Kunststück ermöglichen

erstmalig zum 30. Juni 2017 zu einer jährlichen Evaluation der Auswirkungen der Servicestellen verpflichtet.

Auch beim Strukturfonds, über den die Kassenärztlichen Vereinigungen in Zukunft die Neugründung von Arztpraxen fördern können, hat die Bundesregierung an den Stellschrauben gedreht. Ursprünglich war vorgesehen, dass der jeweilige Landesausschuss die Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf bestätigen musste. Der Bundestag beschloss aber nun, dass die KVen auch ohne entsprechenden Beschluss einen Strukturfonds einrichten können. Gleichzeitig erhalten auch die Kommunen die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren ohne Zustimmung der zuständigen KV zu gründen.

Geringfügige Änderungen gab es auch beim Zweitmeinungsverfahren. So bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig, bei welchen Eingriffen die Patienten eine Zweitmeinung einholen dürfen. Außerdem soll der G-BA über indikationsspezifische Anforderungen eine besondere Expertise im Zweitmeinungsverfahren sicherstellen. Für diese Aufgabe kommen zukünftig auch Ärzte in Frage, die ausschließlich privatärztlich tätig sind. Finanziert wird die neue Leistung entweder extrabudgetär oder durch eine Anpassung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. ■

Ärzteschaft setzt sich für offene Fehlerkultur ein

Zahl der Behandlungsfehler im Promillebereich



Quelle: picture alliance/Westend61

Wir tun alles dafür, dass es nicht zu einem Fehler in Diagnostik und Therapie kommt. Wir sorgen für einen transparenten Umgang mit Behandlungsfehlern. Und wir sind uns unserer Verantwortung darüber bewusst, dass den betroffenen Patienten schnell und professionell geholfen werden muss – medizinisch, seelisch und mitunter auch rechtlich.“ Das sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2014 im Juni in Berlin. Crusius plädierte für eine offene Fehlerkultur. Nur so könne aus Fehlern gelernt werden. Wenig hilfreich sei es, wenn Ärzte, denen ein Fehler unterlaufen ist, als Pfuscher diskreditiert werden. „Pfusch beinhaltet immer eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber den Auswirkungen des eigenen Handelns. Das kann man doch nicht allen Ernstes Ärzten vorwerfen, denen ein Fehler passiert ist.“

Crusius betonte, dass die steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen die Arbeitsintensität in Klinik und Praxen weiter erhöht. „Ärzte und Pflegekräfte arbeiten am Limit – und manchmal auch ein Stück darüber hinaus.“ Die enorme Arbeitsbelastung und der Druck, im Notfall schnell entscheiden zu müssen, seien nur einige Beispiele für die speziellen Risikokonstellationen im Gesundheitswesen. So ist die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in Deutschland zwischen den Jahren 2004 und 2013 um 157 Millionen auf fast 700 Millionen angestiegen. Die Zahl der stationären Fälle erhöhte sich zwischen 2004 und 2012 um 1,8 Millionen auf 18,6 Millionen. Die Zahl der festgestellten Fehler liegt im Vergleich zu der Gesamtzahl der ambulanten und stationären Behandlungsfälle im Promillebereich.

Wie Kerstin Kols, Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, berichtete, haben die Gutachterkommissionen und Schlich-

tungsstellen im Jahr 2014 bundesweit insgesamt 7.751 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. Damit ist die Zahl der Sachentscheidungen im Vergleich zum Vorjahr geringfügig gesunken. Es lag in 2.252 Fällen ein Behandlungsfehler vor. Davon wurde in 1.854 Fällen ein Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterarmfrakturen. In 398 Fällen lag ein Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel vor, der jedoch keinen kausalen Gesundheitsschaden zur Folge hatte.

„Die Ärzteschaft engagiert sich seit Jahren für eine verstärkte Fehlerprävention“, sagte Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Ärztlicher Leiter des Unfallkrankenhauses Berlin und Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern. Die bei den Gütestellen der Ärztekammern registrierten Behandlungsfehlerdaten würden zu Fortbildungszwecken und damit zur Fehlerprävention mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems erfasst. Ärzte könnten zudem sogenannte Beinahefehler anonym über das System CIRSmedical melden. Wichtig für die Fehlerprophylaxe seien aber auch die vielfältigen Maßnahmen des Qualitätsmanagements, wie beispielsweise ärztliche Peer-Reviews.

Kommt es dennoch zu einem Fehler, können sich Patienten an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wenden. Unterstützt werden sie bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern von Gottfried Wasmuth, der seit 2012 ehrenamtlicher Patientenvertreter der Schlichtungsstelle ist. Der ehemalige Diakon berichtete über die Erwartungen der Patienten an ein Schlichtungsverfahren und auch darüber, welche Erfahrungen sie mit der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern gemacht haben.

Die seit 1975 bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bieten eine Begutachtung durch unabhängige medizinische und juristische Experten und außergerichtliche Streitschlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen an. Der Patient kann durch ein für ihn gebührenfreies Verfahren überprüfen lassen, ob sein Behandlungsfehlervorwurf gerechtfertigt ist. In rund 90 Prozent der Fälle werden die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von beiden Parteien akzeptiert. Wird nach Begutachtung doch noch der Rechtsweg beschritten, werden die Entscheidungen der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen überwiegend bestätigt. ■

BÄK kritisiert Krankenhausreform als unzureichend

Klare und einklagbare Investitionsverpflichtungen der Länder notwendig

Wie schlecht es den Krankenhäusern in Deutschland tatsächlich geht, zeigt der Streik an der Berliner Charité. Dort kämpfen die Pflegekräfte nicht etwa für höhere Gehälter oder kürzere Arbeitszeiten. Sie fordern einen besseren Personalschlüssel.

Der Personalmangel ist eine Folge des grundsätzlichen Problems der stationären Versorgung: Die Kliniken sind unterfinanziert. Jedem sechsten Krankenhaus droht die Pleite, jedes dritte steckt in den roten Zahlen, fast die Hälfte kann nicht ausreichend investieren. Zu dieser Diagnose kommt der Krankenhaus Rating Report 2015. Den Investitionsstau beziffert die Studie auf mindestens zwölf Milliarden Euro. Die Verantwortung dafür tragen die Bundesländer.



Im Juni gingen die Mitarbeiter der Charité für einen besseren Personalschlüssel auf die Straße

Abhilfe schaffen soll das Krankenhausstrukturgesetz, über das der Bundestag Anfang Juli in erster Lesung beraten hat. Es werde „die Finanzierung der Krankenhäuser deutlich verbessern“, versprach Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Doch beim Blick ins Detail wird deutlich, dass die Länder sich erfolgreich gegen bundespolitische Eingriffe in ihre Planungshoheit wehren konnten.

Beispiel Investitionen: Sie werden im Gesetz auf den Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 festgeschrieben. Dies sei „völlig unzureichend“, kritisiert die Bundesärztekammer (BÄK) in einer Stellungnahme. Ohne deutliche Nachbesserung könne von einer zukunftsweisenden Krankenhausreform nicht die Rede sein, da die Bundesregierung lediglich die Unterfinanzierung der letzten Jahre fortschreibe. „Leidtragende sind die Patienten sowie die Mitarbeiter in den Kliniken, die die feh-

lenden Finanzmittel durch eine weitere Arbeitsverdichtung und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen kompensieren müssen.“ Notwendig seien klare und einklagbare Investitionsverpflichtungen der Länder. Außerdem fordert die BÄK eine Bund-Länder-Kofinanzierung von zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr. Insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit sei eine deutlich stärkere Berücksichtigung der notwendigen Personalausstattung und Personalfinanzierung erforderlich. Die Bundesärztekammer vermisst Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse, zur Reduktion der Arbeitsverdichtung zur Refinanzierung der Tarifabschlüsse sowie zur Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Es ist bezeichnend, dass die gesundheitspolitische Geschlossenheit der Großen Koalition bei der Krankenhausreform nun erste Risse zeigt. In Anbetracht konstant schlechter Umfragewerte suchen die Sozialdemokraten nach Themen, mit denen sie sich von der Union absetzen können. So preschte SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach mit der Forderung vor, das vorgesehene Förderprogramm für Klinik-Pflegekräfte auf 1,32 Milliarden zu verdoppeln. Der Vorstoß ist wohl auch als Signal in Richtung der Gewerkschaften zu verstehen. Sein CDU-Kollege Jens Spahn witterte prompt einen „Affront“, mit dem die SPD alle Eckpunkte der Klinikreform aufkündige.

Pay-for-Performance: Wirksamkeit nicht ausreichend nachgewiesen

Einigheit herrscht in der Koalition hingegen darüber, die Qualität als ein zentrales Kriterium der Krankenhausplanung und -vergütung einzuführen. Die Bundesärztekammer begrüßt diesen Ansatz grundsätzlich. Allerdings sei die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Pay-for-Performance-Ansätzen im Gesundheitswesen bisher nicht ausreichend nachgewiesen. Das bestätigt auch ein Gutachten des Bundesgesundheitsministeriums. Dort ist verklaustriert von einer „mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit“ von Pay-for-Performance-Projekten die Rede. Die Bundesärztekammer spricht sich daher dafür aus, die im Regierungsentwurf angelegten Maßnahmen zunächst einzeln zu erproben. Vor einer bundesweiten Einführung sei eine unabhängige, wissenschaftlich begleitete Evaluation von Qualitätszuschlägen notwendig. Basis hierfür müssten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den nächsten Jahren noch zu entwickelnden spezifischen Qualitätsindikatoren sein.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer steht zum Download bereit unter <http://www.baek.de/KHSG>. ■

E-Health: Vorrang für medizinische Anwendungen

Ärzteschaft befürchtet Rückschritt hinter den Standard der Papierwelt



Gute Ansätze, schlechte Umsetzung.“ Auf diese wenig schmeichelhafte Formel läuft die Bewertung des sogenannten E-Health-Gesetzes durch Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenhäuser hinaus. Positiv sei, dass das Gesetz die sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen fördere. Sinnvolle Anwendungen wie zum Beispiel der Medikationsplan und der Notfalldatensatz kämen auf den Weg. In der Detailanalyse des Gesetzes machen die Leistungserbringer in der Betreibergesellschaft der elektronischen Gesundheitskarte (gematik) jedoch etliche Kritikpunkte aus.

Schon der im Januar vorgelegte Referentenentwurf des Gesetzes sorgte für Unmut. Es sei zwar grundsätzlich richtig, Patienten sinnvolle medizinische Anwendungen über die Telematikinfrastruktur zur Verfügung zu stellen. „Höchst problematisch ist jedoch die Wahl der Mittel“, sagte Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer (BÄK). Der Grund: Das Gesetz setzt verbindliche Fristen für die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements, der Notfalldaten sowie des elektronischen Entlass- und Arztbriefes. Die Einhaltung dieser Fristen wird an Malus-Regelungen gekoppelt. Vertragsärzten soll ein Prozent des Praxisumsatzes abgezogen werden, wenn sie die Prüfung der Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte nicht vornehmen. Zudem drohen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung empfindliche Haushaltskürzungen, wenn sie den Online-Rollout, also die bundesweite Einführung der Telematikinfrastruktur, nicht fristgemäß zum 1. Juli 2016 auf den Weg bringen.

„Statt auf Sanktionen sollte die Politik auf intelligente Anreize setzen“, forderte Bartmann. Gemeinsam mit den anderen Leistungserbringerorganisationen in der gematik wies die

BÄK darauf hin, dass das Ende der Erprobung erst für Juli 2016, also nach dem Start des Online-Rollouts geplant ist. „Der Zeitplan lässt keine Auswertung der Erprobungsergebnisse zu. Dabei muss die Erprobung erst einmal zeigen, ob geeignete Lösungen für Praxen und Krankenhäuser entwickelt wurden, bevor ausgerollt werden kann“, erklärte Dr. Thomas Kriedel, Vorsitzender der Gesellschafter der gematik und Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Die Kritik blieb bislang ungehört. Im Vergleich zum Kabinettsentwurf sind im Regierungsentwurf sogar weitere problematische Regelungen hinzugekommen. So sieht der Entwurf vor, dass neben Ärzten künftig mehr als ein Dutzend weiterer Berufsgruppen - darunter Masseur, medizinische Bademeister und Diätassistenten - zum Zwecke der regelhaften Versorgung auf den Notfalldatensatz der elektronischen Gesundheitskarte zugreifen können sollen. Das Notfalldatenkonzept der Bundesärztekammer ist aber primär auf die Versorgung von Notfällen ausgerichtet. Die Eingabe einer PIN zur Abfrage der Daten ist nicht erforderlich. „Wenn der Gesetzgeber nun den Notfalldatensatz kurz vor der Ziellinie in eine kleine Patientenakte umdeutet, dann muss der Zugriff dieser Berufsgruppen zwingend mit einem PIN-Schutz versehen werden. Mit der Eingabe der PIN kann der Patient dann autonom entscheiden, ob er einen Zugriff auf seine Daten gewähren möchte oder nicht“, so Bartmann. Problematisch sieht er auch, dass der Entwurf keine qualifizierte elektronische Signatur für den Versand von elektronischen Arzt- und Entlassbriefen vorsieht. „Wenn wir in Zukunft elektronisch im Gesundheitswesen kommunizieren wollen, dann sollten Arztbriefe wie in der Papierwelt auch durch einen Arzt unterschrieben werden“, sagte Bartmann. Mit dem E-Health-Gesetz falle man hinter den Standard in der Papierwelt zurück.

Ärztetag für mehr medizinische Anwendungen

Auch der 118. Deutsche Ärztetag in Frankfurt hatte sich mit dem Ausbau der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte befasst. Die Delegierten forderten bei dem Projekt einen „Vorrang für die medizinisch relevanten Anwendungen“. Dazu zählten sie unter anderem den direkten Datenaustausch zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen, den elektronischen Arztbrief, den Medikationsplan mit der Erweiterung auf OTC-Präparate und den Notfalldatensatz. Als konkrete weitere Anwendung sprach sich der Ärztetag dafür aus, den Impfausweis auf der elektronischen Gesundheitskarte abzulegen. Das mit dem E-Health-Gesetz geplante verpflichtende Online-Versichertenstammdatenmanagement in Arztpraxen lehnte der Ärztetag hingegen ab. ■

TTIP: "Private Schiedsgerichte sind am Ende"

EU-Parlament fordert System mit öffentlichen ernannten, unabhängigen Richtern



Nun also doch. Konservative und Sozialdemokraten haben auf einen Kompromiss für eine Resolution des EU-Parlamentes zu dem geplanten Freihandelsabkommen TTIP geeinigt. Mit der Resolution fordert das Parlament die Kommission auf, das System der Investorenschiedsgerichte durch ein neues System zur Lösung von Streitfällen zwischen Investoren und Staaten zu ersetzen. Es werden sowohl öffentlich ernannte, unabhängige Richter als auch eine Berufungsinstanz gefordert. "Private Schiedsstellen sind am Ende", sagte der im Europaparlament für das Dossier zuständige Berichterstatter Bernd Lange (SPD).

Die für TTIP zuständige CDU-Europaabgeordnete Godelieve Quisthoudt-Rowohl bestätigte den nun gefundenen Kompromiss. Sie spielte seine Bedeutung allerdings herunter. "Wir sind uns alle einig, dass wir einen offenen und transparenten Investorenschutz brauchen", sagte sie. Alles Weitere sei mittelfristig zu entscheiden. Dem Kompromiss war eine heftige Auseinandersetzung im EU-Parlament vorausgegangen. So endete Mitte Juni eine Abstimmung der EU-Parlamentarier über die Resolution in tumultartigen verbalen Auseinandersetzungen. Was war geschehen? EU-Parlamentspräsident Martin Schulz (SPD) hatte die Abstimmung über die mühsam zwischen den Fraktionen ausgehandelte Resolution kurzfristig gestoppt. Insgesamt 14 Ausschüsse des EU-Parlamentes hatten eine Stellungnahme zu dem Zwischenbericht von Bernd Lange abgegeben, da TTIP sich auf verschiedene Politikbereiche auswirkt. Es gingen mehr als 116 Änderungsanträge ein. Um ein Scheitern des Pakets zu verhindern verwies Schulz die Anträge unter Berufung auf die Geschäftsordnung unmittelbar vor der Aussprache im Parlament zur weiteren Beratung und Abstimmung zurück an den Ausschuss für internationalen Handel (INTA). Für einige

Parlamentarier war dies der erste Eklat, doch ließ Teil zwei der Darbietung nicht lange auf sich warten: Wenn es schon keine Abstimmung gab, wollten Christdemokraten und Liberale auch nicht die vorgesehene Debatte führen. Als 183 Abgeordnete den Antrag auf Verschiebung der Aussprache unterstützten (181 votierten dagegen), brach ein Tumult los. Es mache ihm Angst zu sehen, wie „die Links- und die Rechtsradikalen hier im Haus sich gegenseitig in Rage reden und die Grünen an der Seite dieser Leute stehen“, sagte der Chef der christdemokratischen EVP-Mehrheitsfraktion, Manfred Weber (CSU). Grünen-Fraktionschefin Rebecca Harms schoss zurück, man könne wohl nicht jeden Kritiker der geplanten privaten Schiedsgerichte „als links- oder rechtsradikal an den Pranger stellen“.

Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens bewahren

Der 118. Deutsche Ärztetag hat in einer Entschliessung gefordert, vor einer Beeinträchtigung der Behandlungsqualität, des schnellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung und des hohen Patientenschutzniveaus in Deutschland und der EU gewarnt. Weder die ärztliche Freiberuflichkeit noch die Kompetenzen der Selbstverwaltung dürften durch Freihandelsabkommen eingeschränkt werden. Der Ärztetag betonte, dass die Mitgliedsstaaten der EU in Fragen der Gesundheitspolitik und der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme ihre Souveränität behalten müssten. Er forderte daher eine Positivliste, die klarstellt, dass TTIP keine Anwendung auf das Gesundheitswesen und die Heilberufe findet.

Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter <http://www.baek.de/TTIP>

Am 29. Juni stimmte der INTA-Ausschuss in einer außerordentlichen Sitzung in zwei Blockabstimmungen über die noch verbliebenen 113 Änderungsanträge ab und schickte sie zurück ins Plenum. Bei der Aussprache in Straßburg lieferten sich die TTIP-Befürworter und Gegner ein heftiges Wortgefecht. Sozial- und Christdemokraten verteidigten das Handelsabkommen als Chance, die Globalisierung zu gestalten. Wenn man sich noch nicht einmal mit gleichgearteten Partnern wie den Vereinigten Staaten einig werde, gab die Quisthoudt-Rowohl zu bedenken, "können wir in der Handelspolitik einpacken." Der Grüne Yannick Jadot verwies dagegen auf zahlreiche Umfragen, die eine klare Ablehnung des Abkommens durch Arbeitnehmer und Verbraucher belegten. Die Abstimmung im Plenum des Europäischen Parlaments war für den 8. Juli, kurz nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe, angesetzt. ■

Die Botschaft ist angekommen

Der 118. Deutsche Ärztetag in den Medien



Der 118. Deutsche Ärztetag in Frankfurt am Main war ein mediales Top-Ereignis. Rund 100 Journalisten von Printmedien sowie von Fernseh- und Rundfunkanstalten berichteten vor Ort über die Themen des Ärztetages. Die Pressestelle veröffentlichte mehr als 20 Pressemitteilungen aus Frankfurt, die von regionalen und überregionalen Medien aufgegriffen wurden. Über den Internetdienst Twitter wurden Journalisten und andere Interessierte ständig über die Beratungen auf dem Laufenden gehalten.

Große Resonanz fand erwartungsgemäß die Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Ärztetages in der traditionsreichen Frankfurter Paulskirche. Dort standen die großen gesundheitspolitischen Reformvorhaben der Bundesregierung im Mittelpunkt. Die Tageszeitung die Welt berichtete über die Kritik der Ärzteschaft an dem von der Koalition geplanten Versorgungsstärkungsgesetz und konstatierte, die „Ärztelobby“ laufe Sturm gegen den darin vorgesehenen Zwangsaufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten. Darin sehe Ärztepräsident Montgomery einen Angriff auf die Freiberuflichkeit – auch wenn es der Ärzteschaft „in zähen Verhandlungen gelungen ist, die Regelungen weitgehend zu entschärfen“.

Der Berliner Tagesspiegel bemerkte mit Blick auf die weitgehend harmonische Atmosphäre zwischen Politik und Ärzteschaft: „So viele Streicheleinheiten waren selten in der Ärzteschaft.“ Minister Gröhe sei bei den größten Ärgernissen der Mediziner auch fein raus. „Das Antikorruptionsgesetz hat Justizminister Heiko Maas (SPD) an der Backe.“ Und dann sei da noch das Tarifeinheitsgesetz von Arbeitsministerin Nahles. „Statt Frieden in der Tarifaufonomie und gute Arbeitsbedingungen zu stiften, werde es die Belegschaften der Krankenhäuser gegeneinander aufhetzen“, zitierte der Tagesspiegel den BÄK-Präsidenten. Die Hannoversche Allgemeine

Zeitung stellte fest: „Seit Jahren plagt sich der Berufsstand mit Zukunftsängsten. Ganz oben steht die Sorge vieler Einzelkämpfer in den Praxen um die eigene Unabhängigkeit, die unter dem Titel Freiberuflichkeit firmiert. Der Frust über immer neue Vorgaben der Krankenkassen, über gedeckelte Budgets, die die regulären Einnahmen schrumpfen lassen, ist groß.“ Und das Hamburger Abendblatt richtete den Blick auf den stationären Sektor. Es wies darauf hin, dass bei der Investitionsfinanzierung mittlerweile ein Fehlbetrag von 30 Milliarden Euro aufgelaufen sei; Krankenhäuser müssten bei den Betriebsausgaben und damit bei der Versorgung sparen.

Neben zahlreichen weiteren Berichten, Kommentaren und Analysen zu den gesundheitspolitischen Beratungen widmeten die Berichtersteller dem Ärztetagsthema ärztliche Kommunikation besondere Aufmerksamkeit. So thematisierte die Süddeutsche Zeitung die mangelnde Honorierung der sprechenden Medizin. „Ich habe in meinem Berufsleben noch keinen Patienten erlebt, der nicht innerhalb von zwei, drei Minuten erklären konnte, was ihn bedrückt“, zitierte das Blatt Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Vize-Präsident der Landesärztekammer Brandenburg und einer der Referenten zu diesem Tagesordnungspunkt. Schon lange sei erkannt worden, dass die technologischen Aspekte des Berufs immer mehr in den Vordergrund rückten und das Verhältnis zwischen Arzt und Patient prägten.

„Der Ärztetag spricht sich für bessere Gespräche im Behandlungszimmer aus“, schrieb die Stuttgarter Zeitung. Und die Neue Ruhr Zeitung konstatierte: „Bei den Medizinerinnen ist die Botschaft angekommen“. Sie wies darauf hin, dass ärztliche Gesprächsführung seit 2012 in das Medizinstudium integriert sei und manche Universitäten sogar Gespräche mit Schwerstkranken simulierten. Sämtliche Fortbildungsange-

politik & beruf

Fortsetzung von Seite 11

bote für Ärzte müssten auch der Kommunikation Rechnung tragen, zitierte die Zeitung Rudolf Henke, den Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, der sich auf dem Ärztetag ebenfalls in einem Vortrag mit dem Thema befasste. Henke diskutierte außerdem in der WDR 5-Sendung Tagesgespräch mit Patienten über deren Erfahrungen mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten. „Es ist das richtige Signal, das der Ärztetag mit seinen Beschlüssen sendet und es ist gut, dass die Ärzte von sich aus das Thema Kommunikation auf die Tagesordnung gesetzt haben“, kommentierte der WDR 5. Mit Nachdruck habe der Ärztetag die medizinischen Fakultäten dazu aufgefordert, sich der kommunikativen Kompetenzen stärker zu widmen.

„Selbstkritische Töne“ attestierte die Märkische Oderzeitung der Ärzteschaft. Für Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, den Präsidenten der Bundesärztekammer, seien auch die bisweilen mangelnden Deutschkenntnisse ausländischer Mediziner ein Teil des Problems, berichtete das Blatt. In der heute-Sendung des ZDF sagte Montgomery zum selben Thema: „Es ist eine Pflicht des Arztes, dass er versteht, was sein Patient

will und dass er sich so verständigen kann, dass sein Patient begreift, worum es geht.“ Die „Mediziner haben das Problem erkannt, verweisen aber auf die schlechten Rahmenbedingungen“, fasste die Neue Westfälische Zeitung zusammen. Das Grundproblem sei die hohe Zahl der Patienten, auf die ein Arzt täglich treffe, erläuterte Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Ein weiteres Schwerpunktthema war der Umgang mit globalen Epidemien. Das eigentliche Problem liege in der Ökonomisierung der Medizin, sagte Montgomery dazu in einem Vorab-Interview mit der Rheinischen Post. Die Industrie habe keinen Impfstoff entwickelt, weil ihr klar gewesen sei, dass niemand ihn bezahlen könne. „Jetzt brauchen wir eine globale Initiative.“ Im Radiosender WDR 2 kritisierte Montgomery, er vermisse klare Vorgaben für die Finanzierung der Regierungspläne zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen. Auch der Deutschlandfunk berichtete über das Thema. „Bundesärztekammer schlägt Aufbau von medizinischem Hilfswerk vor“, betitelte der epd Basisdienst seinen Bericht zu einem entsprechenden Beschluss des Ärztetags. ■

EU-Gesundheitsminister einigen sich bei Medizinprodukten

Einzig Gegenstimme kommt aus Deutschland

Fast drei Jahre wurde verhandelt, nun haben sich die 28 Gesundheitsminister der Europäischen Union auf eine gemeinsame Position zur EU-Medizinprodukte-Verordnung verständigt. Sie sieht unter anderem schärfere Regeln für die Inverkehrbringung und die Überwachung von Medizinprodukten vor. Mit der Initiative reagiert die EU auf den Skandal um minderwertige Brustimplantate aus dem Jahr 2012.

Als einziges Mitgliedsland stimmte Deutschland gegen den Vorschlag. Die jetzt vorgelegten Texte enthielten eine Vielzahl von Unzulänglichkeiten, die nur scheinbar rein technischer Natur seien, erklärte Ingrid Fischbach (CDU), parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium. Von deutscher Seite wurde beispielsweise das Fehlen angemessener Übergangsvorschriften und Bestandsschutzregeln kritisiert. Diese könnten Versorgungsengpässe bei Medizinprodukten vermeiden, die aufgrund einer Einstufung in eine höhere Risikoklasse zunächst einer Konformitätsbewertung unterzogen werden müssen. Dem Vernehmen nach schlossen sich auch andere Mitgliedsstaaten der Kritik aus Deutschland an. Sie sahen jedoch keine Möglichkeiten, den Text innerhalb des Rates weiterzuentwickeln.

Kritik äußerte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. „Leider bleiben die Vorschläge des EU-Ministerrats hinter unseren Erwartungen zurück, insbesondere in puncto Patientensicherheit. Medizinprodukte mit mittlerem und hohem Risiko werden vor der Markteinführung nicht streng genug geprüft.“ Er vermisse eine klare Verpflichtung

der Hersteller, mit Hilfe von klinischen Prüfungen die Sicherheit und Wirksamkeit dieser Produkte nachzuweisen. Schon im Jahr 2014 hatte sich der 117. Deutsche Ärztetag für klinische Studien zur Sicherheit und abhängig von der Risikoklasse auch zur Wirksamkeit ausgesprochen.

Auch der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) übte heftige Kritik an dem Verhandlungsergebnis. Die Schwachstellen in den Zulassungssystemen seien schon im Jahr 2013 behoben und verbessert worden. Damals hatte die EU unter anderem Regeln für eine verschärfte Überwachung und bessere Rückverfolgbarkeit der Medizinprodukte eingeführt. „Dieses Regelwerk hat schon in kurzer Zeit gezeigt, dass die Kontrollen bei Unternehmen und im Markt verbessert wurden“, sagte BVMed-Geschäftsführer Joachim M. Schmitt.

Dagegen geht Jürgen Graalman, Vorsitzender des AOK-Bundesverbandes, der Beschluss nicht weit genug. „Hochrisikoprodukte werden auch in Zukunft weitgehend ohne klinische Studien auf den Markt kommen“, kritisierte er.

Auch wenn es diese schärferen Sicherheitsmaßnahmen vorerst nicht geben wird, rückt mit der Einigung des Ministerrats die neue Medizinprodukte-Verordnung ein Stück näher. Anfang Juli hat Luxemburg die EU-Ratspräsidentschaft übernommen. Es wird den Trilog, die dreiseitigen Gespräche zwischen Europäischer Kommission, Europäischem Parlament und Europäischem Rat, vorbereiten. Dieser beginnt im Herbst 2015. ■

Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz

Maßnahmen zum Impfschutz wurden nachgebessert

Ein „spätgeborenes Kind“ nennt Ingrid Fischbach (CDU), Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, das Präventionsgesetz. Vor zehn Jahren scheiterte der erste Anlauf der damaligen rot-grünen Bundesregierung, weitere Versuche in verschiedenen politischen Konstellationen folgten. Nun hat der Deutsche Bundestag den Entwurf der Großen Koalition beschlossen.

Insbesondere beim Thema Impfschutz besserte der Gesetzgeber in letzter Minute nach. Noch im Mai hatte der 118. Deutsche Ärztetag gefordert, den Besuch von Kindertagesstätten oder Schulen nur noch bei vollständigem Impfschutz oder medizinischer Gegenindikation zu erlauben. So weit geht das Präventionsgesetz allerdings nicht. Eltern müssen vor der Aufnahme ihres Kindes in eine Tageseinrichtung in Zukunft lediglich nachweisen, dass sie eine ärztliche Impfberatung in Anspruch genommen haben. Nicht geimpften Kindern kann der Besuch einer Kita oder Schule verboten werden, wenn dort Masern ausbrechen. Arbeitgeber in medizinischen Einrichtungen erhalten die Möglichkeit, Beschäftigte ohne Impfschutz an einer anderen Stelle einzusetzen. Der Impfausweis wird um ein Feld ergänzt, das auf den nächsten

Impftermin hinweist. Die Integration der Schutzimpfungen in die Bonusprogramme der Krankenkassen soll weitere Impfanreize schaffen. Bei Jugendschutzuntersuchungen sind Maßnahmen zur Verbesserung des Impfstatus vorgesehen.

Parallel zur Lesung im Bundestag stellte die 4. Nationale Impfkonzferenz auf ihrer Tagung in Berlin einen Nationalen Aktionsplan vor. Er zielt darauf ab, Masern und Röteln bis 2020 in Deutschland dauerhaft zu eliminieren, vor allem durch Information, Aufklärung und Freiwilligkeit. Einer Impfpflicht erteilte die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) zumindest vorläufig eine Absage. Zuvor müssten „alle anderen Maßnahmen zum Erreichen der angestrebten Impfquoten“ von über 95 Prozent ergriffen werden, erklärte die aktuelle Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz.

Der Aktionsplan wurde von der Bundesärztekammer zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium, den Gesundheitsministerien von Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen und Sachsen sowie dem Robert-Koch-Institut erarbeitet. ■

Keime kennen keine Grenzen

BÄK fordert weniger Antibiotika in der Veterinärmedizin

Die sieben führenden Industriestaaten wollen den Einsatz von Antibiotika einschränken und die internationale Forschung besser koordinieren. Darauf verständigten sich die Regierungschefs auf dem G7-Gipfel in Elmau vor dem Hintergrund der weltweiten Zunahme von Antibiotika-Resistenzen. In nationalen Aktionsplänen soll der Einsatz von Antibiotika bei Mensch und Tier untersucht werden.

„Keime kennen keine Grenzen“, erklärte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, im Vorfeld des G7-Gipfels. Daher sei es gut, dass die führenden Wirtschaftsnationen gemeinsam gegen die Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen vorgehen wollten. „Nur wenn wir jetzt handeln, können wir eine drohende Antibiotika-Krise verhindern“, so Montgomery.

In den letzten Jahren brachte die Pharmaindustrie nur wenige neue Antibiotika auf den Markt. Gerade in Anbetracht dieses Innovationsstaus erscheint es bedenklich, dass in der Tiermast in Deutschland mehr als doppelt so viele Antibiotika eingesetzt werden, wie in der Humanmedizin. Dabei kommen Medikamente zum Einsatz, die eigentlich in der Therapie am Menschen unverzichtbar sind. Die Bundesärztekammer fordert daher, den Einsatz dieser Antibiotika in der



Veterinärmedizin gänzlich zu verbieten oder zumindest auf klar umgrenzte Einzelfälle zu beschränken.

Während Deutschland beim Einsatz von Antibiotika am Menschen insgesamt eher im Mittelfeld liegt, verordnen Ärzte hierzulande zu häufig Breitpektrum-Antibiotika. Montgomery rief daher dazu auf, den Blick auf eine rationale Antibiotika-Therapie in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung weiter zu schärfen. Allerdings sei auch die Zunahme immer älter werdender, multimorbider Patienten ein entscheidender Faktor für den steigenden Bedarf. ■

nachrichten

GKV-Reserven liegen bei rund 25 Milliarden Euro

Die Finanzreserven der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lagen nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zum Ende des ersten Quartals 2015 bei 25,3 Milliarden Euro. Diese verteilen sich auf die Krankenkassen (15,5 Milliarden Euro) und den Gesundheitsfonds (9,8 Milliarden Euro). Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) wertete die Reserven als „solide Grundlage“ und als „Ergebnis einer sorgfältig abwägenden Gesundheitspolitik“.

Den Einnahmen von rund 53,08 Milliarden Euro standen Ausgaben von 53,25 Milliarden Euro gegenüber. Das Defizit von etwa 170 Millionen Euro ist nach Einschätzung des Ministeriums darauf zurückzuführen, dass die Kassen ihre Versicherten über einen Zusatzbeitrag von durchschnittlich 0,83 Prozent an ihren Reserven beteiligt hätten. Für das Jahr 2015 sei ein Zusatzbeitrag von durchschnittlich 0,9 Prozent zu erwarten.

Die Reserven variieren zwischen den Kassen stark. So wiesen die AOKen einen Überschuss von 36 Millionen und die Knappschaft ein Plus von 17 Millionen Euro aus. Dagegen belief sich das Defizit der Ersatzkassen auf 101 Millionen, der Betriebskrankenkassen auf 65 Millionen und das der Innungskrankenkassen auf 57 Millionen Euro.

Je Versicherten gab es im 1. Quartal 2015 einen Ausgabenzuwachs von 4,2 Prozent. Im Gesamtjahr 2014 hatte der Zuwachs noch bei 5,0 Prozent gelegen. Die Leistungsausgaben stiegen um 4,3 Prozent je Versicherten, die Verwaltungskosten um 1,3 Prozent. Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung stiegen die Ausgaben je Versicherten um rund 4,0 Prozent. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen wuchsen gegenüber dem 1. Quartal 2014 um 3,2 Prozent. ■



AkdÄ-Projekt zur Erfassung von Medikationsfehlern bewilligt

Das Bundesgesundheitsministerium fördert das Projekt „Zentrale Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern“ der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Das Projekt soll die Machbarkeit einer systematischen Erfassung und Analyse von ärztlicher Seite gemeldeter Medikationsfehler untersuchen. Insbesondere geht es darum, herauszufinden, ob sich aus den Daten des Spontanerfassungssystems Ansätze zur Verringerung von Medikationsfehlern liefern können. Außerdem soll das Projekt dazu beitragen, ein Konzept für die Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern zu entwickeln.

Die Förderung durch das Bundesgesundheitsministerium läuft bis Ende 2017. ■

Montgomery fordert menschlichen Umgang mit Flüchtlingen

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery hat einen menschlichen Umgang mit Flüchtlingen in Deutschland gefordert.

Nach einer Fehlgeburt, die eine risikoschwangere Frau aus Guinea nach ihrer Umverteilung von Hamburg nach Nordrhein-Westfalen erlitten hat, erklärte Montgomery: „Es ist tragisch, dass erst wieder etwas so Schreckliches passieren musste. Schwangere benötigen der besonderen menschlichen und medizinischen Fürsorge“, erklärte Montgomery. Er forderte den Hamburger Senat auf, die Verschärfung im Umgang mit schwangeren Flüchtlingen zu revidieren und zu der Praxis zurück zu kehren, die Frauen im letzten Drittel ihrer Schwangerschaft nicht mehr auf andere Bundesländer umzuverteilen. „Risikoschwangere dürfen selbstverständlich auch in einem früheren Stadium nicht umverteilt werden“, so Montgomery.

Der BÄK-Präsident hat auch das Verfahren zur Feststellung des Alters von unbegleiteten Flüchtlingen kritisiert. Eine Beteiligung von Ärzten an diesem Verfahren sieht er äußerst kritisch. Alterseinschätzungen durch Knochenröntgen oder Computertomographie seien wissenschaftlich nicht unumstritten und sollten daher nicht angewandt werden. „Auch bei Untersuchungen der Geschlechtsmerkmale muss die Privatsphäre der zu Untersuchenden gewahrt bleiben. Dass Jugendliche regelhaft in die Gruppe der Erwachsenen eingeteilt werden, wenn sie an der Untersuchung nicht mitwirken, konterkariert die vorgebliche 'Freiwilligkeit' und ist weder menschlich noch medizinisch gerechtfertigt“, kritisierte Montgomery. ■

Umfrage: Ärzteschaft zweifelt an Patientenrechtegesetz

Nach Ansicht von Ärzten verfehlt das Patientenrechtegesetz seine Ziele. Das Gesetz führe nicht zu mehr Rechtssicherheit und Transparenz, glauben 51 Prozent der Mediziner. Es helfe nicht, die Patientenrechte besser durchzusetzen. Dagegen sehen sich 71 Prozent der Ärzte durch das Gesetz belastet, vor allem in Form von Dokumentationspflichten. Das ist das Ergebnis einer Studie des Gesundheitsmonitors von Barmer GEK und Bertelsmann Stiftung. Befragt wurden 800 Ärzte aus Klinik und Praxis.

Die Befragung zeigt auch, dass die Patientenrechte im Behandlungszimmer nur selten ein Thema sind. Nur jeder zehnte Arzt gibt an, mehrfach von Patienten auf deren Rechte angesprochen worden zu sein. In 77 Prozent dieser Gespräche ging es den Patienten um die Einsicht in ihre Krankenunterlagen. Aufklärung über Behandlungsalternativen wünschten 40 Prozent. 62 Prozent der Ärzte wurden noch nie auf die Patientenrechte angesprochen. ■

Spezifisch ärztliche Kompetenz in der Psychotherapie unersetzbar

Dr. Cornelia Goesmann, Vorstandsbeauftragte der Bundesärztekammer für die ärztliche Psychotherapie, hat sich gegen die derzeit diskutierte Direktausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten ausgesprochen. Käme es zu einem solchen Studiengang, würde letztlich die auch die ärztliche Psychotherapie geschwächt, sagte Goesmann.

In Deutschland wird die psychotherapeutische Versorgung sowohl von ärztlichen als auch von psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den ihnen jeweils eigenen Qualifikationen getragen. Mit einer Direktausbildung von psychologischen Psychotherapeuten, also einem Hochschulstudium, an dessen Ende ein Staatsexamen mit einer einheitlichen Approbation in Psychotherapie steht, hat sich auch der diesjährige Deutsche Ärztetag in Frankfurt kritisch auseinandergesetzt. Die Delegierten des Ärztetages begrüßten ausdrücklich ein Positionspapier der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie.

Die BÄK warnt darin: „Die Einführung einer basalen Direktausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten würde die bestehende Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wesentlich verändern. Folge wäre eine Qualitätseinbuße der Versorgung.“

Notwendig sei ein breit gefächertes Beratungsangebot, also mehr Gruppentherapie, mehr Krisenintervention und mehr Beratungsgespräche. Solche Maßnahmen müssten von den Kostenträgern aber auch finanziert werden, so Goesmann. ■

BÄK: Patientenberatung darf nicht zum Call Center der Krankenkassen werden

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) aufgefordert, sich in die umstrittene Auftragsvergabe für die Unabhängige Patientenberatung einzuschalten. Montgomery warnte in der Bild-Zeitung: „Die gesetzlichen Krankenkassen versuchen, sich die Beratungsstelle unter den Nagel zu reißen.“ Der Minister müsse verhindern, dass die Unabhängige Patientenberatung zu einem krankenkassennahen Call-Center verkommt.

Durch Presseberichte war die bevorstehende Entscheidung des GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bekannt geworden, dass die gesetzlich vorgesehene Patientenberatung, mit der seit dem Jahr 2006 die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) beauftragt war, ab dem Jahr 2016 durch ein Call-Center übernommen werden soll. Die Leistungen der UPD hatte der GKV-SV zuvor im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten für einen Zeitraum von sieben Jahren neu ausgeschrieben.



Die BÄK hatte die Vergabeabsicht in einer gemeinsamen Mitteilung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer scharf kritisiert. Eine Patientenberatung, die von einem Call-Center betrieben werden soll, das nachweislich schon für die Krankenkassen tätig war, könne unmöglich die Anliegen von Patienten und Versicherten – insbesondere auch gegenüber den Kostenträgern – glaubwürdig und umfassend vertreten, betonten die Institutionen. Die jetzt bekannt gewordene Vergabeabsicht konterkariere den Anspruch der bisherigen Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands an eine fachlich kompetente Beratung völlig. Hier solle eine etablierte, anerkannte und mitunter den Krankenkassen unbequeme Patientenberatung zu einem willfähigen Dienstleister auf der Lohnliste der Krankenkassen umfunktioniert werden. ■

Neue Richtlinie zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall

Unter anderem wurden Qualifikationsanforderungen für beteiligte Ärzte präzisiert



Die Vierte Fortschreibung der Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls der Bundesärztekammer wurde am 6. Juli im Deutschen Ärzteblatt bekannt gemacht und auf der Internetseite der Bundesärztekammer veröffentlicht. Das Bundesgesundheitsministerium hatte die Richtlinie ohne Beanstandungen genehmigt

In der fortgeschriebenen Richtlinie werden insbesondere die medizinischen Voraussetzungen für die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, die apparativen Untersuchungsmethoden und die Qualifikationsanforderungen der an der Diagnostik beteiligten Ärztinnen und Ärzte präzisiert. Die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls erfolgt in drei Stufen: Voraussetzung ist sowohl nach der bislang gültigen als auch nach der fortgeschriebenen Richtlinie der zweifelsfreie Nachweis einer akuten schweren primären oder sekundären Hirnschädigung sowie der Ausschluss reversibler Ursachen. In einem zweiten Schritt müssen alle in den Richtlinien geforderten klinischen Ausfallsymptome nachgewiesen werden. Danach muss die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome bestätigt werden. Auf diesem Vorgehen beruht die Sicherheit der Todesfeststellung.

Als neue apparative Methoden für den Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes haben die in der klinischen Praxis etablierten Verfahren der Duplexsonographie und Computertomographie-Angiographie Eingang in die Vierte Fortschreibung der Richtlinie gefunden. Der irreversible Hirnfunktionsausfall muss unverändert von mindestens zwei dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander und übereinstimmend festgestellt und dokumentiert werden. Dabei müssen die Ärzte wie bisher über eine mehrjährige Erfahrung in

der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen verfügen. Diese Regelung, durch die die Basis der praktischen Erfahrung in der Diagnostik sichergestellt werden soll, wurde in der fortgeschriebenen Richtlinie formal und inhaltlich präzisiert. So müssen die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und dokumentierenden Ärzte Fachärzte sein und die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufweisen, um die Indikation zur Diagnostik eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu prüfen, die klinischen Untersuchungen durchzuführen und die angewandte apparative Zusatzdiagnostik im Kontext der diagnostischen Maßnahmen beurteilen zu können. „Mindestens einer der den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden Ärzte muss ein den obigen Anforderungen entsprechender Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein“, heißt es in der fortgeschriebenen Richtlinie.

Mit ihrer Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt ersetzt die Vierte Fortschreibung nach einer Informations- und Schulungsphase der betroffenen Ärzte, Krankenhäuser und Institutionen nun die bislang geltenden „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“, Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß TPG. Dem vorausgegangen waren intensive Beratungen in einem für die Richtlinienfortschreibung eingesetzten Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Vorsitz von Prof. Dr. Jörg-Christian Tonn und dem stellvertretenden Vorsitz von Prof. Dr. Heinz Angstwurm sowie eine schriftliche Anhörung der betroffenen Fach- und Verkehrskreise.

Die Richtlinie zum Hirnfunktionsausfall steht zum Download bereit unter <http://www.baek.de/Hirnfunktionsausfall>. ■

Bewährtes kombiniert mit aktuellen Erkenntnissen

Montgomery: Neue Richtlinie soll Vertrauen stärken

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (BÄK) hat die Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls überarbeitet. BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery erläutert unter anderem die Qualifikationsanforderungen an die diagnostizierenden Ärzte.

Herr Prof. Montgomery, warum wurde die Vierte Fortschreibung zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls erforderlich? Wo wurde Überarbeitungsbedarf gesehen?

Montgomery: Die Vierte Fortschreibung der Richtlinie kombiniert Bekanntes und Bewährtes mit aktuellen Erkenntnissen der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung sowie der klinisch-praktischen Tätigkeit. Dabei möchte ich unterstreichen, dass die Grundlagen der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls seit mehr als 30 Jahren unverändert sind. Im Ergebnis einer strukturierten Befragung der Fachkreise zum Novellierungsbedarf wurde bestätigt, dass der irreversible Hirnfunktionsausfall und somit der Tod nach den Maßgaben der Richtlinie sicher und unzweifelhaft diagnostiziert werden kann. Überarbeitungsbedarf wurde insbesondere bezüglich neuer apparativer Methoden für den Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes, der neuropädiatrischen einschließlich neonatologischen Besonderheiten der Diagnostik und der ärztlichen Qualifikation gesehen. Darüber hinaus wurde der Richtlinienentwurf im Interesse der Anwenderfreundlichkeit redaktionell überarbeitet und um einen ausführlichen Begründungstext ergänzt, um den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen.

Was sind gemäß der jetzt veröffentlichten Richtlinie die Voraussetzungen für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls?

Montgomery: Die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls erfolgt wie bisher nach einem dreistufigen Schema. Voraussetzung für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ist der zweifelsfreie Nachweis einer akuten schweren primären oder sekundären Hirnschädigung sowie der Ausschluss reversibler Ursachen. Wenn der zweifelsfreie Nachweis einer akuten schweren primären oder sekundären Hirnschädigung erfolgt ist und alle anderen Ursachen ausgeschlossen wurden, müssen in einem zweiten Schritt alle geforderten klinischen Ausfallssymptome, also Bewusstlosigkeit, Hirnstamm-Areflexie und Atemstillstand, nachgewiesen werden. Danach muss abschließend die Irreversibilität der klinischen Ausfallssymptome durch die klinischen Verlaufsuntersuchungen nach den vorgesehenen Wartezeiten oder durch ergänzende Untersuchungen bestä-

tigt werden. Auf diesem Vorgehen beruht die Sicherheit der Todesfeststellung.



Überarbeitungsbedarf gab es insbesondere bezüglich neuer Methoden, sagt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

Welche Anforderungen werden an die ärztlichen Qualifikationen gestellt?

Montgomery: Die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und dokumentierenden Ärzte müssen wie bisher über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen verfügen. Diese Regelung, durch die die Basis der praktischen Erfahrung in der Diagnostik sichergestellt werden soll, wurde mit der Vierten Fortschreibung formal und inhaltlich präzisiert. So müssen die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und dokumentierenden Ärzte Fachärzte sein und die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufweisen, um die Indikation zur Diagnostik eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu prüfen, die klinischen Untersuchungen durchzuführen und die angewandte apparative Zusatzdiagnostik im Kontext der diagnostischen Maßnahmen beurteilen zu können. Darüber hinaus muss mindestens einer der den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und dokumentierenden Ärzte Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein. Die richtliniengemäße ärztliche Qualifikation ist auf dem Protokollbogen zu bestätigen. Auch die Anforderungen an die Qualifikation der die ergänzenden Zusatzuntersuchungen erbringenden Ärzte wurden präzisiert.

medizin & ethik

Fortsetzung von Seite 17

Warum wird in der Richtlinie nicht mehr vom Hirntod, sondern vom irreversiblen Hirnfunktionsausfall beziehungsweise vom Tod des Menschen gesprochen?

Montgomery: Der umgangssprachliche Begriff „Hirntod“ hat zu Missverständnissen geführt. Mir ist daher die sprachliche Klarstellung der begrifflichen Bezüge sehr wichtig: Mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt. Das unwiderrufliche Erlöschen der Gehirnfunktion wird entweder durch die in der Richtlinie dargestellten Verfahrensregeln oder durch das Vorliegen anderer sicherer Todeszeichen, wie Totenflecke oder Leichenstarre, nachgewiesen. Liegt ein anderes sicheres Todeszeichen vor, so ist damit auch der irreversible Hirnfunktionsausfall eingetreten und nachgewiesen. In diesem Sinne werden in der Vierten Fortschreibung der Richtlinie durchgehend die naturwissenschaftlich-medizinisch korrekten Bezeichnungen verwendet.

Dient die Richtliniennovelle auch dazu, wieder mehr Vertrauen in die Transplantationsmedizin in Deutschland zu schaffen?

Montgomery: Die Frage nach dem eingetretenen irreversiblen Hirnfunktionsausfall stellt sich insbesondere in der Intensivmedizin. Hier ist die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ein unverzichtbares Instrument der Prognoseeinschätzung für weitere Therapieentscheidungen, unabhängig von der Frage einer Organ- oder Gewebespende. Ich möchte an dieser Stelle unterstreichen, dass die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls nicht für, sondern gegebenenfalls vor Organ- oder Gewebespenden erfolgt. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland nur etwa jede zweite Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls im Kontext einer postmortalen Spende erfolgt. Die vorliegende Vierte Fortschreibung mit ihrem ausführlichen Begründungstext richtet sich nicht nur an Ärzte, sondern an alle an diesem Thema Interessierten. Unser Ziel ist es, das Vertrauen in die richtlinienkonform durchgeführte Todesfeststellung weiter zu stärken. Dazu müssen wir Ärzte auf verständliche und nachvollziehbare Weise erklären, was der irreversible Hirnfunktionsausfall bedeutet, um möglichen Unsicherheiten und Ängsten in diesem sensiblen Bereich der Intensivmedizin entgegenzutreten. Wer die Bedeutung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als sicheres Todeszeichen versteht, kann seine Entscheidung zur Organ- oder Gewebespende dann informiert treffen. ■

Bessere Kommunikation, gerechtere Versorgung

Ärztenschaft positioniert sich zur Telemedizin

Telemedizinische Verfahren sind in einzelnen Versorgungsbereichen bereits weit verbreitet, etwa in der Akutbehandlung von Schlaganfall-Patienten. In anderen Gebieten befinden sich telemedizinische Methoden in der Erprobung oder haben den Sprung in die Regelversorgung noch nicht geschafft. In einem Positionspapier benennt die Bundesärztekammer Anwendungsgebiete für Telemedizin und zeigt auf, in welchen Fällen diese Methoden für die Patienten besonders nützlich sind. Zudem werden Anforderungen an telemedizinische Versorgungskonzepte zusammengestellt.

„Angesichts der raschen Entwicklung dieser modernen Versorgungsmethoden ist es wichtig, unsere ärztliche Sichtweise auf diese Verfahren zu artikulieren und anderen interessegeleiteten Akteuren entgegen zu setzen. Deshalb zeigen wir Anwendungsfelder auf, in denen ein stärkerer Einsatz telemedizinischer Methoden zum Wohle unserer Patienten wünschenswert ist“, sagte Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer. Zuvor hatten auch die Abgeordneten des 118. Deutsche Ärztetags in Frankfurt am Main dem Positionspapier mit großer Mehrheit zugestimmt.

Dem Papier zufolge sind Qualitätssteigerungen durch verbesserte innerärztliche Kommunikation und erhöhte Versorgungsgerechtigkeit wesentliche Ziele von Telemedizin. Zudem können telemedizinische Verfahren Versorgungslücken beseitigen oder mit dazu beitragen, dass diese gar nicht erst entstehen.

Die qualitätssteigernden Effekte telemedizinischer Patientenversorgung lassen sich bereits heute in verschiedenen Telekonsilverfahren wie der Teleradiologie oder der Telepathologie beobachten. Auch im Bereich der Notfallversorgung wie beispielsweise der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten kann durch Telekonsile eine optimale Versorgung unabhängig vom Wohnort angeboten werden. Bei chronischen Erkrankungen wie der Herzinsuffizienz kann durch Telemonitoring von Vitalparametern und zugehörigem Remote Patient Management eine kontinuierliche Versorgung der Patienten gewährleistet werden. Dekompensationen können frühzeitig entdeckt und entsprechend gegengesteuert werden.

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

Montgomery als BÄK-Präsident wiedergewählt

Delegierte des 118. Deutschen Ärztetags bestätigen Vorstand im Amt

Der bisherige Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) ist auch der neue: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery wurde von den Delegierten des 118. Deutschen Ärztetags für weitere vier Jahre in seinem Amt bestätigt. Der Radiologe aus Hamburg erhielt 161 von 230 gültigen Stimmen. Es gab keinen Gegenkandidaten.

Montgomery kündigte an, sich weiter für die Einheit der Ärzteschaft einsetzen zu wollen. Die ärztliche Freiberuflichkeit müsse bewahrt und die ärztliche Selbstverwaltung gestärkt werden. Freiberuflichkeit sichere freie medizinische Entscheidungen und die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnis.



Frisch gewählt: Dr. Max Kaplan, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Martina Wenker (v. l.)

Die Wahlen standen nach vier Jahren turnusgemäß an. Montgomery war auf dem 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel erstmalig zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt worden. Er ist zugleich Präsident der Ärztekammer Hamburg und seit 1986 Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Von 1989 bis 2007 war er Bundesvorsitzender des Marburger Bundes.

Als Vizepräsidentin wurde Dr. Martina Wenker (56) in ihrem Amt bestätigt. Sie erhielt 221 von 245 gültigen Stimmen. Der dreiköpfigen Spitze der Bundesärztekammer gehört sie seit 2011 an. Dort setzt sie sich besonders für die Ethik in der Berufsausübung ein. Die Fachärztin für Innere Medizin und Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen arbeitet seit 1992 als Oberärztin im Kreiskrankenhaus Diekholzen. Wenker ist unter anderem Vorsitzende der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sowie Vorsitzende des Ausschusses und

der Ständigen Konferenz „Gesundheit und Umwelt“ der Bundesärztekammer.

Ebenfalls im Amt des BÄK-Vizepräsidenten bestätigt wurde Dr. Max Kaplan (62), der seit 2007 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer ist. Er erhielt 209 von 233 gültigen Stimmen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist seit 2010 Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin. Seit dem Jahr 2011 hat er außerdem den Vorsitz des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung sowie den des Ausschusses Medizinische Fachberufe inne.

Lundershausen und Reinhardt als außerordentliche Vorstände gewählt

Darüber hinaus entschied der Ärztetag über die Besetzung der beiden außerordentlichen Vorstände der Bundesärztekammer. Diese sind Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, die nicht Präsidenten einer Ärztekammer und damit nicht Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer sind.

In ihrem Amt bestätigt wurde die Thüringer HNO-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen (64) mit 133 von 248 gültigen Stimmen. Sie gehört dem Gremium bereits seit 2011 an. Seit mehr als 20 Jahren engagiert sich Lundershausen in der ärztlichen Berufspolitik, unter anderem in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und dem Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte, dessen Vizepräsidentin sie im Bundesvorstand ist. Juni 2015 wurde sie außerdem Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen (s. Seit 20).

Als neues Mitglied konnte der BÄK-Vorstand Dr. Klaus Reinhardt (54) begrüßen. Der Allgemeinmediziner mit einer Praxis in Bielefeld erhielt 123 von 244 gültigen Stimmen. Er setzte sich im zweiten Wahlgang gegen Dr. Susanne Johanna durch. Reinhardt ist seit dem Jahr 2011 Vorsitzender des Hartmannbundes. Außerdem amtiert er bereits seit zehn Jahren als Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Als eine der zentralen Herausforderungen seiner künftigen Arbeit im Vorstand der BÄK sieht er unter anderem die Entwicklung zukunftssicher strukturierter Versorgungskonzepte.



Dr. Klaus Reinhardt

personalia

Lundershausen neue Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen



Dr. Ellen Lundershausen

Neue Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen ist die HNO-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen aus Erfurt. Sie ist seit 2007 Vizepräsidentin der Landesärztekammer Thüringen und engagiert sich darüber hinaus für den Berufsverband der HNO-Ärzte, dessen Vizepräsidentin sie im Bundesvorstand ist. Gewählt wurde sie mit 38 Stimmen bei einer Gegenstimme und einer Enthaltung. Sie löst damit den

bisherigen Präsidenten, den Suhler Kardiologen Dr. Mathias Wesser, ab, der für dieses Amt nach acht Jahren nicht mehr kandidierte. Zuvor war Dr. Wesser 17 Jahre Vizepräsident der Landesärztekammer gewesen.

Als Vizepräsidenten wurden der Chirurg Dr. Uwe Schotte, Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Eichsfeld-Klinikum, und der Onkologe und Palliativmediziner PD Dr. Ulrich Wedding, Chefarzt am Uniklinikum Jena, gewählt. ■

Bodendieck folgt Schulze als Präsident der LÄK Sachsen

Erik Bodendieck ist neuer Präsident der Landesärztekammer Sachsen. Der sächsische Ärztetag wählte ihn für die kommenden fünf Jahre. Der 48-jährige Allgemeinmediziner erhielt in der Kammerversammlung 70 Stimmen, bei zwölf Gegenstimmen und sieben Enthaltungen. Bodendieck war bereits seit 2007 Vizepräsident der Landesärztekammer.

Sein Vorgänger, Prof. Dr. Jan Schulze, hatte nach 16 Amtsjahren nicht mehr als Kammerpräsident kandidiert.

Dipl.-Med. Petra Albrecht wurde zur Vizepräsidentin gewählt. Sie ist Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Öffentliches Gesundheitswesen und leitet das Gesundheitsamt in Meißen. Zweiter Vizepräsident ist Dr. Rainer Kobes, Facharzt für Innere Medizin und Chefarzt der Inneren Abt. 1 der Pleissentalklinik in Werdau. ■



Erik Bodendieck

Montgomery in den Vorstand des Bundesverbandes freier Berufe gewählt

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) hat ein neues Präsidium gewählt. Erstmals fanden zudem die Wahlen zum BFB-Vorstand statt. In das Gremium wurde auch Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, gewählt.

In seinem Amt als Präsident bestätigt wurde Dr. Horst Vinken, Präsident der Bundessteuerberaterkammer. Ebenfalls wiedergewählt als Vizepräsident und Schatzmeister wurde der Präsident des Deutschen Steuerberaterverbandes, Harald Elster.

In ihrem Amt als Vizepräsident bestätigt wurden auch Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Wolfgang Ewer vom Deutschen Anwaltverein, und Gerhard Albrecht, Vizepräsident der Wirtschaftsprüferkammer. Neu im Präsidium sind Dipl.-Ing. Barbara Ettinger-Brinckmann, Präsidentin der Bundesarchitektenkammer, Dr. Andreas Gasen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dipl.-Ing. Hans-Ullrich Kammeyer, Präsident der Bundesingenieurkammer, und RA/StB Dr. Björn Demuth, Präsident der Freien Berufe Baden-Württemberg. ■

Impressum

BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

Redaktion

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

Druck

Pinguin Druck GmbH, Berlin

Redaktionsanschrift

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Tel: 030 - 40 04 56 700
Fax: 030 - 40 04 56 707
presse@baek.de
www.baek.de

Redaktionsschluss

08.07.2015