

BÄK INTERN

INFORMATIONSDIENST DER BUNDESÄRZTEKAMMER



Kieler Woche gibt Kurs vor

Ärzte beraten Versorgungsgesetz



Die Richtung stimmt. Der 114. Deutsche Ärztetag wird dennoch auf Kurskorrekturen drängen, damit die Koalition mit ihrem Versorgungsgesetz ihr Ziel erreicht – die langfristige Sicherung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung.

„Auf jedem Schiff, das dampft und segelt, gibt es einen, der die Sache regelt – und das bin ich.“ In für ihn besseren Zeiten hat der ehemalige FDP-Vorsitzende Guido Westerwelle auf diese Weise seinen Führungsanspruch in der Partei untermauert. Mittlerweile hat der ehemalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler das Steuerrad übernommen und müht sich, die Liberalen wieder in ruhigeres Fahrwasser zu führen. Zeit sich einzuarbeiten hatte der neue Parteichef nicht. Vor dem liberalen Parteitag in Rostock hatte er alle Hände voll zu tun, die neue Führungsmannschaft zusammenzustellen und auch für sich selbst neue Perspektiven im

schwarz-gelben Bundeskabinett zu eröffnen. Für Rösler – nun Bundeswirtschaftsminister – ist sein ehemaliger Staatssekretär und FDP-Landeschef in Nordrhein-Westfalen, Daniel Bahr, an die Spitze des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) aufgerückt.

Ärztetag setzt Impulse

Beide dürften angesichts der Führungskrise der Liberalen in den letzten Wochen nur wenig Zeit für die Gesundheitspolitik gehabt haben. Auf die lange Bank geschoben haben sie ihr wichtigstes Reformprojekt in diesem Jahr – das sogenannte Versorgungsgesetz – trotz-

dem nicht. Wenn es dennoch zu zeitlichen Verzögerungen kommt, dann deshalb, weil Bund und Länder derzeit hart um Zuständigkeiten bei der geplanten Neuregelung der ärztlichen Bedarfsplanung verhandeln. Doch für die Ärzteschaft könnte sich diese Kontroverse noch als Vorteil erweisen. Bis zum 114. Deutschen Ärztetag in Kiel wird allenfalls ein Referentenentwurf für das Gesetzesvorhaben vorliegen. Wenn die 250 Delegierten aus ganz Deutschland Anfang Juni zur Kieler Woche der Ärzteschaft in die Ostseestadt kommen, haben sie somit die Möglichkeit, wichtige Impulse für den weiteren Reformkurs der Regierung zu setzen. »

MAI 2011

AUS DEM INHALT

12 Fragen für 12 Jahre 4
Interview mit dem Klassik-Fan und Präsidenten der BÄK, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

Patientenrechte: Zöller legt erste Eckpunkte für ein Gesetz vor 7

Ärzte im „Dritten Reich“: Erst spät, zu spät zur Schuld bekannt 8
BÄK legt Forschungsbericht „Medizin und Nationalsozialismus“ vor / Forschungspreis von BMG, BÄK und KBV verliehen

Kampfansage an die „stillen Killer“ 11
EU-Parlament verabschiedet Richtlinie zu Arzneimittelfälschungen

Arztbesuche ohne Schlagbaum 12
EU-Parlament und Rat einigen sich auf Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Neue Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – eine Revolution? 15

PID spaltet das Parlament 18
Deutscher Ethikrat legt Stellungnahme vor / BÄK plädiert für Zulassung in engen Grenzen

Fortsetzung von Seite 1

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hatte bereits zu Beginn der politischen Beratungen über das Versorgungsgesetz angemahnt, dass sich die Initiative nicht in einer Reform der Bedarfsplanung erschöpfen dürfe. Tatsächlich lassen die bisher bekannt gewordenen Pläne der Koalition vermuten, dass mit dem Versorgungsgesetz gleich ein ganzer Strauß an Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels gebunden werden soll. Dabei ist eher nicht zu erwarten, dass der neue Bundesgesundheitsminister bei der Gesetzesinitiative gänzlich andere Schwerpunkte setzen wird als sein Vorgänger.

Morbidität bei Versorgungsgesetz berücksichtigen

Grundsätzlich ist die Ärzteschaft mit dem eingeschlagenen Kurs zufrieden. Kritik insbesondere am Kern des Gesetzes – der Neuregelung der Bedarfsplanung – gibt es dennoch. Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt zwar die angekündigte Flexibilisierung der Planungsbereiche sowie die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen – also den Werten, die festlegen, wann eine Unterbeziehungsweise Überversorgung besteht. Angeführt wird jedoch, dass die derzeitigen Pläne die Morbidität nicht berücksichtigen und keine systematische Weiterentwicklung zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung vorsehen.

Auch die Länder sehen bei den Plänen für die Neuorganisation der Bedarfsplanung Nachbesserungsbedarf. Ihr Einfluss auf die Versorgungsplanung wird voraussichtlich weit weniger groß sein, als es ihnen Rösler zuvor zugesagt hatte. Ursprünglich hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) für die

Bedarfsplanung die obligatorische Einrichtung regionaler sektorübergreifender Steuerungsgremien unter Beteiligung der Länder gefordert. Das BMG lehnte dies jedoch ab. Nach monatelangen Verhandlungen hatten sich beide Seiten dann auf ein Initiativrecht der Länder für Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung geeinigt. Nach einer Abstimmungsrunde zwischen den Gesundheitspolitikern von Union

dies findet sich in den Eckpunkten nicht wieder. Dem Vernehmen nach sehen insbesondere die Gesundheitspolitiker der Union bei diesen Punkten weiteren Gesprächsbedarf.

Kammern in Bedarfsplanung einbeziehen

BÄK-Präsident Hoppe hatte sich frühzeitig für die Einrichtung regionaler sektorübergreifender Steuerungsgremien ausgesprochen und

mern in diese Gremien mit einbezogen werden, wird somit in das Belieben der Länder gestellt.

Der Ärztetag in Kiel wird deshalb die Gelegenheit nicht ungenutzt lassen, Einfluss auf die laufenden Beratungen zum Versorgungsgesetz zu nehmen. Denn neben der Neuregelung der Bedarfsplanung sieht die Ärzteschaft auch bei weiteren Punkten der Gesetzesinitiative Korrekturbedarf. So sei etwa eine stärkere Einbeziehung der Ärztekammern bei den geplanten Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin und allgemein zur Steigerung der Attraktivität kurativ ärztlicher Tätigkeit notwendig. Auch bei der künftigen Ausgestaltung des Medizinstudiums ist nach Ansicht der Bundesärztekammer eine stärkere Beteiligung der Ärzteschaft erforderlich. Nachbesserungen sind zudem bei den Plänen für die schrittweise Etablierung einer „ambulanten spezialärztlichen Versorgungsebene“ notwendig. Um Mengenausweitungen auf Kosten der niedergelassenen Fachärzte zu vermeiden, schlägt Hoppe vor, die Zulassung von Krankenhäusern zur fachärztlichen Spezialversorgung zwar von der Bedarfsplanung auszunehmen, diese aber an eine Prüfung zu knüpfen, bei der die vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigt wird.

Von Kiel wird der neue Bundesgesundheitsminister also die Botschaft mitnehmen, dass der eingeschlagene Kurs in der aktuellen Gesetzgebung grundsätzlich richtig ist. Will die Koalition aber das angestrebte Ziel erreichen – nämlich die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch dauerhaft zu sichern – müssen Bund und Länder an verschiedenen Stellen noch einmal nachjustieren. Die Ärzteschaft wird sie dabei unterstützen. ■



Vom Hörsaal in die Patientenversorgung: Das geplante Versorgungsgesetz beinhaltet auch die Neuausgestaltung des Medizinstudiums.

und FDP war bei der Präsentation des 37-seitigen Eckpunktepapiers für das Gesetz am 8. April davon jedoch nicht mehr die Rede. Auf Basis der G-BA-Vorgaben sollen auf Länderebene wie bisher Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen über die regionale Bedarfsplanung verhandeln. Die Länder können Vorschläge einbringen und an den Beratungen teilnehmen. Mitentscheiden dürfen sie nicht. Zudem hatten sich BMG und GMK in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf ein Beanstandungs- und Initiativrecht der Länder bei Verträgen zur Integrierten Versorgung und Selektivverträgen verständigt. Auch

hierbei auch eine Beteiligung der Landesärztekammern gefordert. Er verwies gegenüber den Gesundheitsministern der Länder darauf, dass die Ärztekammern zentrales Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung seien. Zudem verfügten die Kammern sektorübergreifend über die Definienskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte und steuerten darüber maßgeblich das Versorgungsangebot mit. Nun sind die von den Ländern geforderten regionalen Steuerungsgremien allenfalls als Option vorgesehen, deren Beschlüsse nur Empfehlungscharakter haben sollen. Ob auch Ärztekam-

Evaluation der Weiterbildung: Kammern starten zweite Befragungsrunde

Das gemeinsame Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ von Bundesärztekammer und Landesärztekammern zur Qualität der Weiterbildung in Deutschland geht in die zweite Runde: Die bundesweite Befragung startet am 1. Juni 2011. Dann können Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und die Weiterbildungsbefugten erneut über ein Online-Portal Auskunft zu den Stärken, Schwächen und Verbesserungspotenzialen der Weiterbildung geben.

Bereits 2009 wurde eine erste Befragung auf der Basis eines seit Jahren in der Schweiz etablierten Erhebungsverfahrens durchgeführt. In Auswertung der Erfahrungen, die in den vergangenen zwei Jahren gemacht wurden, erhalten die Weiterzubildenden diesmal ihre persönlichen Zugangsdaten zum Internetportal der Evaluation nicht von ihren Weiterbildern, sondern direkt von der zuständigen Ärztekammer. Voraussetzung ist, der Weiterbildungsbeauftragte hat seine

Weiterzubildenden mit deren Einverständnis in einem nicht öffentlich zugänglichen Bereich des Internetportals namentlich oder mittels der einheitlichen Fortbildungsnummer eingetragen. Weiterzubildende können aber auch unabhängig vom Weiterbildungsbefugten an der Evaluation teilnehmen, wenn sie sich direkt an die speziell eingerichteten Hotline-Stellen der Ärztekammern wenden. Insbesondere diejenigen Weiterzubildenden, denen ihre persönlichen Zugangsdaten bis Ende

Juli 2011 nicht automatisch durch die Ärztekammer zugestellt wurden, sollten ihre Zugangsdaten über die Hotline anfordern. Die Weiterbildungsbefugten erhalten die Zugangsdaten wie bei der ersten Befragung von ihrer Ärztekammer.

Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Evaluation erfolgt auch in diesem Jahr durch die Professur Consumer Behavior der Eidgenössischen Technischen

hochschule Zürich. Sobald die Ergebnisse der Befragung bezüglich der eigenen Weiterbildungsstätte – sogenannter Individueller Befugtenbericht – über das Internetportal abrufbar sind, erhalten die Weiterbildungsbefugten von ihrer Kammer ein Informationsschreiben. Um größtmögliche Transparenz über die Bewertung der einzelnen Weiterbildungsstätten herzustellen, werden nach der Befragung 2011 ausgewählte aggregierte Mittelwerte zu einzelnen Fragekomplexen aus dem Individuellen Befugtenbericht in Form eines Spinnendiagramms der Weiterbildungsstätte veröffentlicht. Der Befugte hat innerhalb einer bestimmten Frist die Möglichkeit,

der Veröffentlichung seiner Ergebnisse zu widersprechen. Die Weiterbildungsbefugten werden gebeten, die Ergebnisse der Befragung, insbesondere den Befugtenbericht, mit den bei ihnen tätigen Weiterzubildenden zu besprechen. ■



Moderne Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter entwickeln

In Deutschland leben mehr als 13 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Die meisten von ihnen sind gesund. Doch vor allem bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Kindern mit einem Migrationshintergrund ist das nicht der Fall. Das Robert Koch-Institut hatte zwischen 2003 und 2006 mehr als 17.000 Kinder und Jugendliche aus ganz Deutschland nach ihrer Gesundheit, ihrer sozialen Lebenssituation sowie nach gesundheitsgefährdendem Verhalten befragt. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig, mehr als sechs Prozent sogar adi-

pös sind. Knapp ein Viertel zeigt ein auffälliges Essverhalten. Psychische Probleme haben etwa 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Der sozioökonomische Status, der Migrationshintergrund und die Wohnregion beeinflussen dies erheblich.

„Verhaltensweisen, die während der Kindheit entwickelt werden, prägen unsere Gesundheit und unser Gesundheitsverhalten bis ins Erwachsenenalter. Krankheiten, die in der Kindheit erworben werden, können über ein ganzes Leben hinweg die Lebensqualität beeinträchtigen“, erklärt Prof. Dr. Fred Zepp vom Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Deshalb müssten belastende, die Gesundheit negativ beeinflussende Faktoren beseitigt sowie Interventionen auf medizinischer, familiärer und gesellschaftlicher Ebene verstärkt werden. Dafür seien moderne Präventionskonzepte gerade für Kinder und Jugendliche von hoher Bedeutung. Der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel, auf dem Zepp entsprechende Konzepte vorstellen wird, befasst sich eingehend mit dieser Thematik.

Um Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung – vor allem bei der Ernährung, Bewegung sowie

psychische Belastungen – frühzeitig erkennen zu können, müssten Eltern bei den Früherkennungsforschungen besser über diese aufgeklärt und in geeignete Angebote zur Gesundheitsförderung vermittelt werden. Das setze jedoch voraus, dass der entsprechende § 26 des SGB V und die dazugehörigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dahingehend novelliert werden, so Zepp. Ärzte sollten zudem stärker in die Gestaltung lebensweltbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einbezogen und Faktoren einer gesunden Kindesentwicklung systematisch erforscht werden, fordert Zepp. ■

12 Fragen für 12 Jahre

Interview mit dem Klassik-Fan und Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

1. Das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer ist zeitraubend – wie viele Konzerte haben Sie als ausgewiesener Klassik-Fan in den vergangenen 12 Jahren nicht besuchen können?

Hoppe: Sie haben Recht, Zeit ist ein kostbares Gut, wenn man neben der Arbeit für die Bundesärztekammer

2. Was war Ihr größter Erfolg in der Berufspolitik?

Hoppe: Besonders in Erinnerung geblieben ist mir das Jahr 1992, also noch vor meiner BÄK-Präsidentschaft. Damals haben wir auf dem 95. Deutschen Ärztetag in Köln eine neue Weiterbildungsordnung geschaffen, mit der die unterschiedlichen Vorgaben in Ost und West zusammengeführt wurden. Die Reform war ein echter Meilenstein in der Entwicklung des Weiterbildungswesens. Aber noch etwas anderes ist mir wichtig: In den vergangenen Jahren ist es uns gelungen, eine Debatte über den künftigen Umgang mit den begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen anzustoßen. Wir haben die Politik aufgefordert, sich angesichts knapper Mittel mit Priorisierung im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen, wie es auch

in den skandinavischen Ländern geschieht. Am Anfang sind es damit auf strikte Ablehnung gestoßen. Jetzt nimmt die Debatte aber immer mehr an Fahrt auf.

3. Wenn Sie die letzten 12 Jahre Review passieren lassen, was würden Sie heute anders machen?

Hoppe: Vielleicht hätte ich noch früher mit dem politischen Märchen aufräumen sollen, das deutsche Gesundheitssystem sei überfinanziert.

In den vergangenen Jahren habe ich immer wieder darauf hingewiesen, dass das Gegenteil der Fall ist. Uns stehen in Deutschland für die gesetzliche Krankenversicherung nur sechs Prozent unseres Bruttoinlandsproduktes zur Verfügung. In den offiziellen Statistiken werden 10,5 Prozent genannt, aber nur deshalb, weil darin auch die Ausgaben der privaten Krankenversicherung mit abgebildet werden – und auch solche Leistungen, wie etwa die Reha, die in anderen Ländern nicht einbezogen werden. Betrachten wir nur die GKV, dann liegen wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln weit hinter vergleichbaren Industrieländern wie den Niederlanden, Frankreich oder Skandinavien.

4. Wenn der Gesundheitsminister Jörg-Dietrich Hoppe geheißen hätte, was wäre dann anders gelaufen?

Hoppe: Schwierige Frage. Aber ich meine schon, man hätte nicht über Jahre und Jahrzehnte leugnen dürfen, dass Praxen und Kliniken nur noch deswegen das hohe Niveau der Patientenversorgung haben, weil Ärzte und andere Beschäftigte die Unterfinanzierung unseres Systems

durch ihren hohen persönlichen Einsatz kompensieren. Die Politik hat uns Ärzte mit den Folgen dieser heimlichen Rationierung allein gelassen – entweder wir arbeiten unentgeltlich oder wir verweigern unseren Patienten Leistungen. Beides ist nicht akzeptabel.

5. Wie hat sich das Berufsbild des Arztes in den letzten 12 Jahren geändert?

Hoppe: Diese Frage hängt mit der vorherigen eng zusammen. Früher waren wir eher bereit, auf Kosten unseres Privatlebens die Abende oder manches Wochenende in der Klinik oder in der Praxis zu verbringen. Wir kannten das nicht anders. Die junge Ärztegeneration will heute zu Recht keine 80-Stundenwoche akzeptieren. Wie junge Leute in anderen Berufen auch, streben sie ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben an. Sie wollen ausreichend Zeit für die Familie und für Hobbys haben. Deshalb dürfen wir in der Diskussion über den Ärztemangel auch nicht nur die Köpfe zählen, sondern müssen mit berücksichtigen, wie viele Arbeitsstunden eine Ärztin oder ein Arzt auch tatsächlich leistet.

1940 in Thorn an der Weichsel geboren, musste die Familie von **Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe** im Januar 1945 fliehen – nach Hamburg, dann weiter nach Recklinghausen. Beim Umzug nach Bad Münstereifel 1948 sah Hoppe Köln zum ersten Mal. Dort studierte er von 1960 bis 1965 Medizin und arbeitete jeweils zwei Jahre als Medizinalassistent und als Assistenzarzt in der Inneren Medizin.

- ▶ 1975: Weiterbildung in Pathologie und Allgemeinmedizin
- ▶ 1975 bis 1982: Oberarzt für Pathologie in Solingen und Düren
- ▶ 1982 bis 2006: Chefarzt des Instituts für Pathologie der Krankenhaus Düren gGmbH
- ▶ Seit 1975: Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK)
- ▶ 1979 bis 1989: 1. Vorsitzender des Marburger Bundes – Bundesverband
- ▶ 1991 bis 1999: Vizepräsident der BÄK und des Deutschen Ärztetages
- ▶ Seit 1993: Präsident der Ärztekammer Nordrhein
- ▶ Seit 1999: Präsident der BÄK und des Deutschen Ärztetages



Quelle: Friedrich von Entenryp/epicure-alliance/dpa (2)

und die Ärztekammer Nordrhein auch noch in der Klinik tätig ist. Ich habe trotzdem darauf geachtet, dass die Musik nicht zu kurz kommt. Das klappte aber nicht immer. Besonders leid getan hat es mir um das Requiem zum 100. Todestag von Verdi. Das war im Januar 2001. Wir hatten an diesem Abend den Neujahrsempfang der Bundesärztekammer. Damals machte uns übrigens die neue Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ihre Aufwartung.

6. Ist der Arzt von Morgen noch Heiler oder doch schon eher ärztlicher Kaufmann?

Hoppe: Ärzte werden in erster Linie als Heiler wahrgenommen. Dieses Bild müssen wir bewahren, auch wenn das nicht einfach ist. Die Kostendämpfungspolitik der letzten Jahrzehnte hat dazu geführt, dass wir in vielen Bereichen des Gesundheitswesens auf dem Weg in einen ruinösen Preiswettbewerb sind. Die Folge ist, dass Kommerzialisierung und Renditedenken auch die ärztliche Freiberuflichkeit und das ärztliche Ethos bedrohen. Vor allem mit Blick auf die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen müssen wir uns immer wieder bewusst machen, dass Patienten keine Kunden und Ärzte keine Händler der Ware „Gesundheit“ sind. Wir haben deshalb schon vor fünf Jahren „Zehn Gebote“ als Orientierungsmaßstäbe für ärztlich verantwortbares Handeln im Umgang mit IGeL entwickelt. Damit wollen wir verhindern, dass der Eindruck entsteht, uns Ärzten ginge es primär um ein Zusatzgeschäft und nicht um sinnvolle Zusatzleistungen.

7. Welchen Ratschlag haben Sie Ihrem Sohn, einem jungen Arzt, für die Zukunft gegeben?

Hoppe: Viel wichtiger als Ratschläge zu erteilen ist es, den jungen Kollegen zuzuhören und auch ernsthaft zuzuhören. Nur dann können wir auch wirklich helfen und nur dann finden wir als ärztliche Selbstverwaltung wirklich Akzeptanz.

8. Wie kann der Gedanke von Freiberuflichkeit und ärztlicher Selbstverwaltung lebendig gehalten werden?

Hoppe: Wir müssen den jungen Kolleginnen und Kollegen wie auch der Politik immer wieder klar

machen, dass die ärztliche Freiberuflichkeit kein Selbstzweck ist. Die Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung ist Grundlage des spezifischen Vertrauensverhältnisses von Patient und Arzt. Zugleich ist die Selbstverwaltung Ausdruck dieser Freiberuflichkeit und Instrument ihrer Sicherung. Das sind große Worte und das ist ein großer Anspruch. Und wir können dem nur gerecht werden, wenn wir die nachwachsende Ärztegeneration für diese Ideen begeistern können. Nur die ärztliche Selbstverwaltung kann uns vor staatlichem Dirigismus bewahren und den Raum sichern, den wir für eine freie ärztliche Berufsausübung brauchen.

„Viel wichtiger als Ratschläge zu erteilen ist es, den jungen Kollegen zuzuhören und auch ernsthaft zuzuhören. Nur dann können wir auch wirklich helfen und nur dann finden wir als ärztliche Selbstverwaltung wirklich Akzeptanz.“

9. Wie lässt sich die medizinische Versorgung auf Dauer sicherstellen?

Hoppe: Da gibt es nur zwei Möglichkeiten: Entweder, es fließt mehr Geld in das System, so dass medizinische Innovationen finanziert und die steigenden Kosten aufgrund der demografischen Entwicklung gedeckt werden können, oder aber wir setzen Prioritäten bei der Bereitstellung medizinischer Leistungen. Lieber wäre mir natürlich, wir würden die Gesundheitsversorgung ausreichend finanzieren. Das aber wird schwierig, weil das Gesundheitswesen im Gegensatz zu anderen Bereichen wie Bildung und Forschung

meist nur als Kostenfaktor gewertet wird. Dabei wird übersehen, dass das Gesundheitswesen rund zehn Prozent unseres Bruttoinlandsprodukts erwirtschaftet.

10. Was steht noch auf Ihrer Agenda in der Ärztekammer Nordrhein?

Hoppe: Wir werden entschlossen gegen den zunehmenden Ärztemangel im Land angehen. Im Moment können in Nordrhein-Westfalen rund 1.500 Arztstellen in den Krankenhäusern und 500 im ambulanten Bereich nicht besetzt werden. Vor allem für eine Tätigkeit als Hausarzt müssen angehende Mediziner schon während der Ausbildung begeistert wer-

den. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass an allen medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen kurzfristig Institute und Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet werden. Aber auch die Kammer selbst ist schon aktiv geworden, indem wir nachhaltige Programme fördern, wie die hausärztlichen Weiterbildungsverbände, die in vielen Orten und Regionen in Nordrhein-Westfalen entstehen.

11. Und was steht auf Ihrer ganz persönlichen Agenda nach dem Kieler Ärztetag?

Hoppe: Ich bin mit Leib und Seele Pathologe. Die Arbeit im Institut habe ich trotz der Berufspolitik nie vernachlässigt. In Zukunft kann ich mich wieder stärker auf die Pathologie konzentrieren. Aber noch wichtiger ist natürlich, dass ich künftig wieder mehr Zeit für die Familie haben werde.

12. Ihr Tipp für den nächsten Präsidenten der Bundesärztekammer?

Hoppe: Trotz der herausragenden politischen Bedeutung dieses „Amtes“ – Arzt bleiben. ■



Übergang von Kinder- zu Erwachsenenmedizin verbessern

Immer mehr Kinder mit meist chronischen Krankheiten, die noch vor einer Generation nicht behandelt werden konnten, erreichen dank des medizinischen Fortschritts heute das Erwachsenenalter. Doch der Übergang von der kindzentrierten Versorgung in die Erwachsenenmedizin weise nach wie vor große Defizite auf. Das gefährde die Qualität und Intensität der medizinischen Betreuung der jährlich rund 120.000 davon betroffenen Patienten. Deshalb müsse der Transfer künftig patientenzentriert, flexibel, kontinuierlich und flächendeckend umgesetzt werden, forderten Experten auf dem Symposium „Transition – Spezielle Versorgungsanforderungen an die medizinische Betreuung im Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter“. Zu diesem hatte die Bundesärztekammer (BÄK) im Rahmen ihrer Förderinitiative Versorgungsforschung nach Berlin geladen.

Auch wenn es mittlerweile eine Reihe von Initiativen und Projekten in diesem Bereich gebe, so seien diese jedoch nur unzureichend koordiniert und vernetzt. Zudem seien bislang die Effekte der Konzepte nicht ausreichend evaluiert worden. „Wir müssen nicht nur wissen, ob ein vorgeschlagener Ansatz einen Zusatznutzen bringt, sondern auch, ob und wie eine angemessene Verbreitung der entsprechenden Ansätze erreicht werden kann“, erklärte Prof. Dr. Peter Scriba, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung, und wies auf den Bedarf nach weiterer Versorgungsforschung in diesem Bereich hin. Die Versorgungsforschung wird auch auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel Anfang Juni 2011 diskutiert werden. ■

Kinderschutz: Ärztliche Schweigepflicht soll gelockert werden

Das neue Kinderschutzgesetz soll Kinder besser vor Vernachlässigung und Misshandlung schützen. Hebammen sollen in bestimmten Fällen Familien über die bisher vorgegebenen acht Wochen hinaus bis zu ein Jahr lang medizinisch und sozial betreuen, erklärte Bundesfamilienministerin Kristina Schröder (CDU) bei der Vorstellung des Referentenentwurfs in Berlin. Dafür sollen ab 2012 jährlich 30 Millionen Euro bereitgestellt werden. Familienhebammen sollen so im Konfliktfall zum Dreh- und Angelpunkt kommunaler Netzwerke zwischen Jugendämtern, Ärzten, Familiengerichten und El-

milienhebammen grundsätzlich begrüßt. Deren spezifische Kompetenzen in den ersten Lebensmonaten von Kindern könnten für den Schutz vor Misshandlung und Vernachlässigung förderlich sein. Doch eine Lotsenfunktion im Kinder- und Jugendschutz würde deren eigentlichen berufsgesetzlichen Auftrag zur Geburtshilfe nach § 5 Hebammengesetz übersteigen, heißt es in einer gemeinsamen Stellungnahme von BÄK und KBV zum Entwurf eines Kinderschutzgesetzes. „Hebammen sind ein wichtiges Verbindungsglied zwischen den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie

grüße ich außerordentlich“, so Dr. Max Kaplan, Mitglied der Ständigen Konferenz „Prävention und Gesundheitsförderung“ der BÄK.

Die geplante Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt sehen BÄK und KBV deshalb als einen ersten wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Kritisch seien jedoch die rechtlich nicht eindeutigen Formulierungen dazu. So gehe aus dem Entwurf bislang nicht hervor, „was als gewichtige Anhaltspunkte zu bewerten“ ist – hilfreich wäre etwa eine exemplarische Aufzählung entsprechender Anhaltspunkte, empfehlen die beiden Ärzteorganisationen. Um außerdem Eingriffe in das Vertrauensverhältnis Patient/Eltern und Arzt zu umgehen, müsse auch der vertrauliche Umgang mit den Informationen sichergestellt sein. „Entscheidend ist hier eine bundeseinheitliche Regelung“, erklärte Kaplan, der auch Präsident der Bayerischen Landesärztekammer ist.



Hegt ein Arzt den Verdacht, dass ein Kind misshandelt oder vernachlässigt wird, soll er künftig das Jugendamt darüber informieren können.

tern werden. Ein Hausbesuch der Jugendhilfe soll zudem verpflichtend werden, um die Lebenssituation des Kindes einschätzen zu können – vorausgesetzt, dieser ist nach fachlicher Einschätzung erforderlich und stellt den Schutz des Kindes nicht in Frage.

Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben den Einsatz von Fa-

den ärztlichen Einrichtungen, wobei den Ärzten eine zentrale Rolle zukommt. Vor allem Ärzte können die ersten Anzeichen richtig deuten, wenn Kinder misshandelt werden, unterernährt oder anderen Gefahren ausgesetzt sind. Das Engagement des Staates, die aufsuchende Gesundheitsfürsorge zu stärken, wobei alle Gebietskörperschaften – Bund, Länder und Gemeinden – einbezogen werden müssten, be-

Regionale Lösungsansätze für einen vertraulichen Informationsaustausch gebe es bereits: So verpflichte beispielsweise Artikel 14, Absatz 6 des bayerischen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger dazu, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder den sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen während der Berufsausübung bekannt werden, unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen. Bei einer bundesweit einheitlichen Regelung müsse Ärzten aber auch das Recht eingeräumt werden, sich bei einem Verdacht auf Misshandlung und Vernachlässigung auszutauschen und bei Bedarf andere Stellen zu informieren. Damit solle ein Ärzte- oder Jugendamts-Hopping erschwert werden, so Kaplan. ■

Patientenrechte: Zöller legt erste Eckpunkte für ein Gesetz vor

Patienten sollen – wenn es nach dem Willen der Koalition geht – bald ihre Rechte im Umgang mit Ärzten und Krankenkassen leichter umsetzen können. Deshalb hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CDU), ein erstes Eckpunktepapier für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt, über das der Bundestag noch in diesem Jahr entscheiden soll. Bereits im Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 hatten sich Union und FDP darauf verständigt, Patientenrechte gesetzlich regeln zu wollen. Gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesjustizministerium will Zöller nun durchsetzen, dass Versicherte künftig schneller von ihrer Kasse eine Rückmeldung bekommen, wenn sie eine häusliche Krankenpflege oder medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen beantragen. Reagiert die Kasse nicht innerhalb einer gesetzlichen Frist darauf, gilt der Antrag als genehmigt.

Patienten in Deutschland verfügen schon heute über umfangreiche Rechte, die aber an unterschiedlichen Stellen geregelt sind. So würden sich – neben den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches – Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner sowie in Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz befinden, heißt es in dem Papier. Weitere Regelungen seien in den Berufsordnungen der Landesärztekammern enthalten. Schließlich seien Patientenrechte derzeit auch maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt. „Patienten haben jedoch oft das Gefühl, Bittsteller zu sein. Sie fühlen sich oft ohnmächtig in dem für sie intransparenten Gesundheitssystem“ moniert Zöller.

In dem geplanten Gesetzestext soll es beispielsweise nun einen „Behandlungsvertrag“ geben, der nicht nur für Ärzte, sondern auch für andere Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen sowie Psycho- und Physiotherapeuten gelten soll. Dazu gehört, dass Patienten umfassend über die Art der Behandlung und dabei möglicherweise auftretende Risiken informiert werden müssen. Das ist zwar schon jetzt vorgeschrieben, in Zukunft aber muss der Arzt den Patienten in einem persönlichen Gespräch darüber aufklären. Zudem sind Krankenakten „vollständig und sorgfältig“ zu führen, den Patienten ist der Einblick in diese zu gewähren.

Montgomery: „Gesetz ändert grundsätzlich nichts“

Der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden hatte sich bereits im vergangenen Jahr für eine Kodifikation der Patientenrechte ausgesprochen, doch „eine eigenständige neue Gesetzgebung im Kern für nicht notwendig“ erachtet. Denn schon jetzt habe jeder Patient das Recht auf eine angemessene Information und Beratung, auf eine standardgemäße Behandlung und Dokumentation sowie auf die Einsicht in die Behandlungsunterlagen. Patienten haben zudem Anspruch auf Vertraulichkeit und Datenschutz. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, sieht die Gesetzespläne dennoch gelassen. „Nach den Eckpunkten haben wir Ärzte mit dem Gesetz nichts zu befürchten.“ Patienten in Deutschland stehe nicht nur eines der weltweit leistungsfähigsten Gesundheitssysteme mit einem niedrighschwelligem Zugang zu qualitativ hochwertigen medizinischen Angeboten zur Verfügung, in keinem anderen Land der Welt sei auch das Recht der Patienten auf eine gute medizinische Versorgung so stark ausge-

prägt wie bei uns. „Bei dem Vorhaben der Bundesregierung zeichnet sich eine vernünftige gesetzliche Regelung ab, die auch Ergebnis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten in dieser Frage ist“, so Montgomery.

Ein weiterer Schwerpunkt des geplanten Patientenrechtegesetzes liegt darin, Risikovermeidungs- und Fehlermeldesysteme stärker in den Alltag von Krankenhäusern und Arztpraxen zu integrieren. So wird

dass der Schaden nicht durch einen Fehler verursacht wurde. Eine generelle Beweislastenumkehr aber sei nicht zielführend, sagte Zöller. „Dann bekommen wir amerikanische Verhältnisse.“ Zusätzlich sollen bei den Landgerichten Spezialkammern für Arzthaftungsrecht eingerichtet werden.

Vermutet hingegen ein Patient einen Behandlungsfehler, sollen die bislang üblichen Verfahrenswege beibehalten bleiben. Demnach



Patienten in Deutschland haben das Recht auf eine gute medizinische Versorgung. Dazu gehört auch eine vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung.

medizinischen Einrichtungen empfohlen, offensiver mit dem Thema Behandlungsfehler umzugehen und ihre Mitarbeiter dazu zu ermutigen, diese zu melden – ohne dass den „Berichtenden“ dadurch Nachteile drohen. Entstandene Fehler oder „Beinahe“-Fehler sollen systematisch erfasst und analysiert sowie – wenn nötig – Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. An Kliniken sollen Anlaufstellen für Patientenbeschwerden eingerichtet werden. Bei groben Fehlern und in bestimmten Fällen wird die heute schon richterrechtlich verankerte Umkehr der Beweislast gesetzlich fixiert. Der Arzt müsste beweisen,

sollte er sich zunächst an eine der bei den Ärztekammern angesiedelten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wenden. Dort können solche Streitfälle außergerichtlich beigelegt werden. Da diese Verfahren jedoch von Ärztekammer zu Ärztekammer verschieden sind, sollen die Bundesländer und die ärztliche Selbstverwaltung „einheitliche und transparente Verfahren unter Einbindung von Patientenvertretern“ erarbeiten. Lasse sich dennoch ein Gerichtsprozess nicht vermeiden, sollen die Kranken- und Pflegekassen – stärker als bisher – ihre Versicherten bei Schadensersatzansprüchen unterstützen. ■

Ärzte im „Dritten Reich“: Erst spät, zu spät zur Schuld bekannt

**BÄK legt Forschungsbericht „Medizin und Nationalsozialismus“ vor /
Forschungspreis von BMG, BÄK und KBV verliehen**

Angebote, bei Freunden unterzutauchen und sich so zu retten, schlug Dr. Marga Wolf (1880–1944) aus. Der jüdischen Ärztin war 1943 die medizinische Betreuung von Juden aus Stuttgart übertragen worden, die im Sammellager auf dem Killesberg auf ihre Deportation in die Konzentrationslager (KZ) warteten. Das dort herrschende Elend hat die Ärztin vielleicht in ihrem Entschluss bestärkt, ihren Leidensgenossen in den Lagern helfen zu wollen. So habe sie bei ihrer eigenen Deportation versucht, ihr ärztliches Besteck mitzunehmen, erinnerten sich später Bekannte von Marga Wolf. Dieses sei ihr jedoch noch vor dem Abtransport nach Theresienstadt abgenommen worden. Nach der Deportation wurden ihre in

bende des KZ Theresienstadt, dass Marga Wolf nach einem neunstündigen „Stehappell“ in eisigem Wind zusammengebrochen sei und sich nicht mehr erholt habe. Sie starb kurz vor ihrem 64. Geburtstag an einer Lungenentzündung.

Das Schicksal der jüdischen Ärztin Dr. Marga Wolf ist eines von fast 90 Biografien jüdischer Ärzte in Stuttgart während der Zeit des Nationalsozialismus (NS), die die Ärztin Susanne Rueß für ihre Dissertation recherchiert hat. Dafür wurde sie Ende März mit dem gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium (BMG), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgelobten Forschungspreis zur Rolle der

stoß für einen Forschungsbericht „Medizin und Nationalsozialismus“ gegeben. Im Beisein des damaligen Bundesgesundheitsministers Dr. Philipp Rösler (FDP) wurde dieser Ende März bei einer Gedenkveranstaltung in der Neuen Synagoge Berlin – Centrum Judaicum präsentiert. Eine unabhängige Expertenkommission unter der Leitung des Medizinhistorikers Prof. Dr. Robert Jütte hat den Bericht erarbeitet, um Bilanz über die bisherige Forschung zu ziehen und Perspektiven für künftige Projekte aufzuzeigen.

Rolle von Ärzten in der Nazizeit enttabuisiert

Unbestritten hat sich die Ärzteschaft erst spät, zu spät zu der Schuld von Ärzten im Nationalsozialismus bekannt. Als sich kurz nach dem Krieg 20 Ärzte, ein Wissenschaftler und zwei NS-Funktionäre wegen Medizinverbrechen vor dem amerikanischen Militärgerichtshof in Nürnberg verantworten mussten, begannen sich auch Deutsche Ärztetage, mit der NS-Zeit zu beschäftigen – zumal knapp 45 Prozent der deutschen Ärzte der NSDAP angehört hatten. Doch die Auseinandersetzung mit den von Ärzten im Namen der NS-Ideologie begangenen Verbrechen wurde bis weit in die 70er Jahre hinein nicht sehr intensiv betrieben. „Erst mit der Amtszeit von Prof. Dr. Karsten Vilmar wurde das Thema stärker als je zuvor enttabuisiert“, erklärte BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe bei der Vorstellung des Forschungsberichts.

Zu dem Bekenntnis der Mitschuld von Ärzten an den nationalsozialistischen Verbrechen gehören auch Initiativen der Bundesärztekammer zur wissenschaftlichen Erforschung der Rolle von Ärzten im „Dritten Reich“. „Dadurch wissen wir, dass Ärzte nicht nur weggesehen und geschwiegen, sondern aktiv an der systematischen Ermordung von Kranken und sogenannten gesellschaftlichen Randgruppen mitgewirkt haben. Die Erkenntnis ist unerträglich, dass es nicht allein Feigheit und Opportunismus, sondern auch Überzeugung gewesen ist“, sagte Hoppe. Tatsache sei auch, dass sie sich wie der Tropenmediziner Gerhard Rose (1896–1992) willentlich und wissentlich an grausamen Menschenversuchen beteiligten. Rose wurde 1947 zwar wegen seiner verbrecherischen Fleckfieber-Impfstoff-Versuche in den KZs Buchenwald und Natzweiler zu lebenslänglicher Haft verurteilt, doch kam er schon wenige Jahre später wieder frei. Außerdem beteiligten sich führende Vertreter der Ärzteschaft an der Vertreibung ihrer jüdischen Kolleginnen und Kollegen. So veranlasste unter anderem der nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten eingesetzte Leiter des Berliner Hauptgesundheitsamtes, Wilhelm Klein (1887–1948), bereits im März 1933 die sofortige Beurlaubung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte in städtischen Krankenhäusern.

Forschungsbericht benennt Lücken

Trotz dieses Wissens ist die Rolle der Ärzteschaft im „Dritten Reich“ bei weitem noch nicht ausreichend aufgearbeitet. Noch gibt es viele erstaunliche und auch bedauerliche Forschungslücken. So dominiert in einigen Bereichen wie der NS-Gesundheitspolitik nach wie vor die biographisch oder institutionsge-

der Praxis gebliebenen medizinischen Geräte und ihr Privatbesitz beschlagnahmt. Die Kassenzulassung hatten die Nationalsozialisten der Praktischen Ärztin bereits zehn Jahre zuvor aufgrund ihrer „nicht-arischen Abstammung“ entzogen. Nach dem Krieg berichteten Überle-

Ärztenschaft im „Dritten Reich“ ausgezeichnet. Ihre herausragende Arbeit ist eine von vielen neuen Publikationen, die in den letzten Jahren zum Thema „Medizin und NS“ erschienen sind. Um eine Übersicht des aktuellen Forschungsstandes zu erhalten, hat die BÄK den An-



Ein Passant betrachtet das „Denkmal der grauen Busse“ vor der Berliner Philharmonie. Das „Wander“-Mahnmahl für die Opfer der NS-„Euthanasie“ stand 2008 in der Tiergartenstraße 4, wo im „Dritten Reich“ die Krankenmorde geplant wurden.

schichtlich orientierte Forschung. „Auch die sogenannte ‚Neue Deutsche Heilkunde‘, die ein Versuch der Nationalsozialisten war, die Schulmedizin mit der Naturheil-

forschung in kleinen Spezialgebieten nehme immer mehr zu, Gesamtdarstellungen hingegen, die auf dem neuesten Stand der Forschung sind und ein möglichst breites Spek-

trum an Themen abdecken, fehlten ebenso wie explizite Lokalstudien.

Vertretern des BMG, der BÄK und der KBV zusammensetzte, würdigte ausdrücklich die große Zahl der eingereichten Arbeiten sowie deren hohe Qualität und Forschungs-

Zudem werde in der Arbeit die Rolle der Gesundheitsverwaltung und der medizinischen Fakultäten bei der Ausgrenzung jüdischer Ärzte klar herausgearbeitet und so ein Gesamtbild der an der Verfolgung beteiligten Institutionen sowie von den Tätern und deren Motiven gezeichnet. Die Arbeiten von Rebecca Schwoch und Anna von Villiez verdeutlichten darüber hinaus, was Forschung erreichen könne, „wenn solche Projekte die tatkräftige materielle und ideelle Unterstützung einer ärztlichen Institution erhalten“, bekräftigte die Jury. Mit einem Sonderpreis wurde das beispielhafte Bemühen von Hansjörg Ebell ausgezeichnet, die Erinnerung an die Ausgrenzung jüdischer Ärzte mit dem Ausstellungsprojekt zum 70. Jahrestag des Approbationsentzugs jüdischer Ärztinnen und Ärzte wach zu halten. Um vor allem das Interesse der jüngeren Generationen für das Thema zu wecken, hat die BÄK die Wanderausstellung im April in ihren Räumen gezeigt. ■

„Ärzte haben nicht nur weggesehen und geschwiegen, sondern aktiv an der systematischen Ermordung von Kranken und sogenannten gesellschaftlichen Randgruppen mitgewirkt. Die Erkenntnis ist unerträglich, dass es nicht allein Feigheit und Opportunismus, sondern auch Überzeugung gewesen ist.“

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

kunde und anderen unkonventionellen medizinischen Verfahren zu vereinen, ist erst in Teilen erforscht“, erklärte Jütte, der auch Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart ist. Die Patientengeschichte werde ebenfalls noch immer vernachlässigt, wenngleich neuere Forschungsprojekte zur „Euthanasie“ diese Perspektive inzwischen durchaus berücksichtigten. Die größte Forschungslücke gebe es bei den nicht-ärztlichen Heilberufen. Während unter anderem die Untersuchung der Rolle der Apothekerschaft und der Krankenpflege im „Dritten Reich“ inzwischen Fortschritte gemacht habe, existiere zu anderen Berufsgruppen wie den auf dem Land beliebten Laienheilern so gut wie keine Forschung. Doch selbst verschiedene Fragen zu Themen wie den „T4-Aktionen“ oder Humanexperimente in Konzentrationslagern, die mit zu den besterforschten gehören, seien bislang unbeantwortet geblieben. „Angesichts des inzwischen hoch differenzierten Forschungsstandes ist ein aktueller Forschungsbericht zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus seit vielen Jahren überfällig“, erklärte Jütte. Denn das bisher Erreichte gleiche zudem einem „Flickenteppich“. Die For-

schung in kleinen Spezialgebieten nehme immer mehr zu, Gesamtdarstellungen hingegen, die auf dem neuesten Stand der Forschung sind und ein möglichst breites Spek-

Interesse an historischer Aufarbeitung steigt

Nicht zuletzt aus diesem Grund hat die Jury des Forschungspreises die Dissertation von Susanne Rueß über jüdische Ärzte in Stuttgart mit dem ersten Preis ausgezeichnet. Auch das Unrecht, dass den Betroffenen in der Zeit nach 1945 widerfuhr und in der Arbeit zu Tage tritt, habe überzeugt. Rueß' Arbeit sei nicht nur ein herausragendes Gedenkbuch, das die Opfer aus der Anonymität heraushole, sondern es sensibilisiere auch die nachwachsende Ärztesgeneration dafür, dass Zivilcourage durchaus möglich und ein bleibendes Thema ärztlicher Ethik sei, urteilte die Jury.

Neben Susanne Rueß' Dissertation erhielten drei weitere wissenschaftliche Arbeiten in diesem Jahr den Forschungspreis. Er ist mit insgesamt 10.000 Euro dotiert. Im Rahmen der Gedenkveranstaltung der BÄK in Berlin wurden zugleich die Preisträger geehrt. Die Jury, die sich aus Vertretern des Zentralrats der Juden in Deutschland, des Bundesverbandes Jüdischer Ärzte und Psychologen in Deutschland sowie aus

tiefe. Erfreulich sei auch der hohe Anteil an medizinischen Dissertationen, die deutlich das gestiegene Interesse an der Aufarbeitung des Themas „Medizin und Nationalsozialismus“ zeige. In diesem Jahr haben vor allem Arbeiten, die sich mit dem Schicksal jüdischer Ärztinnen und Ärzte auseinandersetzten und dabei auch die Frage der „Wiedergutmachung“ nicht ausklammerten, die Juroren beeindruckt.

In den beiden aus einem Forschungsprojekt von Rebecca Schwoch entstandenen Monografien würden die Strukturen der Verfolgung jüdischer niedergelassener Ärzte sowie die Kontinuitäten und Brüche im Denken und Handeln der organisierten Ärzteschaft in Berlin vorbildlich dargestellt. Erstmals seien für die Zeit des „Dritten Reiches“ die Täterseite und die Motive des verwerflichen Handelns einer Kassenärztlichen Vereinigung in ihren verschiedenen Fassetten als Fallstudie aufgearbeitet worden, so die Jury. Das Besondere an der von Anna von Villiez eingereichten Lokalstudie zum Schicksal jüdischer Ärzte in Hamburg während der NS-Zeit sei die Berücksichtigung sowohl der niedergelassenen als auch der klinisch tätigen Ärzte.



Der Forschungsbericht „Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung“ (ISBN 978-3-8353-0659-2) von Prof. Dr. Robert Jütte u. a. ist beim Wallstein Verlag erschienen und für 24,90 Euro im Buchhandel erhältlich.

Weibliche Genitalverstümmelung enttabuisieren

BÄK spricht sich für die Aufnahme von Frauen nach weiblicher Genitalverstümmelung in den medizinischen Diagnoseschlüssel aus

Mehr als 20.000 Menschen haben sich an einer Unterschriftenaktion der Frauenrechtsorganisation „Terre des Femmes“ und des Berliner Familienplanungszentrums „Balance“ beteiligt, mit der eine bessere medizinische Versorgung von Frauen nach weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) ermöglicht werden soll. In einem von der Bundesärztekammer unterstützten Antrag an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information fordern sie, dass FGM in den medizinischen Diagnoseschlüssel aufgenommen wird. „Es gab Vorwürfe, Ärzte würden betroffenen Frauen nicht angemessen helfen“, sagte Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Der Antrag soll nun dazu beitragen, dass die verschiede-

nen Gesundheitsberufe besser über dieses Thema aufgeklärt werden. „Durch eine ICD-10 Kodifizierung wird die FGM endlich offiziell anerkannt“, sagte Goesmann den Antrag. Dadurch werde es immer besser gelingen, zu enttabuisieren.

Terre des Femmes schätzt, dass in Deutschland rund 18.000 Frauen und Mädchen betroffen und 5.000 weitere gefährdet sind. Da es bisher keinen entsprechenden Diagnoseschlüssel gibt und eine Behandlung der Folgen nicht im Abrechnungsverzeichnis der Krankenkassen aufgeführt ist, haben diese sich immer wieder geweigert, die Kosten für Beratungsgespräche und notwendige medizinische Behandlungen zu übernehmen. Doch auch mangelndes Wissen bei den Behandelnden

kann Barrieren aufbauen. „Ärzte sollten sachlich und einfühlsam vorgehen“, erklärte Goesmann.

Ärzte für Thema FGM sensibilisieren

Damit Ärzte den traumatisierten Frauen die notwendige Sensibilität entgegenbringen können, hat die Bundesärztekammer vor einigen Jahren „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“ erarbeitet. Diese sollen die behandelnden Ärzte dabei unterstützen, den betroffenen Frauen einfühlsam, entsprechend ihrem kulturellen Selbstverständnis helfen zu können. „In den letzten Jahren hat es viel Aufklärungsarbeit gegeben“, sagte Goesmann. Die Empfehlun-

gen sind inzwischen Teil der Facharztweiterbildung und Fortbildung in der Gynäkologie geworden. Sie wurden außerdem in das „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ integriert, das Hausärzte und Gynäkologen im Rahmen ihrer Weiterbildung absolvieren müssen. „Besonders wichtig ist es aber auch, eingewanderte Frauen, die ihre Kinder in Deutschland zur Welt bringen, so zu beraten, dass sie bei ihren Töchtern keine Beschneidung vornehmen lassen“, so BÄK-Vizepräsidentin Goesmann.

Genitalverstümmelung unter Strafe stellen

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen hat kürzlich in einem Gesetzentwurf gefordert, Genitalverstümmelung unter Strafe zu stellen. Die rechtlichen Schutzlücken der aktuellen Gefährdungslage für Mädchen und Frauen bezüglich der Genitalverstümmelung müssten geschlossen werden. Mit einer Gesetzesänderung will die Fraktion Klarheit und Transparenz für alle Beteiligten wie medizinisches Fachpersonal, Migranten, Juristen oder Sozialarbeiter schaffen. Eine allgemeingültige Rechtsnorm sei hier zwingend notwendig, heißt es in dem Antrag. Die unabhängige Kinderrechtsorganisation „TaskForce für effektive Prävention von Genitalverstümmelung“ kritisierte den Antrag als „Mogelpackung“. Diese Gesetzesvorlage sei von vornherein ungeeignet, um rechtliche Schutzlücken der aktuellen Gefährdungslage für Mädchen und Frauen zu schließen.

Die TaskForce, die ihren Hauptsitz in Hamburg hat, bietet deutschlandweit eine Notrufnummer an, unter der sowohl Betroffene als auch Helfende Rat und Unterstützung erhalten können (SOS FGM: Tel. 01803 767346).

Keine Öffnungsklausel in der GOZ

Bei der geplanten Novelle der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wird es keine Öffnungsklausel für Separatverträge geben. Dies hat der damalige Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) im März klar gestellt. Im Gegenzug dazu werde es keine größeren Sprünge bei den Honoraren der Zahnärzte geben, sagte der Minister. Ärzte- und Zahnärzteschaft hatten in den vergangenen Monaten wiederholt vor der Einführung einer Öffnungsklausel im Zuge der anstehenden Novellierungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der GOZ gewarnt. Ärzte und Zahnärzte befürchteten Preisdumping der privaten Krankenversicherungen, wenn diesen die Möglichkeit eröffnet wird, an den Gebührenordnungen vorbei Selektivverträge zu schließen. Nach Angaben Röslers sei die Entscheidung zur GOZ

aber noch nicht richtungweisend für die GOÄ-Reform. Entscheidungen zur GOÄ würden „erst am Ende der entsprechenden Beratungen“ getroffen.

BÄK begrüßt BMG-Entscheidung

„Wir begrüßen die Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Rösler, die sogenannte Öffnungsklausel bei der GOZ-Novelle nicht zu berücksichtigen und die weitere GKVisierung der Privaten Krankenversicherung zu stoppen“, sagte Dr. Theodor Windhorst, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer (BÄK). Die Öffnungsklausel würde zu Preisdumping durch Selektivverträge führen. Die Qualität der Patientenversorgung würde gemindert und Ärzteguppen in die direkte Abhängigkeit der PKV-

Administration gebracht. Der PKV-Verband wolle in der GOZ kein Präjudiz für die anstehende Novellierung der GOÄ sehen, sondern fordere eine „Strukturreform“ für die privatärztliche Gebührenordnung. „Es stimmt, die GOÄ muss grundlegend reformiert werden, denn der größte Teil des Gebührenverzeichnisses entspricht sowohl im Hinblick auf den medizinisch-fachlichen Inhalt als auch im Hinblick auf die Gebührenhöhe einem Stand entsprechend Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts. Diesem Missstand wird aber nicht etwa durch die Einführung einer Öffnungsklausel abgeholfen, sondern nur durch eine grundlegende, umfassende Überarbeitung der GOÄ“, erklärte Windhorst, der auch Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist. Die BÄK habe hierfür ein Konzept ausgearbeitet. ■

Kampfansage an die „stillen Killer“

Europäisches Parlament verabschiedet Richtlinie zu Arzneimittelfälschungen

Arzneimittel sollen helfen, Schmerzen zu beseitigen und die Lebensqualität zu verbessern. Umso schlimmer ist es, wenn Medikamente wider Erwarten keine Wirkung haben oder sogar gefährliche Substanzen enthalten. Doch gerade das ist immer öfter der Fall. Im Jahr 2007 wurden nach Angaben der EU-Kommission an den europäischen Grenzen mehr als 2,5 Millionen Arzneimittel beschlagnahmt. Verglichen mit den Daten aus dem Jahr 2005 ist dies ein Anstieg um 384 Prozent. Um dieser Flut Herr werden zu können, verabschiedete das Europaparlament im Februar 2011 eine Richtlinie, die die Verbraucher vor diesen „stillen Killern“ schützen soll.

„Stille Killer“, so nennt die portugiesische EU-Abgeordnete der Linksfraktion Marisa Matias gefälschte Arzneimittel, da sie entweder keine Wirkung hätten oder giftige Substanzen enthielten, die Patienten schädigen oder sogar töten könnten. Der ehemalige EU-Industriekommissar Günter Verheugen ging seiner Zeit sogar soweit, von versuchtem Massenmord zu sprechen. Er hatte die Richtlinie Ende 2008 angestoßen. Inzwischen ist das Thema „Arzneimittel“ jedoch dem Kompetenzbereich des EU-Gesundheitskommissars zugeordnet. „Der Schutz der Patienten ist Kern dieser

Richtlinie“, so Matias, die federführend an der Entwicklung der Richtlinie beteiligt war. Ein fehlender Rechtsrahmen bestärke Arzneimittelfälscher zudem darin, ihre kriminellen Handlungen fortzuführen.

Herkunft von Arzneimitteln prüfen

Künftig sollen Sicherheitsmerkmale wie zum Beispiel Seriennummern, Hologramme oder Barcodes die Echtheit des Arzneimittels garantieren. Die Apotheke kann so zurückverfolgen, ob es sich um ein Originalprodukt handelt. Grundsätzlich gilt dies nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel – es sei denn, es liegt kein Fälschungsrisiko vor. Dann soll es Ausnahmen geben können. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn ein Mittel in der Produktion besonders günstig ist. „Die deutsche Ärzteschaft unterstützt die Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen ausdrücklich“, erklärte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, nach der Parlamentsabstimmung.

Anders als die Kommission hält das EU-Parlament es jedoch auch für nötig, für mehr Sicherheit beim Internethandel zu sorgen. Schließlich gehöre das Internet zu den Hauptwegen für Medikamen-

tenfälscher, um ihre Ware in die Handelskette zu bringen. Dr. Peter Liese, gesundheitspolitischer Sprecher der EVP-Fraktion im Europäischen Parlament, erklärte, auf diesem Wege würden die meisten gefälschten Arzneimittel verkauft. „Die Probleme im Internet sind gewaltig“, sagte er. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt den Anteil gefälschter Arzneien im Internet auf 50 Prozent. Für Netz-Apotheken gilt deshalb in Zukunft, dass sie nur noch Arzneimittel vertreiben dürfen, wenn diese zertifiziert sind. Genehmigte Apotheken erhalten dann ein normiertes Logo und werden darüber auf eine zentrale europäische Internetseite verlinkt.

Liese betonte außerdem, dass nicht nur sogenannte Life-Style-Medikamente, sondern auch lebenswichtige Arzneimittelinnovationen gefälscht würden. Tatsächlich betrafen Arzneimittelfälschungen innerhalb der EU bislang vor allem Produkte wie Potenz- oder Schlankheitsmittel. In einer Folgeabschätzung weist die EU-Kommission darauf hin, dass mittlerweile auch immer mehr lebensrettende Arzneien gefälscht werden. Dazu gehören Mittel gegen Krebs- und Herzerkrankungen, Infektionen und psychische Krankheiten. In der Vergangenheit seien Arzneimittelfälschungen immer häufiger in die legale Lieferkette gelangt.

Die Kommission befürchtet, dass dieser Trend sich verstärken könnte, da ein hoher Wert des Präparates ein ausschlaggebender Faktor für Fälschungen sei.

Pharmaindustrie soll Kosten für Kontrollsysteme tragen

Innerhalb der EU sei die Fälschung verschreibungspflichtiger Medikamente für Kriminelle besonders lohnenswert, so Liese. Zuzahlungsfreie Mittel wären in der Produktion meist günstig, sodass es nicht lukrativ genug sei, diese zu fälschen. Für die Umsetzung der neuen Sicherheitsmaßnahmen erwartet er europaweit Aufwendungen im zweistelligen Milliardenbereich. Die Kosten für die Einführung entsprechender Prüfungssysteme, wie beispielsweise in Apotheken, soll die Pharmaindustrie übernehmen.

Einen allgemeingültigen Weg, um Arzneimittelfälschungen zu bekämpfen, gibt es laut WHO nicht. Vielmehr bedürfe es verschiedener Ansätze, um den illegalen Handel mit Medikamenten einzudämmen. Das Europaparlament hat mit der Annahme des Gesetzes einen Schritt in diese Richtung getan. Die Richtlinie setzt einen weiteren Teil des sogenannten „EU-Pharmapaketes“ um. Der zuständige Ministerrat muss die Richtlinie bei seiner nächsten Sitzung noch formal absegnen. Nach der Unterzeichnung haben die Mitgliedstaaten dann zwei Jahre Zeit, ihre nationale Gesetzgebung dementsprechend anzupassen. ■



Quelle: fotolia

Arztbesuche ohne Schlagbaum

EU-Parlament und Gesundheitsministerrat einigen sich auf Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Manchmal ist es unumgänglich, in ein anderes Land zu reisen, um gesund zu werden – wenn sich etwa das nächstgelegene Krankenhaus auf der anderen Seite der Grenze befindet. Doch Probleme gab es bislang oftmals bei der Frage, wer für die Kosten der Behandlung aufkommt. Um die Rechtslage für Patienten eindeutig zu klären, hatte die EU-Kommission vor gut zweieinhalb Jahren einen Richtlinienvorschlag zur Ausübung von Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgelegt. Erst im Dezember 2010 konnten sich die Europaabgeordneten und die meisten der EU-Mitgliedstaaten nach zähen Verhandlungen endlich über den Inhalt der Richtlinie einigen. Künftig können nun Patienten frei entscheiden, in welchem EU-Land sie sich behandeln lassen wollen.

„Damit wurde der jahrelangen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) endlich genüge getan – ohne dabei die nationalen Gesundheitssysteme zu gefährden“, erklärt der Vizepräsident

der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, nach der Abstimmung des EU-Parlaments im Januar in Straßburg. Die Entscheidungen der EuGH-Richter zur Kostenerstattung für geplante Behandlungen in einem anderen EU-Mitgliedstaat seien bereits seit langem in deutsches Recht umgesetzt. Nun seien die anderen Mitgliedstaaten am Zuge, dies auch zu tun. Bereits der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden hatte sich dafür ausgesprochen, die Freizügigkeit von Patienten für einen europaweiten Zugang zu ärztlichen Leistungen über den medizinischen Notfall hinaus zu erleichtern. Deshalb hatten die Delegierten des Ärztetags die Bundesregierung und die Europäische Kommission aufgefordert, die entsprechenden rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen.

Arztbesuche jenseits der Grenze am Rhein längst Alltag

Dass internationale Kooperationen möglich sind, zeigt die von der EU geförderte Euregio Maas-Rhein. Dort arbeiten deutsche, niederländische

und belgische Regionen bereits seit Jahren gemeinsam daran, Patienten den Arztbesuch über die Landesgrenze hinweg zu erleichtern. So sind beispielsweise einige Ärzte des Aachener Universitätsklinikums und des academic ziekenhuis Maastricht in beiden Häusern beschäftigt. In der Kinder- und der Thoraxchirurgie werden die Eingriffe dann dort gemacht, wo die größere Expertise sitzt. Kommuniziert wird per Videokonferenz. Bei besonders schwierigen, ungeplanten Eingriffen wird die Videokamera einfach in den Operationssaal gestellt.

Eine solche Zusammenarbeit ist auch aus ökonomischer Sicht ein Gewinn. „Kliniken in Grenzregionen könnten beispielsweise medizinische Großgeräte wie Kernspintomografen gemeinsam nutzen“, sagt Dr. Karl-Heinz Feldhoff, Koordinator für die Regio Aachen. Schon heute kämen Patienten aus den Niederlanden und Belgien nach Deutschland, weil Kernspintomografen dort nicht in jedem Krankenhaus zur Verfügung stehen. „Durch

die neue EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird vieles in den Grenzregionen leichter und freier zu handhaben sein und Doppelstrukturen in der Krankenhausplanung werden sich künftig vermeiden lassen“, ist Feldhoff überzeugt. Dass durch die Richtlinie die Ausgaben für das deutsche Gesundheitssystem steigen könnten, hält er für unwahrscheinlich: „Die Patienten werden eine Behandlung im Ausland nicht wesentlich mehr in Anspruch nehmen als ohnehin schon.“ Diese seien oftmals eher zurückhaltend, wenn es um Auslandsbehandlungen geht, da für sie nicht der Kostenaspekt zähle, sondern die Qualität der Behandlung. „Die Ausgaben für eine grenzüberschreitende Behandlung, inklusive der Notfallversorgung, beliefen sich europaweit bislang auf durchschnittlich ein Prozent der Ausgaben für Gesundheitsleistungen, in Deutschland waren es gerade einmal 0,3 Prozent“, sagt Feldhoff.

Kosten unter Kontrolle halten

Sollten künftig dennoch mehr Patienten als bisher ihr Recht auf eine Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen wollen, übernimmt die heimatische Krankenkasse die Kosten in der Höhe, die sie auch für eine Behandlung zuhause erstattet hätte. Ob weitergehende Kosten beispielsweise für die Unterbringung sowie die An- und Abreise zurückgezahlt werden, liegt im Ermessen der einzelnen Mitgliedstaaten. Besteht zudem die Gefahr, dass finanzielle, technische und personelle Ressourcen verschwendet oder eine Bedarfsplanung zur Sicherstellung einer ausgewogenen qualitativ hochwertigen Behandlung erschwert wird, darf eine Kostenerstattung – im Interesse der Allgemeinheit – abgelehnt oder von einer Vorabgenehmigung abhängig



Das Europaparlament in Straßburg: Künftig können EU-Bürger frei entscheiden, in welchem Land sie sich behandeln lassen wollen.

gemacht werden. Diese kann auch dazu beitragen, die Ausgaben für planbare Auslandsbehandlungen unter Kontrolle zu halten. So dürfen die Mitgliedstaaten diese etwa fordern, wenn für die Behandlung mindestens eine Nacht im Krankenhaus erforderlich ist, eine kostenintensive und hochspezialisierte medizinische Infrastruktur benötigt wird oder die Behandlung ein erhöhtes Risiko für den Patienten oder die Bevölkerung darstellt.

Um Patienten vor zu hohen Vorabzahlungen für Behandlungen zu bewahren, können die Mitgliedstaaten – auf freiwilliger Basis – ein sogenanntes Vorbenachrichtigungs-System einrichten. Bei diesem sollen

die Krankenkassen die Patienten vor der Behandlung im Ausland über die Höhe der Kostenübernahme informieren. Jeder Mitgliedstaat soll darüber hinaus nationale Kontaktstellen einrichten oder bereits vorhandene benennen, die die Patienten unter anderem über Gesundheitsdienstleister, die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung sowie Verfahren informieren sollen, wie sie ihren Anspruch auf eine Behandlung im EU-Ausland geltend machen können.

Pomerania setzt auf Telemedizin

In der Euroregion Pomerania sieht man die Zukunft der grenzüberschreitenden Gesundheitsversor-

gung vor allem in der Telemedizin. Unter dem Motto „Lass Daten wandern, nicht Patienten“ arbeitet das deutsch-polnische Telemedizin-Netzwerk daran, die ärztliche Versorgung für die dort lebenden 3,7 Millionen Menschen aufrechtzuerhalten. Denn der demografische Wandel hat neben Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg auch die polnische Region Westpommern, einschließlich Szczecin, erreicht. Erschwerend kommt die dünne Besiedelung und große Entfernung zu Großstädten hinzu. Das Netzwerk zielt deshalb darauf ab, eine hochwertige und wohnortnahe Diagnostik und Therapie für Tumor-, Herz-, Schlaganfall- und Unfallpatienten rund um die Uhr

auch in den ländlichen Gebieten sicherzustellen. Ob deutsche Patienten über die Telemedizin hinaus künftig auch von polnischen Spezialisten mitbehandelt werden können, ist wegen der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und der Abrechnungsprobleme allerdings noch offen. Daran wird auch die neue EU-Richtlinie vorerst nicht viel ändern. Zunächst müsse die Wirtschaftskraft Polens sich stabilisieren, so das brandenburgische Gesundheitsministerium. Deshalb sehe man der Entwicklung auf europäischer Ebene entspannt entgegen. Die Inanspruchnahme einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung werde auf beiden Seiten erst langsam wachsen. ■

Tagesordnung des 114. Deutschen Ärztetages

Ärzteparlament tagt vom 31. Mai bis 3. Juni 2011 in Kiel

TOP	Thema	Referent(in)
I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Berufliche Perspektiven von jungen Ärztinnen und Ärzten in der Patientenversorgung	▶ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe ▶ Dr. med. Vanessa Wennekes
II	Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept	▶ Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
III	Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 13 II [neu], 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)	▶ Dr. med. Udo Wolter
IV	(Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht	▶ Dr. med. Franz-Joseph Bartmann
V	Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	▶ RA Horst Dieter Schirmer
VI	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer – Berichterstattung zur Förderinitiative Versorgungsforschung – Perspektiven moderner Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter	▶ Prof. Dr. med. Christoph Fuchs ▶ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter Scriba ▶ Prof. Dr. med. Fred Zepp
VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009–30.06.2010) a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2009/2010 b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2009/2010	▶ Prof. Dr. med. Christoph Fuchs ▶ Dr. med. Franz Bernhard Ensink
VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010	
IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011–30.06.2012) a) Bericht der Geschäftsführung b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission	▶ Prof. Dr. med. Christoph Fuchs ▶ Dr. med. Franz Bernhard Ensink
X	Wahlen	
XI	Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013	

Gesundheitsausgaben: Anstieg im Jahr 2009

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind 2009 mit insgesamt 278,3 Milliarden Euro gegenüber dem Vorjahr um 13,8 Milliarden Euro (5,2 Prozent) gestiegen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt dieser Anstieg deutlich über den Wachstumsraten der Vorjahre: Zwischen 2000 und 2008 wuchsen die Ausgaben im Durchschnitt jedes Jahr um 2,7 Prozent. Damit entfielen auf jeden Einwohner im Jahr 2009 Ausgaben in Höhe von rund 3.400 Euro (2008: 3.220 Euro).

GKV-Anteil fast 60 Prozent

Der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen war im vorletzten Jahr die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Mit 160,9 Milliarden Euro betrug der GKV-Anteil fast 60 Prozent aller Gesundheitsausgaben. Im Vergleich zu 2008 sind die GKV-Ausgaben um 6,2 Prozent gestiegen. Fast die Hälfte der Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen (138,2 Milliarden Euro) wurden in ambulanten Einrichtungen erbracht. Diese stiegen um 4,9 Prozent an. Die vom Ausgabenvolumen her bedeutsamsten ambulanten Einrichtungen waren Arztpraxen mit 42,8 Milliarden Euro und Apotheken mit 40,1 Milliarden Euro. Den stärksten prozentualen Anstieg verzeichneten die ambulanten Pflegeeinrichtungen mit einem Plus von 9,5 Prozent. Ihre Leistungen sind auf 9,3 Milliarden Euro angewachsen. ■

Arztbewertungsportale brauchen faire Spielregeln

Arztnavigator von AOK und Barmer GEK veröffentlicht

Patienten in Deutschland sollen bei der Arztsuche künftig auf Versicherten-Bewertungen im Internet zurückgreifen können. Für ihren sogenannten Arztnavigator wollen AOK und Barmer GEK niedergelassene Ärzte durch ihre insgesamt 30 Millionen Versicherten beurteilen lassen. Bei einer ersten Testphase in Berlin, Hamburg und Thüringen sind bereits rund 45.000 Fragebögen ausgefüllt worden. Die Versicherten wurden dazu befragt, wie lang die Wartezeit war, ob ihre Intimsphäre gewahrt bleibt, ob der Arzt sie in Entscheidungen einbezieht oder ob sie den Arzt an Freunde weiterempfehlen würden. In der Online-Arzsuche sollen die Ergebnisse der Befragung zusammengeführt und zu jedem einzelnen niedergelassenen Haus- oder Facharzt dargestellt werden. Ziel sei es, dass die Nutzer des Arztnavigators künftig Ärzte nach Kriterien suchen können, die ihnen persönlich wichtig sind, erklärten die beiden Krankenkassen Anfang Mai in Berlin. „In Arztbewertungsportalen werden Informationen

von Patienten für Patienten bereitgestellt, die im Einzelfall sinnvoll sein können“, sagte der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, anlässlich der Vorstellung des Arztnavigators.

ÄZQ legt Qualitätskriterien fest

Die Einschätzungen könnten durchaus zu mehr Patientenorientierung und -zufriedenheit beitragen – vorausgesetzt, die Bewertungen erfolgten nach fairen Spielregeln. Deshalb haben Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Standards für gute Arztbewertungsportale entwickeln lassen, die in insgesamt 40 Qualitätskriterien zusammengefasst wurden. Dazu zählen unter anderem der sensible Umgang mit persönlichen Daten, Transparenz bezüglich des Portalbetreibers und der Finanzierung des Angebots sowie ein verständliches und nachvollziehbares Bewertungsverfahren. ■

Das ÄZQ hat auch den Arztnavigator von AOK und Barmer GEK begutachtet. Grundlage dafür waren Projektmaterialien sowie Screenshots und eine Selbstauskunft des Betreibers. Das Ergebnis war, dass 35 von 40 Kriterien erfüllt wurden. „Es gibt keine Freitextbewertungen, die Frageformen sind eher positiv und sie verleiten die Patienten nicht dazu, ihren Frust abzuladen“, so Montgomery. Nach Freischaltung des Portals werde nun genau geprüft, ob tatsächlich alle angekündigten Vorgaben umgesetzt wurden. Das Grundproblem bei dieser Form der Arztbewertung könne allerdings auch der Arztnavigator nicht lösen: Anonyme Internetbewertungen seien nicht nachprüfbar. Auch könnten Patienten die wirklich wichtigen Kriterien wie Hygiene, Alter der Geräte und die fachliche Qualifikation des Arztes kaum überprüfen. „Gewissheit darüber, dass diese Kriterien eingehalten werden, geben allein die ärztliche Körperschaften und die zuständigen staatlichen Stellen“, erklärte Montgomery. ■

Deutsche gegen Einschränkung des Streikrechts

Die Mehrheit der Deutschen lehnt die vom Arbeitgeberverband (BDA) und vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) geforderte gesetzlich vorgeschriebene Tarifeinheit ab. Mehr als die Hälfte der Bürger ist dafür, dass in einem Betrieb mehrere Tarifverträge gelten können. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage, die das Meinungsforschungsinstitut TNS EMNID im Auftrag des Marburger Bundes (MB) durchgeführt hat. Auch gegen die Einführung eines Streikverbots für Angestellte bestimmter Berufsgruppen sprachen sich die meisten der

Befragten (75 Prozent) aus. Die im Krankenhaus angestellten Ärzte sollen weiterhin für ihre Tarifforderungen streiken dürfen, meinen 72 Prozent der Deutschen.

Der MB sieht sich durch die Umfrage-Ergebnisse in seinem Kampf für Tarifpluralität und Koalitionsfreiheit gestärkt: „Die seit fast einem Jahr mit immer größerer Schärfe vorgetragene Forderung von BDA und DGB nach einem Tarifeinheitsgesetz findet keinen Widerhall in der Bevölkerung. Die große Mehrheit der Bürger sieht

das Ende der Tarifeinheit gelassen und unterstützt die Vielfalt berufsspezifischer Tarifverträge“, erklärte der 1. MB-Vorsitzende, Rudolf Henke. Besonders bemerkenswert sei die Ablehnung jedweder Eingriffe in das Streikrecht. Die Menschen in diesem Land lehnten den Ausschluss kleinerer, berufsspezifischer Gewerkschaften vom Streikrecht für die Laufzeit des Tarifvertrages der Mehrheitsgewerkschaft im Betrieb ab. Der DGB habe sich mit seiner Haltung „in krassen Widerspruch zur eigenen Basis“ begeben, so Henke. ■



Neue Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – eine Revolution?

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, Prof. Dr. jur. Volker Lipp, PD Dr. phil. Alfred Simon

Jeder Mensch hat das Recht auf ein Leben in Würde und Selbstbestimmung, auch bei schwerer Krankheit und in der letzten Phase seines Lebens. Viele verstehen jedoch unter einem würdigen und selbstbestimmten Sterben lediglich die Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen, die sogenannte „aktive Sterbehilfe“, oder die (ärztliche) Hilfe zur Selbsttötung. Derartige Vereinfachungen verfehlen das Problem und können zu seiner Lösung nichts beitragen.

Die Bedeutung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung

Viele Menschen haben heute Angst davor, die Ärzte könnten durch den Einsatz aller Möglichkeiten der modernen Medizin ihr Leben auch dort noch verlängern, wo dies von ihnen als qualitativ und sinnlos empfunden wird. Andererseits befürchten viele auch, dass die Ärzte angesichts immer knapper werdender Ressourcen ihre Behandlung vorzeitig aufgeben würden. Die ärztliche Tätigkeit bei Schwerstkranken und Sterbenden ist daher seit geraumer Zeit Gegenstand heftiger und teils sehr emotional geführter Diskussionen.

Die Bundesärztekammer veröffentlicht seit 1979 Richtlinien, später Grundsätze genannt, zur ärztlichen Sterbebegleitung. Sie sollen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei ihrer schwierigen Aufgabe der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Patienten geben, indem sie die maßgebenden Grundsätze und Kriterien aufzeigen, die Art, Umfang und Grenzen der ärztlichen Behandlung am Lebensende bestimmen. Da sich sowohl die Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten der Medizin, als auch die rechtlichen Vorgaben für das ärztliche Handeln durch Gesetzgebung und Rechtsprechung laufend weiterentwickeln, sind diese Grund-

sätze immer wieder überarbeitet worden.

Warum erfolgte gerade jetzt eine Überarbeitung?

Die aktuelle Fassung der „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ wurde im Februar 2011 veröffentlicht. Eine Überarbeitung der Grundsätze aus dem Jahre 2004 war notwendig geworden, nachdem der Gesetzgeber mit dem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz unter

die Rechtsprechung zu den ärztlichen Aufgaben und Pflichten am Lebensende weiterentwickelt, nicht zuletzt durch wichtige Grundsatzurteile des Bundesgerichtshofs. Bei dieser Gelegenheit wurde der aus der Praxis vielfach geäußerte Wunsch aufgegriffen, die Grundsätze klarer zu strukturieren und präziser zu fassen. Angesichts der öffentlichen Debatte in den letzten Jahren, ob man die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen wie DIGNITAS gesetzlich verbieten soll

Grundsätze auch in dieser Hinsicht noch einmal neu zu überdenken.

Kernaussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung

Die bisherige Struktur der Grundsätze und ihre Grundaussagen wurden beibehalten. Die Präambel fasst die zentralen Aussagen zusammen. Ausgangspunkt ist der allgemeine Konsens über die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod Beistand zu leisten. Daher besteht die Pflicht zur Lebenserhaltung nicht unter allen Umständen. Art und Ausmaß der Behandlung sind vielmehr gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Gerade bei schwerstkranken oder sterbenden Patienten muss ein Arzt deshalb sorgfältig prüfen, ob die sonst angemessene Diagnostik und Therapie im konkreten Einzelfall indiziert und vom Willen des Patienten getragen ist. Ist sie nicht (mehr) indiziert oder widerspricht sie dem Willen des Patienten, ist eine Änderung des Behandlungsziels geboten. Es führt deshalb in die Irre, wenn man die Pflichten des Arztes zur Heilbehandlung, zur Sterbebegleitung und zur Achtung des Patientenwillens in verschiedene Rollen aufspaltet und einander gegenüberstellt oder gar gegeneinander ausspielt. Ziel und Ausmaß ärztlicher Tätigkeit werden vielmehr durch das Zusammenspiel von medizinischer Indikation und Patientenwillen im Dialog des Arztes mit dem Patienten festgelegt. Diagnostik und Therapie ohne medizinische Indikation oder gegen »



Zu einer würdevollen Sterbebegleitung gehören eine angemessene palliativmedizinische Betreuung und menschlicher Beistand.

anderem die Patientenverfügung, die Stellung des Patientenvertreters und das Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens gesetzlich geregelt hatte. Auch hatte sich

oder ob es Ärzten in Deutschland erlaubt sein soll, Patienten beim Suizid zu unterstützen oder gar auf ihren Wunsch hin zu töten, bot die Überarbeitung zugleich Anlass, die

Fortsetzung von Seite 15

den Willen des Patienten sind daher ebenso unärztlich wie das Vorenthalten einer indizierten und vom Patienten gewünschten Therapie.

Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid gehören nicht zur ärztlichen Sterbebegleitung

Die Grundsätze befassen sich mit den Aufgaben des Arztes bei der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Patienten. Sie beschreiben deshalb, was zu diesen Aufgaben gehört und welche Pflichten der Arzt gegenüber seinem sterbenden oder schwerkranken Patienten hat. Sie stellen andererseits in der Präambel klar und unmissverständlich fest, was nicht zu dieser Aufgabe gehört, nämlich die Tötung des Patienten, auch wenn sie auf dessen Verlangen erfolgt („aktive Sterbehilfe“), und die Beihilfe zum Suizid des Patienten.

Die Deutsche Ärzteschaft hat sich stets eindeutig gegen die sogenannte aktive Sterbehilfe ausgesprochen. Allerdings war der Begriff der „aktiven Sterbehilfe“ sehr unklar und missverständlich. Er hat deshalb zu großer Unsicherheit in der Praxis geführt und ist von vielen Seiten, zum Beispiel auch vom Nationalen Ethikrat, mit guten Gründen kritisiert worden. Der Bundesgerichtshof hat diesen Begriff daraufhin in seinem Grundsatzurteil vom Juni 2010 ausdrücklich verworfen. Deshalb legen die Grundsätze die heute maßgeblichen rechtlichen Kategorien zugrunde und sprechen statt von „aktiver Sterbehilfe“ von einer Tötung des Patienten auf dessen Verlangen.

Während die Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB stets strafbar ist, kann die Beihilfe zum Suizid nach allgemeinem Recht erlaubt sein, wenn der Suizident freiverantwortlich handelt. Ungeachtet der straf-

rechtlichen Bewertung vertreten die Grundsätze die Auffassung, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstellt. Die ärztliche Aufgabe der Sterbebegleitung endet dort, wo Beihilfe zum Suizid geleistet wird. Die aktuellen Grundsätze unterstreichen die ablehnende Grundhaltung der Bundesärztekammer zur Suizidbeihilfe, verzichten jedoch auf den moralischen Vorwurf, der mit der alten Formulierung („Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos“), verbunden war.

„Die ärztliche Aufgabe der Sterbebegleitung endet dort, wo Beihilfe zum Suizid geleistet wird. Die aktuellen Grundsätze unterstreichen die ablehnende Grundhaltung der Bundesärztekammer zur Suizidbeihilfe.“

Dieser Vorwurf und der kryptische Hinweis auf die mögliche Strafbarkeit (Suizidbeihilfe „könnte strafbar sein“) boten keine Hilfe, wenn ein Arzt mit dem Wunsch eines Patienten nach Suizidbeihilfe konfrontiert wurde. Sie verdeckten die eigentliche Aussage, dass die Suizidbeihilfe nicht zur Aufgabe des Arztes bei der Sterbebegleitung gehört und verhinderten die notwendige Auseinandersetzung über eine Thematik, zu der es in der Ärzteschaft wie in der Gesellschaft unterschiedliche und differenzierte Moralvorstellungen gibt. Nach Überzeugung der Ärzteschaft gehört die Beihilfe zum Suizid jedoch nicht zur Aufgabe des Arztes bei der Sterbebegleitung. Die Präambel wählt daher eine Formulierung, die diese Position klar und unzweideutig zum Ausdruck

bringt und die verschiedenen und differenzierten Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft respektiert. Damit werden die Grundaussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung bekräftigt. Eine Zulassung der ärztlichen Hilfe beim Suizid ist damit weder direkt noch indirekt abzuleiten.

Die verschiedentlich geäußerte Auffassung, die Grundsätze würden es einem Arzt erlauben, als Privatperson am Suizid mitzuwirken, beruht auf zwei grundlegenden Missverständnissen. Erstens sind die beruf-

lichen Pflichten eines Arztes unteilbar; sie hängen nicht davon ab, ob ein Arzt einen Arztkittel trägt oder ob er in seiner Freizeit handelt. Ein Arzt kann sich nicht in eine „Privatperson“ und einen „Berufsträger“ aufspalten. Zweitens werden die Berufspflichten eines Arztes durch Gesetz und Berufsordnung festgelegt. Die Grundsätze sind aber weder das eine noch das andere. Sie sollen vielmehr Ärztinnen

und Ärzten eine Orientierung bei ihrer schwierigen Aufgabe der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Patienten geben, indem sie die maßgebenden Grundsätze und Kriterien aufzeigen, die Art, Umfang und Grenzen der ärztlichen Behandlung am Lebensende bestimmen.

Medizinische Indikation und Patientenwille

Die Grundsätze konkretisieren die allgemeinen ethischen und rechtlichen Vorgaben für die ärztliche Behandlung für schwerkranken und sterbende Patienten (Abschnitte I bis III). Jede ärztliche Maßnahme ruht bildlich gesprochen auf zwei Säulen: der Indikation, die vom Arzt zu stellen und zu verantworten ist, und der Einwilligung des Patienten. Das gilt nicht nur für Sterbende, sondern auch für Patienten mit infauster Prognose oder schwersten zerebralen Schädigungen.

Angesichts der starken Fokussierung der öffentlichen Diskussion auf die Patientenverfügung betont die Präambel, dass Art und Ausmaß der Behandlung vom Arzt gemäß der medizinischen Indikation zu verantworten sind. Darin liegt keine Rückkehr zum ärztlichen Paternalis-



mus. Denn gleich im Anschluss daran heißt es ausdrücklich: Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Die Grundsätze gehen daher von einem partnerschaftlichen, dialogorientierten Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus und beschreiben ausführlich den Entscheidungsprozess und die Feststellung des Patientenwillens (Abschnitt IV).

Ein geistig wacher und orientierter Patient ist einwilligungsfähig und kann selbst im Gespräch mit dem Arzt entscheiden, ob er einer vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahme zustimmt. Ist ein Patient nicht ansprechbar, hat der Arzt Ziel und Ausmaß der Behandlung mit dem Patientenvertreter zu besprechen. Der Patientenvertreter hat den Patientenwillen festzustellen. Dabei hat er auf frühere Willensbekundungen des Patienten zurückzugreifen, um den aktuellen oder

mutmaßlichen Willen festzustellen. Auf deren Bedeutung weisen die Grundsätze ausdrücklich hin (Abschnitt VI). Zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis hat die Bundesärztekammer bereits im Mai 2010 ausführliche Empfehlungen veröffentlicht.

Schwerstkranke und sterbende Kinder und Jugendliche

Die neuen Grundsätze enthalten erstmals einen eigenen Abschnitt zur Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen. Sie verdeutlichen damit, dass Kinder nicht bloß kleine Erwachsene sind, sondern als Heranwachsende in ihrer Entwicklung ernst genommen werden müssen. Unbeschadet der Verantwortung der Eltern oder anderer Sorgeberechtigter sollen Ärzte deshalb auch

die Wünsche kranker Kinder und Jugendlicher erfragen und berücksichtigen.

Fazit: Keine Revolution des ärztlichen Selbstverständnisses!

Die Neufassung entwickelt die Grundsätze weiter, indem sie sie an die neue Rechtslage anpasst und einzelne Punkte präzisiert und konkretisiert. Die Grundaussage zur ärztlichen Aufgabe, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod Beistand zu leisten, bleibt ebenso ungeschmälert erhalten wie die eindeutige Abgrenzung der ärztlichen Aufgabe bei der Sterbebegleitung von der Tötung auf Verlangen und von der Beihilfe zum Suizid. Ein Positionswandel der deutschen Ärzteschaft oder gar eine Revolu-

tion des ärztlichen Selbstverständnisses sind damit nicht verbunden – auch wenn manche derartiges erhofft oder befürchtet haben.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung können im Internet unter www.bundesaeztekammer.de abgerufen werden. ■

Autoren

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetags

Prof. Dr. iur. Volker Lipp, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Medizinrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Göttingen

PD Dr. phil. Alfred Simon, Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen

Palliativmedizin nachhaltig in die Gesundheitsversorgung integrieren

Der Gesetzgeber hat während der letzten Gesundheitsreform ein „Recht auf Palliativversorgung“ im SGB V (§ 37 b) verankert. Dennoch ist eine flächendeckende Palliativversorgung bei weitem noch nicht ausreichend umgesetzt – auch wenn palliativmedizinische Dienste und Hospize mittlerweile in der öffentlichen Wahrnehmung angekommen und feste Bestandteile unseres Gesundheitswesens sind. „Unser Ziel ist es, die Palliativmedizin nachhaltig und flächendeckend in die ambulante und stationäre Versorgung zu integrieren“, sagte Prof. Dr. Friedemann Nauck, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Dies werde langfristig dazu führen, „dass mehr schwerkranke und sterbende Menschen auch in

Krisensituationen weiter dort versorgt werden können, wo sie leben“. Notfallbedingte – und die Patienten mitunter unnötig belastende – Krankenhauseinweisungen würden so künftig seltener werden. Nauck wird seine Konzepte für eine bessere palliativmedizinische Versorgung den Delegierten des 114. Deutschen Ärztetags Anfang Juni in Kiel vorstellen.

Einer im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie zufolge könne ein früher Einsatz von Palliativmedizin dazu beitragen, die Lebensqualität der betroffenen Patienten zu erhöhen, den Einsatz tumorspezifischer Therapien zu verringern und mitunter sogar das Leben der Patienten zu verlängern.

Deshalb sollte Palliativmedizin frühzeitig in das Behandlungskonzept integriert werden, empfiehlt Nauck. Davon würden nicht nur Tumorpatienten, sondern auch Patienten mit weit fortgeschrittenen unheilbaren neurologischen, kardialen, pulmonalen oder renalen Erkrankungen profitieren.

Um den daraus resultierenden zunehmenden Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung zu decken, müssten die bestehenden Curricula in Palliativmedizin für die verschiedenen Berufsgruppen an die rasante Entwicklung in diesem Bereich angepasst werden. Seit fast zwei Jahren ist die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium vorgeschrie-

ben. Sämtliche Universitäten sollten deshalb die Bedingungen dafür schaffen, dass Palliativmedizin kompetent im Rahmen des Querschnittsfaches Q13 gelehrt und geprüft werden kann. „Dazu gehören auch das Erlernen der erforderlichen kommunikativen Kompetenz in der Begegnung mit den Patienten und deren Angehörigen sowie die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen“, bekräftigte Palliativmediziner Nauck. Eine gute Praxis und eine zielgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildung brauche jedoch wissenschaftliche und – wenn möglich – evidenzbasierte Inhalte. Durch die Schaffung weiterer Lehrstühle und Professuren für Palliativmedizin würden Lehre und Forschung deutlich gefördert. ■

Ohne Fraktionszwang – Drei Gesetzesentwürfe zur PID liegen vor:

- ▶ Die Gruppe um die Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags, Katrin Göring-Eckhardt (Bündnis 90/Die Grünen), und Johannes Singhammer (CDU/CSU) dringt auf ein umfassendes Verbot der PID. In dem Gesetzesentwurf wird vorgeschlagen, das PID-Verbot im Gendiagnostikgesetz zu verankern. Bei einem Verstoß gegen das Verbot sollen aber nur diejenigen strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, die die PID anwenden – also Ärzte, Biologen oder Angehörige anderer Heilberufe. Ausdrücklich nicht bestraft werden sollen die potenziellen Eltern bzw. die Ei- oder Samenzellenspender.
- ▶ Einen weiteren Gruppenantrag haben die Abgeordneten René Rösper (SPD) und Priska Hinz (Bündnis 90/Die Grünen) eingebracht. Demzufolge soll das Embryonenschutzgesetz um eine Regelung ergänzt werden, nach der die genetische Untersuchung eines Embryos im Rahmen einer künstlichen Befruchtung grundsätzlich verboten ist. In Ausnahmefällen aber soll eine solche Untersuchung für nicht rechtswidrig erklärt werden, und zwar dann, wenn bei den Eltern oder einem Elternteil eine humangenetisch diagnostizierte Disposition vorliegt, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehl- oder Totgeburten oder zum Tod des Kindes im ersten Jahr führt.
- ▶ Die Abgeordneten Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD), und Ulrike Flach (FDP) haben einen gemeinsamen Gesetzesentwurf vorgelegt, mit dem die PID verboten werden soll – es sei denn, bei dem Nachwuchs liegt „eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit“ vor oder es ist mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen. ■

PID spaltet das Parlament

Deutscher Ethikrat legt Stellungnahme vor / BÄK plädiert für Zulassung in engen Grenzen

Sollte die Präimplantationsdiagnostik (PID) verboten oder doch begrenzt zugelassen werden? Im politischen Berlin wird seit Monaten darüber vehement gestritten. Für und Wider-Argumente werden gegeneinander abgewogen und Verbündete über die sonst üblichen Fraktionsgrenzen hinweg für die Bundestagsentscheidung über die drei bislang vorliegenden Gesetzesentwürfe (siehe Infokasten) gesucht. Bei der ersten Lesung am 14. April warben die Abgeordneten nachdenklich und – was für eine Bundestagsdebatte eher als ungewöhnlich ist – sehr emotional für den jeweils von ihnen favorisierten Gesetzesvorschlag. Die drei Gesetzesentwürfe werden nun weiter im federführenden Gesundheitsausschuss und beratend in den Aus-

deshalb aufgefordert, klare gesetzliche Regelungen für diesen medizinisch, ethisch und rechtlich schwierigen Bereich zu erarbeiten.

Das Thema spaltet. Selbst der Deutsche Ethikrat als Berater des Gesetzgebers tut sich schwer damit: Denkbar knapp fiel Anfang März das Votum der 26 Ratsmitglieder für eine Zulassung der genetischen Tests in Ausnahmefällen aus. 13 von ihnen plädierten für eine Zulassung der PID in engen Grenzen, während sich einer der Stimme enthielt und ein weiterer ein Sondervotum abgab.

Die Befürworter der PID in engen Grenzen rechtfertigten ihre Entscheidung damit, dass die genetischen Untersuchungen bei Paaren

Frauen die Informationen über eine mögliche Erkrankung ihres Kindes vor der Schwangerschaft vorenthalten werden, sie aber eine – mitunter auch bereits fortgeschrittene – Schwangerschaft abbrechen dürfen, wenn sie im Rahmen der Pränataldiagnostik (PND) davon erfahren. Strittig ist allerdings die Frage, ob die PID auch für eine erst im späten Alter ausbrechende Krankheit zulässig sein sollte. Die PID-Gegner argumentierten hingegen, dass diese Methode dazu beitragen werde, Embryonen aufgrund unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen und somit eine Selektion zu betreiben. Zudem sei zu befürchten, dass eine „Ausweitung der Indikationen“ absehbar sei.

BÄK-Memorandum zur PID vorgelegt

Auch die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich erneut mit diesem äußerst sensiblen Thema beschäftigt und Ende Februar ein „Memorandum zur PID“ verabschiedet. Darin vertritt sie die Auffassung, dass die PID nach gegenwärtigem Erkenntnisstand unter bestimmten Voraussetzungen gestattet werden sollte. So komme die PID ausschließlich für Paare in Frage, die anamnestisch stark belastet sind und für deren Kinder somit ein hohes Risiko besteht, dass eine familiär bekannte und schwerwiegende genetisch bedingte Erkrankung ausbrechen könnte. Zentrales Argument ist vor allem die Inkongruenz zwischen der Präimplantationsdiagnostik und der Pränataldiagnostik. Denn „unter Gesichtspunkten der Zumutbarkeit für die Frau und des Entwicklungsstandes des vorgeburtlichen Lebens ist die In-vitro-Befruchtung ‚auf Probe‘ (PID) in bestimmten Fällen ethisch weniger problematisch als eine ‚Schwangerschaft auf Probe‘ (PND) mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch“.



Die Biologin Wibke Ehlers injiziert unter dem Mikroskop Spermien in eine menschliche Eizelle.

schüssen für Familie, Recht und Bildung erörtert.

Ausgangspunkt der politischen Debatte war ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom Juli 2010, das unter anderem zu dem Schluss kam, dass die geltenden gesetzlichen Regelungen in Deutschland die PID nicht grundsätzlich verbieten. Der BGH hatte den Gesetzgeber

zugelassen werden sollten, die aufgrund eigener Erbkrankheiten oder wiederholter Fehl- oder Totgeburten befürchten müssen, ein schwerkranken oder nicht lebensfähiges Kind zu bekommen. Die PID erspare vor allem Frauen das Leid einer sogenannten Spätabtreibung und sei ein Weg aus der derzeit widersprüchlichen Gesetzeslage: Ethisch sei es nicht vertretbar, dass

Gene: Wegweiser für eine bessere Gesundheit?

Experten diskutieren beim 35. Interdisziplinären Forum über Direct-to-Consumer-Tests im Internet

„Wir haben uns sorgfältig mit allen medizinischen, ethischen und rechtlichen Pro- und Kontra-Argumenten der PID auseinandergesetzt“ erklärt Prof. Dr. Hermann Hepp, federführendes Mitglied der Arbeitsgruppe „Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik“ des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK. „Schließlich haben wir uns dazu entschieden, besonders schwere Fälle aus dem Pool der Pränataldiagnostik herauszunehmen und den Widerspruch, PND und Abtreibung: ja – PID: nein, aufzulösen.“

Unabhängige PID-Kommission bei den Ärztekammern

Um die Autonomie der Patienten zu schützen und den betroffenen Paaren eine „authentische, verantwortungsbewusste Entscheidung“ zu ermöglichen, hält die BÄK eine kompetente Beratung durch Humangenetiker und weitere Ärzte für absolut notwendig. Auch sollten bei den Landesärztekammern behandlungsunabhängige PID-Kommissionen angesiedelt werden, in denen unter anderem Humangenetiker, Ethiker, Selbsthilfegruppen und Behindertenvertreter gemeinsam über die Zulassung der PID in einzelnen – anonymisierten – Fällen entscheiden. „Die Ärzteschaft will Verantwortung übernehmen und fachlich kompetent beraten“, betont auch Prof. Dr. Jan Schulze, Mitglied des BÄK-Vorstands und der PID-Arbeitsgruppe. Ungeachtet der weiterhin bestehenden Forderung nach einem Fortpflanzungsmedizinengesetz stünde die BÄK bei einer gesetzlichen Zulassung der PID bereit, in einer (Muster-)Richtlinie die Regelungen zum Indikationsspektrum, zur personellen und apparativen Ausstattung, zur medizinischen und psychosozialen Beratung sowie zur Lizenzierung der PID-Zentren zu treffen. ■

Unsere Gene beinhalten unzählige Informationen über uns. Deren Analyse kann uns vielleicht sogar einen Blick in die eigene Zukunft ermöglichen: Bekomme ich später einmal Alzheimer oder Krebs? Habe ich riskante Erbanlagen? Wirken bestimmte Medikamente bei mir besonders gut oder aber gar nicht? Antworten auf solche Fragen versprechen Internetseiten, auf denen sogenannte Direct-to-Consumer-Tests (DTC) angeboten werden. Bereits ab einem Preis von 199 US-Dollar kann man seine Gene in den Vereinigten Staaten (USA) testen lassen. Die Preise variieren bis zu 2.000 US-Dollar pro Test. Nach sechs bis acht Wochen erhalten die Kunden erste Ergebnisse – je nach Vertragsabschluss gegebenenfalls auch noch „Updates“ im Falle neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. US-Firmen werben mit Slogans wie „Ihre Gene sind ihr Wegweiser zu einer besseren Gesundheit“ oder „Lerne von Deiner DNA“.

DTC-Tests kamen Ende der 1990er Jahre auf den Markt und sind Teil einer Entwicklung hin zu einer immer stärker personalisierten Medizin. In den USA wurden sie in den vergangenen Jahren immer beliebter und sind in etwa der Hälfte der Staaten erlaubt. Weltweit gibt es derzeit etwa 40 Firmen, die DTC-Tests im Internet anbieten. In manchen Fällen besteht sogar die Option, die eigenen Gene mit denen anderer Kunden zu vergleichen.

Doch sind DTC-Tests auch sinnvoll? „Nicht unbedingt“, sagte Prof. Dr. Thomas Cremer vom Biozentrum der Ludwig-Maximilian-Universität in München. Er ist einer der Experten, die auf dem 35. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer im Februar 2011 in Berlin über Chancen und

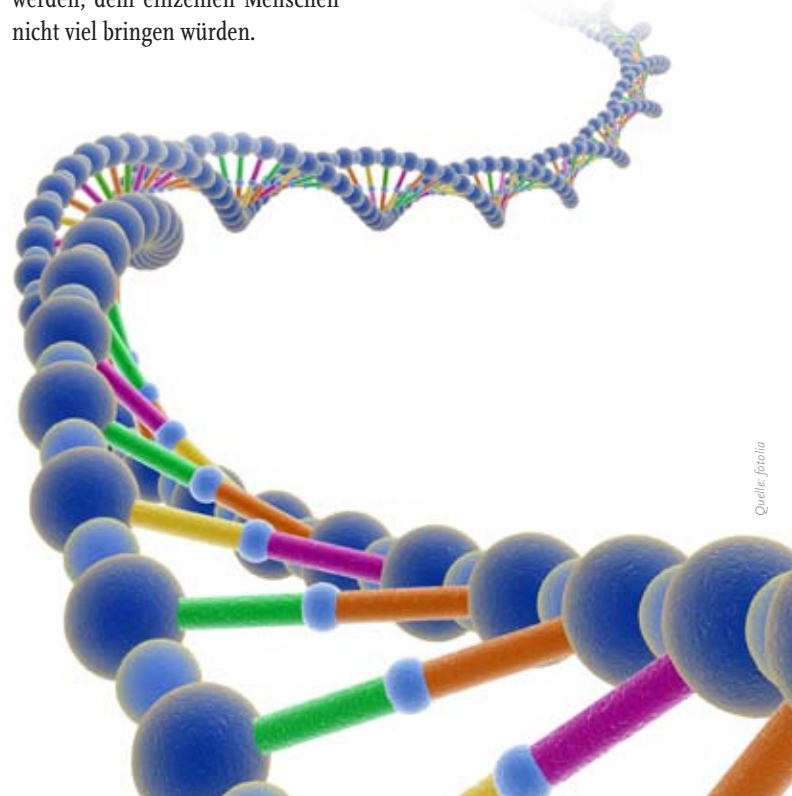
Risiken der Genchecks aus dem Internet diskutierten. Die Humangenetische Forschung war in diesem Jahr eines der Schwerpunktthemen auf dem Fortbildungskongress der BÄK.

DTC-Tests im Internet fehlt Facharztberatung

„Gentests, die als sogenannte Direct-to-Consumer Tests im Internet angeboten werden, liegt oftmals keine fachgerechte ärztliche Beratung zugrunde. Deshalb kommt es häufig zu Fehlinterpretationen der Ergebnisse“, warnte Cremer. Für eine Beurteilung sei eine fachkundige und unabhängige Beratung unverzichtbar. „Selbst bei monogenetischen Erkrankungen kann es von vielen anderen Genen abhängen, wie stark man erkrankt“, erklärte Cremer. Auf den amerikanischen Internetseiten würde oftmals auf multifaktorielle Krankheiten hingewiesen, bei denen die Gene zwar eine Rolle spielen, diese für den Ausbruch einer Krankheit jedoch nicht ausschlaggebend sein müssten. Das sei ein so komplexes Feld, dass die Risikobehauptungen, die dort gemacht werden, dem einzelnen Menschen nicht viel bringen würden.

„Man kann auch erkranken, wenn der Test kein erhöhtes Risiko angezeigt hat“, so Cremer. Umgekehrt sei es genauso: Allein ein erhöhtes Risiko mache noch keine Krankheit aus. Cremer betonte zudem, dass es auch einen großen Industriezweig gebe, der Interesse daran habe, gesundheitsunterstützende Präparate wie Vitamine oder andere Nahrungsergänzungsmittel zu verkaufen.

Die Teilnehmer des Interdisziplinären Forums begrüßten, dass Gentests aus dem Internet in Deutschland durch den im Gendiagnostikgesetz verankerten Arztvorbehalt verboten sind. „Trotzdem müssen wir offen für eine Diskussion sein. Dass Patienten hierzulande die Angebote aus dem Ausland nutzen, lässt sich nicht verhindern“, erklärte Prof. Dr. André Reis von der Universität Erlangen auf dem Forum. Zwar böten nicht alle Unternehmen ihren Service für jedes Land an. Das „Sonderangebot“ für 199 US-Dollar gelte aber auch für Kunden aus Deutschland. Einer von vielen Gründen, die Diskussion weiterzuführen. ■



Kammerwahlen: Vier Bestätigte und ein Neuzugang im Präsidentenamt

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg soll künftig für Ärzte und Politiker transparenter werden und in den Medien präsenter sein. Das ist das Ziel von **Dr. Ulrich Clever**, dem Ende Februar mit absoluter Mehrheit gewählten neuen Kammerpräsidenten. Denn das, was gut laufe, wie etwa die Fortbildung, werde zu wenig kommuniziert, kritisierte der 57-jährige Gynäkologe. Auch müsse der wirtschaftliche und juristische Schutz für die Kammermitglieder in der Lücke zwischen Sozial- und Haftungsrecht verbessert werden. Die Kammer sei gerade für Ärzte unverzichtbar, „die verloren sind im Streit der Verbände“, so Clever.

Im Nordosten bleibt alles beim Alten: Mit 53 von 63 möglichen Stimmen wählte die Kammerversammlung **Dr. Andreas Crusius** Ende Januar – nach 20 Jahren im Amt – erneut zum Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Der 55-jährige Internist aus Rostock ist einer der Gründungsväter der Kammer. Zu den Aufgaben, denen sich der neue alte Kammerpräsident in seiner sechsten Amtsperiode

stellen will, gehört, die Folgen der Zusammenlegung der Landkreise zu sechs Großkreisen für die medizinische Versorgung auf dem Land zu überwachen. Crusius will verhin-



V.l. n.r.: Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Günther Jonitz, Dr. Martina Wenker, Dr. Andreas Crusius, Dr. Ulrich Clever

dern, dass dem Rettungsdienst dadurch zu weite Wege drohen.

Auch die Delegierten der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) haben sich entschieden: Mit einem einstimmigen Votum bestätigten sie die Präsidentin **Dr. Martina Wenker** Mitte Januar in ihrem Amt und damit auch die berufspolitische Arbeit des Kammervorstandes. „Wir werden uns weiter nachdrücklich dafür einsetzen, dass die Patientinnen und Patienten eine hochwertige medizinische Versorgung erhalten“, betonte die 52-jährige Lungenfachärztin. Eines der wichtigsten Ziele

zu Beginn der zweiten Legislaturperiode sei die Mitgestaltung einer neuen Versorgungsplanung in dem zweitgrößten Bundesland Deutschlands.

Für weitere vier Jahre ist **Dr. Günther Jonitz** zum Präsident der Ärztekammer Berlin gewählt worden. Die Delegiertenversammlung gab dem 52-jährigen Chirurgen Mitte Januar 34 der 46 möglichen Stimmen; Vizepräsident wurde erneut Dr. Elmar Wille. „Die Wiederwahl ist ein Vertrauensbeweis für unsere Arbeit und Beleg dafür, dass die Zusammenarbeit zwischen Haus-, Fach- und Krankenhausärzten in Berlin seit zwölf Jahren gut funktioniert“, so Jonitz. In unruhigen Zeiten sei eine stabile unabhängige und leistungsstarke Ärztekammer für die Vertretung ärztlicher Interessen wichtiger denn je.

Dr. Frank Ulrich Montgomery, ist Anfang Dezember 2010 als Präsident der Ärztekammer Hamburg bestätigt worden. Mit Ausnahme von 2002 bis 2006 amtiert der 58-jährige Radiologe seit 1994. Für die kommenden vier Jahre sei ihm vor allem wichtig, „die Renten und Anwartschaften wie bisher abzusichern und das Versorgungswerk erfolgreich weiterzuführen“, erklärte Montgomery. Aber auch die medizinische Versorgung in Hamburg müsse weiter gefördert werden. Dafür würden intelligente Finanzierungskonzepte für die Krankenversicherung ebenso wie eine Fortsetzung der Investitionsförderung der Krankenhäuser benötigt. ■

Impressum

BÄK intern
Informationsdienst der
Bundesärztekammer

Redaktion:
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Samir Rabbata,
Johanna Braun,
Jana Kromer,
Katharina Wurche

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

Tel. (030) 40 04 56-700
Fax (030) 40 04 56-707
E-Mail: presse@baek.de
Internet: www.baek.de

Druck:
Druckerei Braul,
Pankstraße 8–10, 13127 Berlin

Satz und Layout:
da vinci design GmbH,
Albrechtstraße 13, 10117 Berlin

Redaktionsschluss:
12.05.2011

Daniel Bahr ist neuer Bundesgesundheitsminister

Der bisherige Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) wurde als neuer Wirtschaftsminister vereidigt. Sein bisheriger Staatssekretär, Daniel Bahr (FDP) hat seine Nachfolge an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) angetreten.

„Mit dem Regierungswechsel im Herbst 2009 und der Amtsübernahme von Dr. Philipp Rösler als Bundesgesundheitsminister wurde

eine neue Kultur des Vertrauens in der Zusammenarbeit zwischen Politik und Ärzteschaft begründet. Das ermöglichte, wieder einen konstruktiven Dialog mit der Politik zu führen und das Augenmerk auf die eigentlichen Probleme unseres Gesundheitswesens zu lenken – die großen Herausforderungen der Versorgung angesichts des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels“, erklärte der Präsident der Bundesärztekammer,

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Auch Bahr habe in den vergangenen Jahren als parlamentarischer Staatssekretär auf eine enge Kooperation zwischen Politik und Ärzten sowie anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen hingewirkt. „Neben seiner Dialogbereitschaft ist es vor allem seine Fachkompetenz, die uns Ärzten auch für die Zukunft auf eine fruchtbare Zusammenarbeit hoffen lässt“, begrüßte Hoppe den Personalwechsel im BMG. ■