

BÄK INTERN

INFORMATIONSDIENST DER BUNDESÄRZTEKAMMER



Rösler will Reformen durchsetzen



Augen zu und durch. CDU und CSU mauern bei der Gesundheitsprämie. Röslers Regierungskommission nimmt dennoch im März ihre Arbeit auf.

So hatte sich die FDP das Regieren nicht vorgestellt. Gut 100 Tage nach dem Start der schwarz-gelben Bundesregierung rangieren die wichtigsten liberalen Minister auf den hintersten Plätzen der Beliebtheitskala. Dabei dürfte es für FDP-Hoffnungsträger Philipp Rösler besonders schmerzhaft sein, dass er den vorletzten Platz einnimmt. Seit Jahren kämpft der Hannoveraner Augenarzt dafür, dass seine Partei so etwas wie Herzenswärme versprüht. „Anstatt die Inhalte wie eine Monstranz vor sich her zu tragen, muss sich die FDP wieder darauf konzen-

trieren, sympathischer zu werden“, forderte er vor seiner Berufung nach Berlin in seinem Grundsatzpapier „Liberaler Wegbeschreibung“. Als Bundesgesundheitsminister muss Rösler nun erkennen, dass sein Problem genau andersherum gelagert ist. Er gilt zwar als sympathisch, mit seinem Namen verbinden sich mit Ausnahme der umstrittenen Krankenversicherungsprämie bislang jedoch kaum gesundheitspolitische Inhalte. Spätestens seitdem die ersten Krankenkassen Zusatzbeiträge angekündigt haben, steigt deshalb der Druck auf den

37-jährigen, eigene gesundheitspolitische Akzente zu setzen. Nun hat er zumindest in Teilbereichen reagiert. Nach monatelanger Neustrukturierung ist das Bundesgesundheitsministerium endlich voll arbeitsfähig und erhöht bei seinen Reformvorhaben die Schlagzahl.

Dabei dürften Rösler und seine FDP auch aktuelle Umfrageergebnisse aus Nordrhein-Westfalen alarmiert haben. Drei Monate vor der Landtagswahl im bevölkerungsreichsten Bundesland sind die Liberalen in der Wählergunst abgestürzt. >>

FEBRUAR 2010

AUS DEM INHALT

Behandlungsfehler: BÄK gegen „Zwangsregister“ 3

Pharmapaket mit Risiken und Nebenwirkungen
Ärzte, Apotheker und Kassen positionieren sich zu geplanten Richtlinienänderungen der EU 4

Ein Paket wird geschnürt 5

Patienten Sicherheit geben
Interview mit BÄK-Vize Dr. Frank Ulrich Montgomery 6

Fortschritte in der Medizin
Experten stellen neue Forschungsergebnisse auf Fortbildungsveranstaltung der BÄK vor 7

Krebstherapie
Molekulare Pathologie gewinnt an Bedeutung 8

Transplantationsbeauftragte in den Kliniken etablieren
Fachleute diskutieren auf Symposium der BÄK neue Wege der Organspende 9

Pro und Kontra
Ein Theologe und ein Soziologe erwägen das Für und Wider der gestuften Widerspruchslösung 10

Checkliste für Arztbewertungsportale
BÄK, KBV und ÄZQ entwickeln Qualitätsstandards für Arztbewertungen 11

Fortsetzung von Seite 1

Für Schwarz-Gelb reicht es derzeit nicht mehr, wohl aber für Schwarz-Grün. Ministerpräsident Jürgen Rüttgers (CDU) lässt Spekulationen über ein solches Bündnis bewusst treiben und befeuert sie sogar. FDP-Generalsekretär Christian Lindner sagte, er wolle nun das Reform-Tempo erhöhen. Die Chance der FDP sei, ihre Konzepte jetzt schneller als geplant konkret zu machen. Rösler beraumte für Mitte Februar ein Treffen mit Vertretern der Kassen an, um Ausgabensenkungen im Arzneimittelbereich zu erörtern. Der Vorschlag der Kassen bei den Beratungen: eine schnelle, vorläufige Kosten-Nutzen-Bewertung für jedes neue patentgeschützte Präparat. Diese Schnellbewertung soll „als Zugangstor zur GKV-Erstattung“ dienen. Untersucht werden soll, ob die Neuentwicklung einen Zusatznutzen aufweist. Ist kein Zusatznutzen erkennbar, soll sich die Preisbildung an vorhandenen Therapiealternativen orientieren. Die Industrie selbst hatte zuvor Verhandlungslösungen angeregt. Rösler hatte nach dem Treffen angekündigt, er wolle niedrige Arzneimittelausgaben auch gegen Widerstände durchsetzen. Ein konkretes Konzept will er erst nach weiteren Einzeltreffen mit der Pharmaindustrie vorlegen.

Noch ist offen, in welcher Form Rösler die geplanten Kostendämpfungsmaßnahmen durch das Parlament bringen will. Die erste Gesetzesinitiative steht im Sommer an. Mit dem GKV-Änderungsgesetz will die Regierung akutem Regelungsbedarf im Krankenversicherungsrecht nachkommen und die Übergangsregelungen für den Datentransfer an private Abrechnungsstellen verlängern. Es hätte sich angeboten, das Gesetzespaket zu einem veritablen Vorschaltgesetz auszubauen, das neben Sparmaßnahmen auch die im Koalitionsvertrag angekündi-

gten Neuregelungen auf Leistungserbringerseite umsetzt. Dazu wird es wohl nicht kommen, was die Ungeduld auch innerhalb der Ärzteschaft steigert.

„Bislang hat Minister Rösler keinen Zweifel daran gelassen, dass er auf ein freiheitliches Gesundheitssystem zusteuert“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Er betonte aber zugleich, nicht alle Probleme könnten von der geplanten Regierungskommission bearbeitet werden. In vielen Bereichen sei kurz-



Das Bundeskabinett wird Röslers Regierungskommission am 24. Februar berufen. Viele Minister werden dem Gremium selbst angehören.

fristiges Handeln nötig. Die BÄK plädiert insbesondere für eine Klarstellung des Gesetzgebers, dass Medizinische Versorgungszentren vorrangig in die Hände von Ärzten und nur nachrangig auch in die von Krankenhäusern gehören. Entschärft werden müsse zudem § 116 b SGB V – der ermächtigten Krankenhausambulanzen erlaubt, die ambulante Versorgung bestimmter Krankheiten zu übernehmen. Breitflächige Versorgungsgebiete sollten nach Auffassung der Kammer nicht dem Regelungsbereich des § 116 b zugeordnet werden, wie dies zum Teil jetzt der Fall sei. Andernfalls wirke der Wettbewerb zwischen

Klinik und Praxis nicht qualitätsfördernd, sondern nur verdrängend. Darüber hinaus erneuerte die Bundesärztekammer ihre Forderung, die Gebührenordnung für Ärzte zu reformieren. Die BÄK hat hierfür bereits Vorschläge unterbreitet, wie die bisherige Gebührentaxe auf eine gerechte, kalkulatorisch saubere betriebswirtschaftliche Basis gestellt werden kann.

Gut möglich, dass Rösler einige dieser Punkte in die Arbeit der Regierungskommission einfließen lässt, die am 24. Februar vom Bundeskabi-

beralen abgespielt hat, schaltete sich nun auch Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) ein. Ausgerechnet eine kleine Anfrage der Grünen-Gesundheitsexpertin Birgitt Bender zu den Kosten des sozialen Ausgleichs bei Einführung einer Gesundheitsprämie nutzte der CDU-Politiker für den Versuch, dem liberalen Koalitionspartner die Reformpläne auszutreiben. Schäubles Beamte rechneten vor, dass der Spitzensteuersatz auf 73 Prozent steigen und ab einem Einkommen von 120.664 Euro gelten würde, wenn die Prämie mit einem zu Grunde gelegten steuerfinanzierten Solidarausgleich in Höhe von 20 Milliarden Euro eingeführt würde. Rösler hält dagegen: „Alle Zahlen, die bisher genannt wurden, sind nicht einmal im Ansatz richtig.“ Der Sozialausgleich werde deutlich unter zehn Milliarden Euro liegen.

Das Papier hat den Streit in der Koalition weiter befeuert. Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) fühlt sich bestätigt und setzt die Angriffe auf seinen Berliner Amtskollegen fort. Der streitbare Franke bezeichnet es als notwendig, den Arbeitsauftrag der Regierungskommission zu ändern. Statt sich nur über die Kopfpauschale zu beraten, solle das Gremium diskutieren, wie man die Ausgabenseite in den Griff bekommen und die Versorgung der Patienten verbessern könne.

Rösler selbst lassen die fortwährenden Verbalattacken aus München zumindest äußerlich kalt. Mit Blick auf Söder dürfte er sich aber an sein Grundsatzpapier aus hannoverschen Zeiten erinnert fühlen. „Lautstärke ist nicht gleich Stärke“, hatte er damals geschrieben. Und: Das Vorbeigehen an einem Mikrofon sollte selbst einem Vollblutpolitiker nicht weh tun. ■

nett einberufen werden und sich im März konstituieren soll. „Wir schnüren ein Gesamtpaket mit verschiedenen Einzelpaketen, die darin enthalten sind“, sagte der Minister gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt.

Zu befürchten ist, dass dadurch viele insbesondere für Ärztinnen und Ärzte wichtige Einzelfragen Teil der Verhandlungsmasse einer großen Gesundheitsreform werden könnten. Dabei ist offen, ob die Kommission überhaupt zu einem Ergebnis kommt. Nachdem sich der Streit bislang vornehmlich zwischen CSU und Li-

BÄK gegen „Zwangsregister“ für Behandlungsfehler

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat die Forderung nach einem anonymen zentralen Melderegister für Behandlungsfehler zurückgewiesen. „Wir brauchen kein Zwangsregister für Behandlungsfehler, sondern endlich vernünftige Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, dann können schon viele Fehler vermieden werden. Unser Ziel ist und bleibt es, dass Ärzte ohne Angst über Pannen sprechen können, dass sie aus ihren Fehlern lernen. Gerade in Anbetracht der Komplexität moderner Medizin brauchen wir eine systematische und auf Freiwilligkeit beruhende Aufarbeitung von Fehlern im Sinne einer Fehlervermeidungskultur“, sagte Bundesärztekammer-Präsident, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.



Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), hatte zuvor ein bundesweites Melderegister für ärztliche Behandlungsfehler gefordert. Später distanzierte er sich von dem Bericht und nahm die Forderung nach einem zentral organisierten

Register zurück. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) reagierte zurückhaltend auf den Vorstoß für ein Ärztefehler-Register. „Ein Melderegister wurde bisher in der Koalition nicht besprochen“, sagte ein Ministeriumssprecher. Auch Rösler sei an einer Stärkung der Patientenrechte gelegen. „Wenn Behandlungsfehler besser verhindert werden sollen, geht das nur gemeinsam mit allen Beteiligten.“

Der Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, der Berliner Ärztepräsident Dr. Günther Jonitz, sagte: „Ein zentrales Register hat den Nachteil, dass es sehr weit weg ist und sich viele nicht melden würden – anders als bei einer Stelle im eigenen Haus“, sagte Jonitz. Ein

knappes Drittel der Krankenhäuser habe bereits Fehlersysteme eingeführt, betonte er. Hier berichten an Behandlungen beteiligte Ärzte oder Pfleger anonym von Fehlern.

Die Vizepräsidentin der BÄK, Dr. Cornelia Goesmann, betonte, die deutsche Ärzteschaft sei vorbildlich bei der Umsetzung internationaler Vorgaben für Patientensicherheit. Bereits heute gingen die bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern registrierten Fälle in ein „bundeseinheitliches Statistikprogramm“ ein.

Informationen zu den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen: www.bundesaerztekammer.de ■

Entlastung durch Medizinische Fachangestellte

Die Bundesärztekammer hat das neue Fortbildungs-Curriculum zur „Nicht-ärztlichen Praxisassistentin“ vorgelegt. Mit dem Curriculum werden die Vorgaben der im vergangenen Jahr in Kraft getretenen Delegationsvereinbarung zur Durchführung ärztlicher Leistungen in der Häuslichkeit von Patienten umgesetzt. „Menschliche Zuwendung ist unentbehrlich für den Behandlungserfolg des Arztes. Aber Zuwendung erfordert Zeit. Diese Zeit ist für viele Ärztinnen und Ärzte angesichts voller Wartezimmer mitunter knapp bemessen. Deshalb ist es in vielen Fällen sinnvoll, Hausbesuche unter Verantwortung des Arztes an speziell fortgebildete Medizinische Fachangestellte zu delegieren“, sagte Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

Medizinische Fachangestellte können nach der Fortbildung selbstständig Hausbesuche vornehmen. Ihr Tätigkeitsspektrum ist vielfältig. Unter anderem können sie die Sturzprophylaxe übernehmen, Blutdruck- oder Blutzuckerwerte kontrollieren und Wunden versorgen. Das Curriculum baue systematisch auf dem modularen Fortbildungskonzept der Bundesärztekammer auf. Darauf verwies Dr. Max Kaplan, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Besonders die Fortbildung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ sowie „Patientenbegleitung und -koordination“ sollten generell zur stärkeren Entlastung von Hausärztinnen und Hausärzten und zur besseren Aufgabenverteilung im ambulanten Team genutzt werden, forderte Kaplan. ■

Einigung über Vergütungsvorgaben im PKV-Basistarif

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich auf eine Regelung für die Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif geeinigt. Die Vereinbarung, die zum 1. April 2010 in Kraft tritt, sieht vor, dass Ärzte für Leistungen künftig den 0,9- bis 1,2-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), statt den üblichen 2,3-fachen Satz abrechnen können.

Im Einzelnen bedeutet die neue Übereinkunft, dass Laborleistungen mit 0,9-fachem Satz abgerechnet werden können, Leistungen der Abschnitte A (Gebühren in besonderen Fällen) und E (physikalisch-medizinische Leistungen) sowie O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin) mit dem 1,0-fachen Satz. Alle

Leistungen darüber hinaus werden mit dem 1,2-fachen Steigerungssatz vergütet.

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft getretenen gesetzlichen Vorgaben hatten ursprünglich die höchstmögliche Honorierung festgelegt, jedoch KBV und PKV eine Vertragsoption gelassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung konnte durchsetzen, dass die GOÄ als Grundlage der Vergütung beibehalten wird. Die Privatversicherer hatten in den Verhandlungen gefordert, die Vergütungsvorgaben in weiten Bereichen auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) umzustellen. Nach langen Debatten gelangten beide Seiten nun zu dieser Vereinbarung, die bis zum 31. Dezember 2012 gültig ist. ■

Pharmapaket mit Risiken und Nebenwirkungen

Im Sommer will das EU-Parlament über Richtlinienänderungen zu Arzneimitteln entscheiden

Es ist schon etwas Besonderes, wenn sich Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen einig sind. Dies war Ende Januar in Brüssel der Fall. Ärzte, Apotheker und Krankenkassen hatten sich erstmals geschlossen an das EU-Parlament gewandt und sich zur Umsetzung des geplanten Pharmapakets positioniert. Vertreter der Bundesärztekammer (BÄK), der

mationen direkt an die Patienten wenden dürften. Eine transparente, objektive und von werblichen Einflüssen freie Information könne nur von Ärzten und Apothekern gewährleistet werden. Auch Krankenkassen, Zulassungsbehörden und Institutionen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen könnten einen wichtigen Beitrag zur

Nachfrage und keine Kunden geben“, sagte Montgomery.

Das sogenannte Pharmapaket wurde im Jahr 2008 von Günter Verheugen, dem damaligen Kommissar für Unternehmens- und Industriepolitik, auf den Weg gebracht. Seitdem ist es eine der umstrittensten Gesetzesinitiativen auf EU-Ebene. Verheugen wollte nach eigenem Bekunden erreichen, dass EU-Bürgern „sichere, innovative und erschwing-

weniger umstritten. So wurden die Vorschläge zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen von den meisten politischen Akteuren begrüßt. Sie stimmen darin überein, dass Qualität und Echtheit von Wirkstoffen nur dann sichergestellt werden können, wenn die Einfuhr gefälschter Arzneimittel verhindert wird. Dafür sollten produktbezogene Vorschriften geändert, neue Regeln für den Vertrieb und die Einfuhr von Arzneimitteln und Wirkstoffen sowie für deren Herstellungsqualität und Echtheit entworfen werden.

liche Arzneimittel zur Verfügung stehen“ und die Menschen „optimal über das Therapieangebot informiert werden“. Das Pharmapaket beinhaltet drei Schwerpunkte: die Information über Arzneimittel, die Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen und die Verbesserung der Pharmakovigilanz. Verheugens Vorschläge lösten

Völlig unkritisch werden diese Vorschläge jedoch nicht betrachtet. EU-Parlamentarier bemängeln unter anderem, dass zentrale Begriffe wie „gefälschtes Arzneimittel“ oder „Arzneimittelwirkstoff“ nicht ausreichend definiert sind. Auch sollten Generika in die Gesetzesinitiative mit einbezogen werden. Die deutsche Ärzteschaft unterstützt die Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen nachdrücklich. Ebenfalls auf Zustimmung stießen die Entwürfe zur Verbesserung der Pharmakovigilanz auf europäischer Ebene. So soll es künftig einen zentralen Ausschuss für die Meldung



Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und der gesetzlichen Krankenkassen hatten EU-Abgeordnete zu einer Diskussionsrunde geladen, um sie davon zu überzeugen, das laufende Gesetzgebungsverfahren zur Information der Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel im Rahmen des Pharmapakets zu stoppen.

Ein wesentlicher Kritikpunkt der Leistungserbringer war, dass der Entwurf zu industriefreundlich sei und das derzeit bestehende Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel aushöhle. Es gefährde die Patientensicherheit, wenn sich Arzneimittelhersteller mit Infor-

tenaufklärung leisten. Als Verbesserungsmaßnahme schlugen die Organisationen vor, den Beipackzettel um eine sogenannte „Drug Facts Box“ zu erweitern, um Patienten gezielt über erwünschte und unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufzuklären. Die Daten sollten darüber hinaus in einer EU-weiten, öffentlich zugänglichen Datenbank für Beipackzettel verfügbar gemacht werden. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, erklärte, dass eine umfassende und objektive Arzneimittelinformation nur durch staatliche Regulierung auf nationaler oder europäischer Ebene garantiert werden könne. Werbung müsse in diesem Zusammenhang jedoch immer abgelehnt werden. „Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten kann es keine

unterschiedliche Reaktionen aus: kontroverse Diskussionen gibt es vor allem zum Punkt „Arzneimittelinformation“. Die Passagen zu gefälschten Medikamenten und Pharmakovigilanz hingegen sind

Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“

Montag, 1. bis Freitag, 5. März 2010 in Berlin

Veranstaltungsort:

Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Themen:

Ökonomische Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens, Zukunft der stationären Versorgung – Entwicklung der Trägerstrukturen, Zukunft und Aufbau der Selbstverwaltung – Herausforderungen an die Ärztekammern sowie Arbeiten in Medizinischen Versorgungszentren

Weitere Informationen unter www.baek.de (Termine).

unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei der europäischen Arzneimittelagentur (EMA) geben, wobei die Mitgliedstaaten ein Recht auf die Teilnahme an diesem Ausschuss haben sollen. Die für den Kommissionsvorschlag verantwortlichen Berichtersteller kritisierten, dass nicht alle Mitgliedstaaten im Ausschuss für Pharmakovigilanz vertreten seien.

Heftiger umstritten sind die geplanten Regelungen zu Arzneimittelinformationen. Der Entwurf sieht vor, die Anforderungen für Patienteninformationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel gemeinschaftsweit zu harmonisieren und der europäischen Bevölkerung qualitätsgesicherte Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Verfügung zu stellen. Hierfür sollen sich Pharmahersteller mit Daten zu verschreibungspflichtigen Medikamenten künftig direkt an die Patienten wenden dürfen. Daten über Preise, Anwendungsgebiete, Wirkungen und Nebenwirkungen sollen sowohl in Printmedien als auch im Internet veröffentlicht werden können. Die Angaben müssten lediglich europaweit einheitlich ausgerichtet und in der jeweiligen Landessprache formuliert sein. Eine Verbreitung über Radio und Fernsehen bliebe weiterhin verboten, um die EU-Bürger „nicht ungewollt“ Informationen auszusetzen, wie es heißt. Problematisch dabei ist, dass eine Definition der Grenze zwischen Werbung und Information bislang fehlt. Viele Mitgliedstaaten befürchten, dass die Richtlinienvorschläge das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel aushöhlen könnten. Darauf hat auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hingewiesen. Sie betonte, dass eine Differenzierung zwischen Werbung und Information nicht möglich sei. „Der Richt-

linienentwurf wird nicht verhindern können, dass die pharmazeutischen Hersteller mit direkter Patienteninformation auch eigennützige Ziele verfolgen“, hieß es aus der AkdÄ. Dies gefährde sowohl eine rationale Pharmakotherapie, als auch die Arzneimitteltherapiesicherheit. Um die Patienten-Arzt-Beziehung nicht negativ zu beeinflussen, müssten nach wie vor Gesundheitsberufe erste Ansprechpartner in Medikamentenfragen bleiben.

AkdÄ bietet vielfältige Informationsangebote

Zuletzt stellte die AkdÄ im Rahmen des 34. Interdisziplinären Forums Quellen für unabhängige und seriöse Arzneimittelinformationen vor. In deutscher Sprache gehören dazu das unabhängige Informationsblatt „Der Arzneimittelbrief“, das „Arznei-telegramm“ sowie die „Arzneiverordnungen in der Praxis“ und „WIRKSTOFF aktuell“. Die AkdÄ gibt darüber hinaus evidenzbasierte Therapieleitlinien zu verschiedenen Indikationen heraus. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) hingegen befürwortet den Vorstoß. Arzneimittelhersteller würden über wichtige Informationen zu ihren Arzneimitteln verfügen, für die sich zunehmend auch Patienten interessierten, sagte die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin des BPI, Prof. Dr. Barbara Sickmüller. Auch der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) begrüßte das Pharmapaket. Es weise insgesamt in die richtige Richtung, erklärte Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des vfa. Ein freier Zugang zu Informationen seien die Eckpfeiler eines gesunden Leistungswettbewerbs im Gesundheitswesen.

Bei der gemeinsamen Aktion von BÄK, KBV, Apotheken und Kassen in Brüssel verdeutlichte der Ge-

schaftsführer des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Heinz Kaltenbach, dass es neben einer Gefährdung der Patienten auch finanzielle Konsequenzen für Krankenkassen und Versicherte geben könnte. Kaltenbach verwies in diesem Zusammenhang auf die Aufhebung des Werbeverbots in den USA im Jahr 1997. Die Kosten für Werbung seien dort seitdem von 1,1 Milliarden Dollar auf 4,2 Milliarden Dollar im Jahr 2005 gestiegen. Diese Mehrausgaben seien zum größten Teil als Preiserhöhungen bei Arzneimitteln weitergegeben worden. In den USA führte dies zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung von Kassen und Versicherten. Für Europa sei eine ähnliche Entwicklung zu erwarten, sollte es zu einer Lockerung des Werbeverbots kommen, warnte Kaltenbach. Darüber hinaus würden die Kontrollmechanismen, die bei einer Zulassung von Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel erforderlich würden, zu einem erheblichen Anstieg von Ausgaben und Bürokratie führen.

Die Parlamentarier indes äußerten sich differenziert zu den Richtlinienvorschlägen. Einige stimmten den Kassen-, Apotheken-, und Ärztervertretern zu - darunter auch Dr. Peter Liese, gesundheitspolitischer Sprecher der christdemokratischen Fraktion im Europäischen Parlament. Er erklärte, dass eine klare Trennung von Arzneimittelwerbung und Arzneimittelinformation nicht möglich sei. Der Kommissionsvorschlag in seiner derzeitigen Form könne keine objektive Patienteninformation gewährleisten. Zudem befürchtet er, dass durch eine Informationsfreigabe der Druck auf Ärzte wächst, neue und teure Medikamente zu verschreiben. Der liberale Abgeordnete Jorgo Chatzimar-kakis bewertete die Neuregelungen als einen wichtigen Schritt »

Ein Paket wird geschnürt

Dezember 2008

Veröffentlichung der Kommissionsvorschläge für ein sog. Pharmapaket

Übermittlung der Richtlinienentwürfe an das EU-Parlament (EP) und dem Gesundheitsministerrat

März 2009

Der Deutsche Bundesrat lehnt die Richtlinienvorschläge ab

Juni 2009

Der Gesundheitsministerrat und die EP-Ausschüsse beginnen mit ihren Debatten. Die Diskussionen dauern an.

September 2009

Erste Aussprache mit dem zu diesem Zeitpunkt noch zuständigen Kommissar für Unternehmen und Industrie, Günter Verheugen, vor dem EP-Gesundheitsausschuss

Dezember 2009

Der Präsident der Europäischen Kommission, José Manuel Barroso, überträgt das Arzneimittelrecht dem Gesundheitskommissar.

Möglicher weiterer Fahrplan

April 2010

Das EU-Parlament stimmt über die beiden unumstrittenen Richtlinienvorschläge zu Arzneimittel-fäl-schungen und Pharmakovigilanz ab.

Juni 2010

Die Parlamentarier stimmen über den bislang sehr umstrittenen Richtlinienvorschlag zur Patienteninformation ab.

Patienten Sicherheit geben

Interview mit Dr. Frank Ulrich Montgomery,
Vizepräsident der Bundesärztekammer

Fortsetzung von Seite 5

hin zum mündigen Patienten. Allerdings betonte auch er, dass er sich für ein Verbot der Informationsweitergabe in Printmedien einsetzen würde, wenn eine Vorabkontrolle der Daten nicht möglich sei.

Die Vorschläge von Ärzten, Apothekern und Krankenkassen zur Überarbeitung des Pharmapakets fanden sich in Änderungsanträgen der Mitglieder des EU-Gesundheitsausschusses wieder. Konkret fordern die Abgeordneten, dass Nutzen und potentieller Schaden eines Arzneimittels sowie weitere Hinweise zu einer sicheren und wirksamen Anwendung leicht erkennbar in der Packungsbeilage zusammengefasst werden. Außerdem sollen die Etikettierung, die Packungsbeilage sowie die Zusammenfassung der Arzneimittelmerkmale der Öffentlichkeit unabhängig und in unveränderter Fassung sowie ohne zusätzliche absatzfördernde Aspekte zur Verfügung gestellt werden. In der Begründung heißt es hierzu, dass die von den Zulassungsbehörden genehmigten Unterlagen wichtige Informationen über das Arzneimittel enthielten. Es solle klargestellt werden, dass die Veröffentlichung dieser Unterlagen nicht als Werbung anzusehen ist, solange damit keine Absatzförderung wie zum Beispiel durch eine anpreisende Präsentation verbunden ist. Über die bereits eingereichten Anträge wird in den kommenden Monaten im Gesundheitsausschuss abgestimmt.

Der neue Gesundheitskommissar, John Dalli, hat unterdessen angekündigt, das Pharmapaket in der derzeitigen Version auf den Prüfstand zu stellen. Bei einer Anhörung im EU-Parlament betonte er, dass der Patient im Mittelpunkt stellen sollte. Er wolle die Souveränität der Patientengruppen stärken und trete für eine unabhängige Information über Arzneimittel ein. ■



BÄK INTERN: Herr Dr. Montgomery, welche Folgen hätten die geplanten neuen Informationsregeln für die Patienten?

Montgomery: Patienten könnten nicht mehr sicher sein, dass die direkte Information zu einem verschreibungspflichtigen Arzneimittel eine rein sachliche und von unabhängigen Experten abgeprüfte Information ist. Sie müssen vielmehr andauernd auf der Hut vor offener oder versteckter Werbung sein. Der Arzt müsste dem Patienten übertriebene „werbliche“ Aussagen verdeutlichen und ihm damit vom Pharmahersteller induzierte „Hoffnung“ wieder nehmen. Auf jeden Fall wird der Arzt immer zum Überbringer einer schlechten Botschaft oder aber zum Verweigerer eines Rezeptes.

BÄK INTERN: Was schlagen Sie vor?

Montgomery: Die nötigen Informationen zu Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten sind so komplex, dass wir den Patienten damit nicht alleine lassen können. Er braucht einen Übersetzer, um die Informationen über Erkrankungen einzuordnen und sorgfältige Entscheidungen treffen zu können. Diese Aufgabe kann unmöglich die Arzneimittelindustrie übernehmen. Denn nur der Arzt und der Apotheker sind in der Lage, den Patienten

unabhängig von ökonomischen Interessen zu informieren. Es darf keine Bedarfsweckung durch den Hersteller geben – Medikamente sind schließlich keine Zuckerdrops.

BÄK INTERN: Sie haben sich außerdem dafür ausgesprochen, ein europaweites Register für Beipackzettel einzurichten, auf das alle Patienten zugreifen können. Für Laien sind Packungsbeilagen jedoch oftmals schwer zu verstehen. Wie können Arzneimittelinformationen anwenderfreundlicher gestaltet werden?

Montgomery: Beipackzettel haben ja oft den Charakter eines reinen Rechtsversicherungsinstrumentes. Man sollte daher die wesentlichen Informationen zu einem Medikament in einer knappen, verständlichen und leicht auffindbaren Form zusammenfassen. Uns schwebt so etwas wie eine „Drug Facts Box“ auf jedem Beipackzettel vor, in der

die wichtigsten Daten über ein Arzneimittel übersichtlich dargestellt werden.

Wir haben es europaweit inzwischen auch mit einer Fülle von Sprachen und Kulturen zu tun. Es wäre sicher hilfreich, wenn man die Beipackzettel in einer öffentlich autorisierten Form in allen Amtssprachen der EU ins Internet einstellen würde. Patienten könnten sich die Informationen, die sie benötigen, in ihrer Sprache aus dem Netz herunterladen.

BÄK INTERN: Eine Differenzierung von Arzneimittelinformation und Arzneimittelwerbung halten Sie also nicht für möglich?

Montgomery: Ich kann mir das kaum vorstellen. Zumal Gerichte inzwischen längst geurteilt haben, dass direkte Produktinformation vom Hersteller nie von Werbung zu trennen ist. ■

Patientenrechte ein Schwerpunkt des 113. Deutschen Ärztetages

Das Thema „Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft“ ist ein Schwerpunkt des 113. Deutschen Ärztetages vom 11. bis 14. Mai 2010 in Dresden. Auf der Tagesordnung stehen darüber hinaus die fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle von ambulant und stationär (§ 116b SGB V) sowie die Initiativen der Ärzteschaft zur Versorgungsforschung. Neben der Gesundheits- und Sozialpolitik werden sich die 250 Delegierten in Dresden auch mit der Überarbeitung der (Muster-) Weiterbildungsordnung und mit den Ergebnissen der ersten Befragungsrunde der Evaluation der Weiterbildung beschäftigen.

Traditionell wird der letzte Tag der Beratungen dem Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer gewidmet. Dabei wird das gesamte Spektrum der Themen deutlich, mit denen sich die Ärzteschaft zu befassen hat. Wie in den vergangenen Jahren auch wird sich der Ärztetag mit Fragen und Problemen zur Telematik-Infrastruktur befassen. Dabei wird es insbesondere um die Zukunft der Telemedizin gehen.

Tagungsort für den 113. Ärztetag ist das Internationale Congress Center Dresden, die Eröffnungsveranstaltung wird in der Sächsischen Staatsoper stattfinden. ■

Aktualisiert: Nationale Versorgungsleitlinie Asthma komplett überarbeitet

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat eine aktualisierte Fassung der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma und die erste NVL zur chronischen Herzinsuffizienz veröffentlicht. Mit der NVL Asthma ist erstmalig eine Nationale Versorgungsleitlinie komplett aktualisiert worden. Zu den Neuerungen gehört neben der aktualisierten Literatur beispielsweise ein Kapitel über berufsbedingtes Asthma. Zum ersten Mal werden auch die Kostenimplikationen einer leitliniengerechten Therapie dargestellt. Das Stufenschema zur Behandlung von Asthma wurde in der zweiten Auflage von vier auf fünf Stufen erweitert. Zudem richtet sich die Therapie nun dynamisch nach dem Ausmaß der Asthmakontrolle und nicht mehr nach dem Schweregrad allein.

Nationale Versorgungsleitlinien sind evidenzbasierte ärztliche Empfehlungen für Disease Management und Integrierte Versorgung. Sie werden im Rahmen des „NVL Programms“ unter der Federführung des ÄZQ von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet. Ziel ist es, eine optimale fächer- und sektorenübergreifende Versorgung über die gesamte Versorgungskette hinweg zu definieren.

Die 2. Auflage der NVL Asthma haben Vertreter von 16 medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen erarbeitet. Erstmals waren neben Patienten auch nicht-ärztliche Berufsgruppen wie Apo-

theker und Physiotherapeuten in den Erstellungsprozess eingebunden.

Erste Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz

Die NVL zur chronischen Herzinsuffizienz beinhaltet neben Diagnostik und Therapie auch Themen wie Komorbidität, multimorbide und geriatrische Patienten sowie psychosoziale Aspekte. „Besonders wichtig ist der Abschnitt zur Versorgungskoordination, in dem Nahtstellen der Versorgung identifiziert und definiert werden“, so das ÄZQ. Zudem seien acht Themen erstmalig in einer deutschen Leitlinie zur Herzinsuffizienz aufgeführt, darunter Bereiche wie die Prävention und die Rehabilitation.

Laut ÄZQ soll die NVL dazu beitragen, dass Patienten mit Herzinsuffizienz effizient und zielgerichtet versorgt werden. „Die demographische Entwicklung und die verbesserten Überlebenschancen von Personen mit einem akuten Herzinfarkt oder Herzklappenerkrankungen können dazu führen, dass die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigt“, heißt es dazu vom ÄZQ. An der NVL Herzinsuffizienz haben seit 2006 15 Experten aus elf medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen sowie ein Patientenvertreter mitgewirkt.

Die Versorgungsleitlinien zu Asthma und chronischer Herzinsuffizienz sind auf der Homepage des ÄZQ abrufbar:

www.aezq.de ■

Fortschritte in der Medizin – was wirklich beim Patienten ankommt

Experten tagten auf Fortbildungsveranstaltung der Bundesärztekammer in Berlin

Lebenslanges Lernen sollte für Ärzte keine lästige Pflicht, sondern Teil ihres ärztlichen Selbstverständnisses sein: „Aus diesem Grund hat es sich die Bundesärztekammer zur Aufgabe gemacht, im Rahmen des Interdisziplinären Forums neue Erkenntnisse medizinischer Forschung zu vermitteln und seit längerer Zeit genutzte Verfahren einer kritischen Würdigung zu unterziehen“, erklärte Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer (BÄK) beim 34. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ der BÄK Anfang Januar in Berlin. Neben den für die Patientenversorgung wichtigen Fragen diskutierten renommierte Experten aus allen Fachbereichen der

Medizin darüber, wie diese Erkenntnisse rasch und effektiv an die Ärzte weitergegeben werden können.

So wurden beim diesjährigen Forum unter anderem die neuesten, passgenau auf den einzelnen Patienten zugeschnittenen Therapien gegen Krebs (siehe Seite 8) sowie innovative Verfahren zur Behandlung von Depressionen vorgestellt. Diskussionsstoff bot der Themenblock „Anti-Aging“. Chirurgen, Endokrinologen und Dermatologen informierten darüber, ob und wie mit plastisch-chirurgischen Eingriffen, Hormonbehandlungen, ernährungsmedizinischen Empfehlungen oder Bewegungsprogrammen dem Alter ein Schnippchen geschlagen werden kann und welche Angebote wirkungslos oder gesundheitsge-

fährdend sind. Darüber hinaus befassten sich HNO-Experten mit den Folgen von Schluckbeschwerden im Alter und den zunehmenden Sprachstörungen bei Kindern. „Vor allem Kinder mit Migrationshintergrund und aus bildungsfernen Milieus absolvieren nur eine unbefriedigende Schulausbildung, da deren Sprachkompetenz beim Schuleintritt häufig ungenügend ist“, sagte Prof. Dr. Katrin Neumann, Goethe-Universität Frankfurt am Main. Deshalb sollten sogenannte Sprachscreenings eingeführt werden. Damit könnten die Jüngsten in unserer Gesellschaft vor möglicher sozialer Benachteiligung bewahrt werden. Zum Abschluss der Veranstaltung wurden im Rahmen eines Symposiums der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unter

anderem Möglichkeiten für Ärzte und Patienten aufgezeigt, seriöse und neutrale Informationen über Arzneimittel einzuholen. Die Dokumentation der Beiträge erfolgte in diesem Jahr erstmals in Form von sogenannten „Screencasts“. Dabei werden die Vortragsfolien synchron zum Audiokommentar des Referenten aufgezeichnet und so verarbeitet, dass das Referat anschließend über einen herkömmlichen Internetzugang abgespielt werden kann. Diese Form der Dokumentation löst den gedruckten Forumband ab. Die Screencasts stehen interessierten Ärzten auf der Internetseite der Bundesärztekammer zur Verfügung und können als Lerninhalte im Rahmen von Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahmen genutzt werden. ■

Der Pathologe – Lotse bei der Krebstherapie

Experten diskutieren beim 34. Interdisziplinären Forum über die individuelle zielgerichtete Tumorthherapie / Molekulare Pathologie gewinnt an Bedeutung

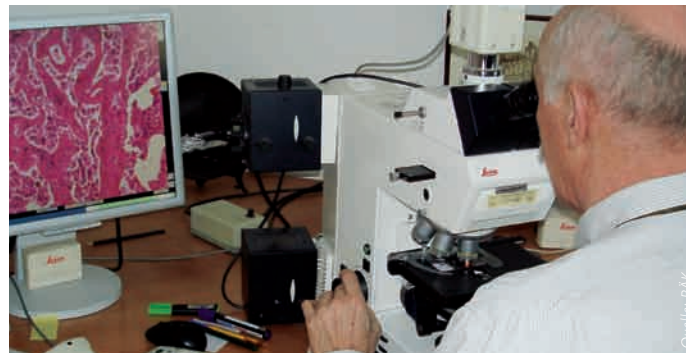
Bei der konventionellen Tumorbehandlung war es lange Zeit so, als würde man mit Kanonen auf böse Spatzen schießen: Die klassische Chemotherapie zerstört wahllos all jene Körperzellen, die sich schnell teilen – also auch gesunde Zellen wie die Blutstammzellen im Knochenmark. Wie auf dem 34. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ der Bundesärztekammer (BÄK) in Berlin deutlich wurde, fahnden Ärzte deshalb nach der passenden Munition für jeden einzelnen Spatzen. Sie suchen die Schwachstellen der verschiedenen Krebszellen und fragen, bei welchem Tumor der Patient tatsächlich eine Chemotherapie braucht oder ob möglicherweise ein Hormonblocker zuverlässiger wirkt.

Die Krebstherapie wird immer individueller und zielgerichteter – vor allem bei Brustkrebs. „Wenn ein Krebs diagnostiziert wurde, kommt es darauf an, individuell für jede Patientin genau die richtige Behandlung vorzunehmen. Diese richtet sich nach dem Alter der Patientin, nach der Frage, wie groß der Krebs war, ob die Lymphknoten befallen sind, aber eben heute auch danach, welche Eigenschaften der Krebs selbst hat“, erklärte Prof. Dr. Walter Jonat vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein beim Fortbildungskongress. Im Krebsgewebe gebe es viele Eigenschaften, die messbar seien und nach denen sich dann zielgerichtet das wirksamste Medikament einsetzen ließe.

Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs

Mit etwa 28 Prozent von allen Tumorerkrankungen bei Frauen ist Brustkrebs die häufigste. Schätzungen der Deutschen Krebsgesellschaft zufolge diagnostizieren Ärzte rund 57.000 Mal im Jahr bei Patientinnen ein „Mammakarzi-

nom“, über 17.000 Frauen sterben jährlich daran. Meist bringen sie zunächst eine Operation hinter sich, bei der der Tumor und wenn nötig auch die befallenen Lymphknoten entfernt werden. Chemotherapie, manchmal auch Bestrahlung sollen dann verhindern, dass der Krebs erneut auftritt. Doch Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs. Kommt bei der Tumorthherapie beispielsweise der Hormonblocker Tamoxifen zum Einsatz, so zielt dieser darauf ab, einen in der Krebszelle vorhandenen „Schalter“ (Rezeptor) zu hemmen. Dieser befiehlt



Durchblick: Pathologen untersuchen histologische Präparate unter dem Mikroskop.

der Zelle im Normalfall, sich zu teilen, sobald das Hormon Östrogen bei ihm andocken will. Gelangt dagegen beispielsweise Tamoxifen in die Zelle, wird der Schalter taub für die Befehle des Hormons und der Tumor kann nicht weiter wachsen. Doch weder Chemotherapie noch Hormonblocker führen immer zum gewünschten Erfolg.

Um die Schwachstellen der Brustkrebszellen gezielt angreifen zu können, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene neue zielgerichtete Arzneimittel zugelassen. Parallel dazu wurden gewebebasierte Testverfahren entwickelt mit denen es möglich ist, die Wirkung dieser Medikamente vorherzusagen. Ein Beispiel: Bei etwa 15 bis 20 Prozent der Brustkrebspatientinnen tragen die Tumorzellen auf

ihrer Oberfläche sogenannte Her-2-Rezeptoren. Sobald sie aktiviert sind lassen sie den Tumor ungewöhnlich schnell und unkontrolliert wachsen. Deshalb wurde der synthetische Antikörper Herceptin entwickelt. Herceptin nimmt die Her-2-Rezeptoren in den Klammergriff und blockiert so das Wachstum der Krebszellen. Damit erhöhen sich die Heilungschancen der betroffenen Frauen um ein Vielfaches. Zudem heizt der Antikörper die körpereigene Immunabwehr an, weil die Tumorzellen durch die Besetzung ihrer Oberfläche mit dem Antikör-

präzise wie möglich voraussagen – werde im Vorfeld geklärt, ob ein bestimmtes Medikament gegen den Tumor wirkt oder nicht. Aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein Tumor Metastasen bildet, wird berechnet. „Die Verfahren der Molekularpathologie haben für Patienten zudem den Vorteil, dass ein Tumor individuell und spezifisch behandelt werden kann“, so Diemel. Das belaste den gesamten Körper weniger, die Lebensdauer der Patienten werde verlängert und auch die Lebensqualität verbessert.

Auch bei der Behandlung von Darmkrebs werden mittlerweile vor der Therapie Tests erfolgreich durchgeführt. In Deutschland ist diese Krebsart die zweithäufigste Krebserkrankung sowohl bei Männern als auch bei Frauen und ebenso die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache. „Rund 30.000 Erkrankte sterben jedes Jahr an Darmkrebs, da die Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose bereits im fortgeschrittenen Stadium ist und durch Metastasen andere Organe befallen hat. Dennoch beträgt die durchschnittliche Überlebenszeit in diesen Stadien mittlerweile mehr als zwei Jahre“, betonte Prof. Dr. Wolff Schmiegel, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Ruhr-Universität Bochum beim Fortbildungskongress. Die erzielten Fortschritte seien hauptsächlich auf das Vorsorge-Screening mit Darmspiegelung sowie die zielgerichteten und individualisierten Therapien zurückzuführen. Durch die vielfältigen medikamentösen, operativen und auch strahlentherapeutischen Möglichkeiten sei die Behandlung von Patienten mit Darmkrebs jedoch auch anspruchsvoller geworden. Deshalb sollte jeder Darmkrebs-Patient im Rahmen eines interdisziplinären Gremiums von Experten besprochen werden, empfiehlt Schmiegel. ■

per markiert sind. Das Immunsystem erkennt somit die kranken Zellen, greift diese an und zerstört sie.

Verhalten von Tumoren voraussagen

Ob Medikamente bei einer Patientin überhaupt wirken, untersuchen Pathologen. „Pathologen stellen anhand einer Gewebeprobe nicht nur fest, ob der Patient an Krebs erkrankt ist, sondern sie erkennen die genaue Krebsart und ermöglichen damit eine zielgerichtete Therapie“, sagte Prof. Dr. Manfred Diemel, Leiter des Pathologischen Instituts der Berliner Charité, beim Forum. Mit Hilfe der sogenannten „prädiktiven Pathologie“ – bei der basierend auf immunologischen und molekularen Gewebeprobeanalysen versucht wird, das Verhalten des Tumors so

Transplantationsbeauftragte in den Kliniken etablieren

EU-Richtlinienentwurf zur Organtransplantation stößt bei Ärzteschaft auf Kritik/Experten diskutieren auf Symposium der BÄK neue Wege der Organspende

Schweißausbrüche, Fieberschübe und Atembeschwerden: „Ich dachte, das sind typische Stress-Symptome“, erinnert sich Ulrich Boltz an die Zeit vor 18 Jahren. Tatsächlich handelte es sich um ein unerkannt gebliebenes Pfeiffersches Drüsenfieber. Es schädigte sein Herz irreparabel, sodass der Rechtsanwalt auf der Intensivstation und rasch auf der Warteliste für ein Spenderorgan landete. Dann hieß es: Im Bett liegen und warten – wochenlang. Die erlösende Nachricht kam schließlich am Neujahrstag 1992: Ein Spenderherz war gefunden. Als er nach der Transplantation erwachte, konnte Boltz endlich wieder tief durchatmen. „Die darauffolgenden anderthalb Jahre blieb mein Leben harte Arbeit“, erklärt der heute 55-Jährige, der sich seit Jahren in der Ständigen Kommission (StäKo) Organtransplantation der Bundesärztekammer (BÄK) als Patientenvertreter engagiert. Körper und Seele mussten sich erst an das fremde Organ gewöhnen. Trotz der 38 Tabletten, die Boltz seitdem jeden Tag einnehmen muss und den damit verbundenen Nebenwirkungen, genießt er sein Leben in vollen Zügen.

Dass er Glück im Unglück hatte, weil er rechtzeitig ein lebensretendes Spenderorgan bekam, dessen ist sich Boltz bewusst. Denn Tatsache ist: Derzeit warten und hoffen rund 56.000 Patienten in Europa auf ein Spenderorgan, viele vergeblich. Jeden Tag sterben schätzungsweise zehn von ihnen, weil sie nicht rechtzeitig eines erhalten. Denn nur wenige sind bereit, ihre Organe nach ihrem Tod zu spenden. Der europäische Durchschnitt liegt bei etwa 17 Organspenden pro eine Million Einwohner – Deutschland rangiert mit 14,9 sogar noch unter diesem Wert. Weshalb hierzulande seit Jahren diskutiert wird, eine sogenannte Widerspruchslösung einzuführen, nach der jeder Or-

ganspender werden kann, der sich nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen hat (siehe Pro und Kontra S. 10). Die Widerspruchslösung gilt auch in Spanien, das die höchste Spendebereitschaft in Europa aufweist. Dort werden jährlich 34 Organe pro eine Million Menschen gespendet.

Neben unterschiedlichen rechtlichen Regelungen beeinflusst – der EU-Kommission zufolge – vor allem die unterschiedliche Organisation der Gesundheitssysteme sowie die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen für Transplantation die Spendebereitschaft der EU-Bürger. In einigen osteuropäischen Ländern sei die Spendebereitschaft deshalb so gering, weil es dort oftmals noch keine etablierten Strukturen gebe.

EU will einheitliche Qualitätsstandards schaffen

Die EU-Kommission sieht deshalb dringenden Handlungsbedarf auf europäischer Ebene. Der von ihr Ende 2008 vorgelegte Richtlinienentwurf zur Organtransplantation zielt darauf ab, die Qualitäts- und Sicherheitsstandards von Organspenden europaweit zu verbessern, generell mehr Organe bereitzustellen sowie die Transplantationssysteme leistungsfähiger zu gestalten: Das Prinzip der freiwilligen, uneigennütigen und unentgeltlichen Organspende soll unangestastet bleiben. Um zu verhindern, dass das Ungleichgewicht zwischen dem Bedarf an Organen und deren Verfügbarkeit den Organhandel stärkt, sollen die EU-Mitgliedstaaten Rückverfolgbarkeitssysteme errichten. Auch soll der grenzüberschreitende Austausch von Organen erleichtert werden.

Dass Abläufe verbessert werden müssen, ist unumstritten. Der Vor-

schlag jedoch, dass die Mitgliedstaaten zuständige Behörden schaffen oder bereits vorhandene benennen sollen, die die Einhaltung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards künftig überwachen, stößt auf massive Kritik: „Die Selbstverwaltungspartner haben in den vergangenen Jahren trotz schwieriger Rahmenbedingungen hervorragende Arbeit geleistet. Nun gilt es, die hiesigen Strukturen weiter zu optimieren, sagte Dr. Martina Wenker beim 2. Wissenschaftlichen Symposium der Bundesärztekammer zur Lage der Transplantationsmedizin in Deutschland und Europa. Mit der geplanten EU-Richtlinie werde der bisherige Vorrang der Selbstverwaltungsgremien der Ärzteschaft mit ihrer hohen Fachkenntnis und ausgeprägten Flexibilität jedoch Einschränkungen hinnehmen müssen, warnte Prof. Dr. Hans Lilie, Vorsitzender der StäKo Organtransplantation der Bundesärztekammer. Bei der Umsetzung der EU-Geweberichtlinie in deutsches Recht sei bereits die Erfahrung gemacht worden, wie ein gut funktionierendes System eingebrochen ist.

Ob der EU-Richtlinie-Entwurf in seiner jetzigen Fassung tatsächlich umgesetzt wird, ist allerdings noch offen, da das Europäische Parlament derzeit noch über diesen dis-

kutiert. Änderungsanträge für den Richtlinienentwurf der Kommission liegen bereits vor – so auch ein Berichtsentwurf des federfüh-



Organmangel: Um die Zahl der Transplantationen zu erhöhen, sind Strukturänderungen in den Kliniken nötig.

renden Gesundheitsausschusses. In diesem spricht sich der Berichterstatter Miroslav Mikolášik zwar für ein gemeinsames Vorgehen der Länder Europas aus, um die Organspende und -transplantation europaweit zu verbessern. Doch teilt auch er die Ansicht der Ärzteschaft, „dass mit der Richtlinie nicht eine zusätzliche Verwaltungslast für die Mitgliedstaaten geschaffen werden darf“. Diese müsse ein ausreichendes Maß an Flexibilität gewähren, ohne die vorhandenen bewährten Praktiken zu gefährden. Bereits im Vorfeld hatten Mikolášik und der Koordinator des EU-Gesundheitsausschusses, Dr. Peter Liese, intensive Gespräche mit »

Pro und Kontra

Ein Theologe und ein Soziologe erwägen das Für und Wider der gestuften Widerspruchslösung

Fortsetzung von Seite 9

der deutschen Ärzteschaft geführt und gemeinsam mit ihnen weitreichende Verbesserungsvorschläge gemacht. So wurden einige wesentliche Vorschläge zum Erhalt der Selbstverwaltung eingebracht.

„Um die Spenderate in Deutschland zu erhöhen, brauchen wir flächendeckend Transplantationsbeauftragte in den Krankenhäusern und müssen vor allem das Niveau der Transplantationsmedizin in Deutschland sichern“, sagte BÄK-Vorstandsmitglied Wenker. Auch sie wandte sich gegen die Pläne der Kommission und forderte, die enge Zusammenarbeit mit dem europäischen Parlament in dieser Frage fortzusetzen.

Bereits vor gut drei Jahren hatten sich die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetages in Münster für die flächendeckende Einführung von unabhängigen Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern ausgesprochen, um einen Weg aus der Organknappheit zu finden. Europäische Nachbarländer wie Spanien haben damit gute Erfahrungen gesammelt. „Dort spielen die Transplantationsbeauftragten eine Schlüsselrolle bei der Organspende“, so Wenker, die auch Mitglied der StäKo Organtransplantation der Bundesärztekammer ist. Deshalb müsse in Deutschland endlich darüber diskutiert werden, welche Rolle und Bedeutung den Krankenhäusern mit Intensivstationen dabei übernehmen, wenn es darum geht, potentielle Organspender an die Koordinierungsstellen zu melden. Die Kliniken seien zwar schon jetzt gesetzlich verpflichtet, dem zuständigen Transplantationszentrum potentielle Spender vermittlungspflichtiger Organe mitzuteilen. Aber gerade dieser Verpflichtung gelte es verstärkt nachzukommen, um Organspende in der Fläche zu ermöglichen. ■



Pro: Dr. Hermann Barth ist Präsident des Kirchenamtes der Evangelischen Kirche in Deutschland und seit sechs Jahren Mitglied des Nationalen Ethikrates.

Die Organspende ermöglicht es, Nächstenliebe über den Tod hinaus zu üben. Maßnahmen, die geeignet sind, den Organmangel zu beseitigen oder wenigstens zu vermindern, verdienen also prinzipiell Unterstützung – freilich nicht um jeden Preis. Vielmehr sind dabei ethisch begründete Grenzen zu beachten: So kann der menschliche Körper nicht als gesellschaftliches Eigentum und „Ersatzteillager für Organe“ reklamiert werden. Eine „Solidarpflichtregelung“ ist nicht akzeptabel, weil dabei weder die vorausverfügende Selbstbestimmung des Verstorbenen noch die Bedürf-

nisse und Wünsche seiner Angehörigen berücksichtigt würden. Umgekehrt missachtet nicht jede Abweichung von der Zustimmungsregelung bereits das Selbstbestimmungsrecht der Bürger. Das Bundesverfassungsgericht hat 1999 zur rechtlichen Problematik ausgeführt, es sei „nicht ersichtlich“, dass potentielle Organspender „in ihren Grundrechten bereits dadurch verletzt werden, dass sie zur Abwehr der behaupteten Grundrechtsverletzungen einen Widerspruch erklären müssen“. Ethisch kann die Verweigerung der Organspende nicht gänzlich in das Belieben des einzelnen gestellt werden. Ihm ist zumindest zuzumuten, sich Rechenschaft abzulegen, warum er von der Möglichkeit, Leben zu retten und Leid zu lindern, keinen Gebrauch macht.

Ausgehend von diesen Prämissen verdient der 2007 erarbeitete Vor-

schlag des Nationalen Ethikrats, nach dem in einem Stufenmodell eine Erklärungsregelung mit einer Widerspruchsregelung verbunden wird, Unterstützung. Bevor die Widerspruchsregelung in Kraft treten kann, müssen die Bürger aber hinreichend über die Folgen eines unterlassenen Widerspruchs informiert werden. Der Staat darf nicht darauf spekulieren, dass sich das „Organaufkommen“ deshalb erhöht, weil die Bürger über die Rechtsfolgen eines ausgebliebenen Widerspruchs im Unklaren gelassen werden.

Die Diskussion über offene Fragen muss weitergehen. Gleichzeitig sollten insbesondere in den Krankenhäusern Maßnahmen beachtet in Angriff genommen werden, die unumstritten sind und die konkreten Chancen bieten, die Zahl der Organspenden zu erhöhen. ■



Kontra: Prof. Dr. Werner Schneider lehrt Soziologie und Sozialkunde an der Universität Augsburg.

Ja, ein erneutes Nachdenken über die rechtliche Regelung der Organentnahme erscheint notwendig. Schade ist allerdings, dass mit der Forderung nach einem neuen Stufenmodell als Kombination von Erklärungs- und Widerspruchsregelung vor allem bereits aus den 1990ern bekannte Argumente auf die Agenda gesetzt wurden. So wird diese Forderung mit Umfragedaten begründet, wonach viele Menschen Organspende „eigentlich“ befürworten, das aber nicht aktiv (durch Ausfüllen eines Organspende-Ausweises) kundtun und deshalb nicht als Organspender erkannt werden.

Eine solche Eigentlichkeits-Rhetorik dient letztlich der Vermeidung umfassender Problemdiagnosen, so dass all jene kulturellen und gesellschaftlichen Aspekte ausgeblendet bleiben können, welche es bei der offenkundigen Diskrepanz zwischen Einstellung und Handeln von Menschen zu berücksichtigen gälte. Entsprechend wird – statt sich mit den kulturellen Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten eines Todesbildes auf der Grundlage der Hirntod-Definition auseinanderzusetzen – wieder einmal der selbstbestimmte Entscheider beschworen, der sich in der Bewusstheit vermeintlich unumstößlicher Letztgewissheiten zu den existenziellen Grundfragen von Leben und Tod zu positionieren habe. Und statt offen zu erörtern, wem wir als Gesellschaft in Zukunft in welchen Grenzen und mit welchen Möglichkeiten

die Verfügung über lebendige beziehungsweise tote Körper zugestehen wollen, soll sich jeder Einzelne zu seinem eigenen Leben, Sterben, Tod im Blick auf einen todkranken Anderen „erklären“ – und gegebenenfalls eingestehen, dass er sich der Mehrheitsmeinung mit ihrer „passiven Bereitschaft zur Organspende“ aktiv verweigert.

Nötig ist eine intensive gesellschaftliche Diskussion zur Regelung von Organtransplantation – allerdings eine, die nicht nur um die ethische Gebotenheit und rechtliche Unverfänglichkeit einer Widerspruchsregelung kreist, sondern die bei der Frage nach der Verfügbarmachung von Organen die kulturellen und gesellschaftlichen Folgen, die Chancen und Risiken für die sozialen Beziehungen von Menschen ausleuchtet. ■

Check-Liste für Arztbewertungsportale

In höchsten Tönen wird der Arzt auf dem Online-Bewertungsportal gelobt: „heilsam, vertrauensvoll, menschlich“. Der Arzt gehe besonders auf die Gefühle des Patienten ein, meint ein anderer Patient. Ein dritter verteilt ebenfalls Bestnoten. Einen Termin kann man bei dem empfohlenen Berliner Psychotherapeuten indes nicht mehr machen. Dieser muss sich seit September letzten Jahres für den Tod von zwei Patienten verantworten, die bei einer Therapiesitzung unter Drogen Einfluss starben. Vor allem, dass die positiven Beurteilungen nach den Todesfällen veröffentlicht wurden, lässt an der Qualität mancher Arztbewertungsportale zweifeln. Ihre Bedeutung wächst dennoch.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung

haben nun mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Qualitätsstandards für die Online-Bewertung von Ärzten aufgestellt. „Das Einhalten dieser Standards soll für den Nutzer die Verlässlichkeit der angebotenen Information gewährleisten“, heißt es in der Einleitung der Checkliste. Mit ihr können Patienten die Qualität eines Bewertungsportals prüfen, Herausgeber ihr Angebot optimieren.

Die Anforderungen an die Bewertungsportale beziehen sich auf datenschutzrechtliche, inhaltliche und technische Aspekte sowie auf Fragen der Verständlichkeit, Transparenz und Pflichten des Herausgebers. Der Katalog fordert von einem guten Portal ein Impressum des Betreibers und eine Datenschutzer-

klärung, die den Umgang mit personenbezogenen Daten und die Voraussetzungen für deren Tilgung und Weitergabe erklären. Werbung und Inhalt sollten klar getrennt, die Möglichkeit des Arztes zur Gegendarstellung und Schutz vor Schmähkritik enthalten sein. Auch sollte erkennbar sein, ob es Kriterien gibt, die jeder Bewertung zu Grunde liegen, ob Einzelbewertungen oder eine Gesamtbewertung aus einer bestimmten Zahl von Beurteilungen veröffentlicht werden.

Der Katalog ist auch vom AOK-Bundesverband begrüßt worden. Die Ortskrankenkassen hatten vor Monaten den „AOK-Arztnavigator“ angekündigt. Der Start des Portals verschiebt sich nach Medienberichten bis in den Sommer. Doch Vize-Chef Jürgen Graalmann versicherte

bereits: „Der AOK-Navigator wird diese Qualitätskriterien nicht nur in allen Punkten erfüllen, sondern sogar noch mehr leisten.“

Weitere Informationen unter: www.arztbewertungsportale.de ■



Ärzte und Pflegeheime wollen Kooperation verbessern

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) haben ein gemeinsames Positionspapier mit Eckpunkten für eine bessere heimärztliche Versorgung vorgelegt. „Es gibt keine generelle ärztliche Unterversorgung von Heimpatienten in Deutschland, aber wir können besser werden“, sagte Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Die medizinische Versorgung könne optimiert werden, wenn das Pflegefachpersonal der Heime und die heimversorgenden Ärzte effektiver und reibungsfreier zusammenarbeiten würden. Beide Organisationen empfehlen dazu eine Reihe von Maßnahmen, die kurzfristig um-

setzbar sind. So schlagen sie vor, Visiten besser zu organisieren, abgestimmte Arztbesuche und Bereitschaftsdienste möglichst an sieben Tagen in der Woche anzubieten sowie von Heimpersonal begleitete Facharztbesuche der Bewohner vorzunehmen. Mit den Maßnahmen ließen sich laut BÄK und bpa auch Notfall-Krankenhauseinweisungen an Wochenenden vermeiden. Handlungsleitend sei immer die weitestgehende Betreuung durch den vertrauten Hausarzt.

Das Eckpunktepapier zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen ist im Internet abrufbar:

www.bundesaerztekammer.de ■

Gesundheitsreport: Schlafstörungen nehmen zu

Rund vier Millionen Arbeitnehmer in Deutschland leiden unter schweren Schlafstörungen. Die Hauptursachen sind Stress und Belastungen, die sich angesichts der Wirtschaftskrise verstärkt haben. Das geht aus dem Gesundheitsreport 2010 der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) hervor. Die Betroffenen schlafen mehr als dreimal die Woche schlecht und quälen sich fast täglich übermüdet durch den Tag. Insgesamt sind rund die Hälfte der Erwerbstätigen von Schlafproblemen betroffen, davon 21 Prozent häufiger und 28 Prozent manchmal. Befragt wurden 3.000 Erwerbstätige zwischen 35 und 65 Jahren befragt.

Laut DAK-Gesundheitsreport stieg der Krankenstand im vergangenen Jahr leicht auf 3,4 Prozent. Im Vorjahr waren im Schnitt noch 3,3 Prozent der DAK-Beschäftigten pro Tag wegen Krankheit arbeitsunfähig. Mehr als ein Fünftel aller Krankheitstage gehen auf Muskel-Skelett-Probleme zurück, 19 Prozent auf Erkrankungen des Atemwegsystems. Die Zahl der psychischen Erkrankungen ist weiter gestiegen. Zwischen 1998 und 2009 nahm ihr Anteil am Krankenstand von 6,6 auf 10,8 Prozent zu. Das sind mehr als 60 Prozent.

Für die Studie wurden mit Hilfe des IGES Instituts die Daten von 2,5 Millionen DAK-Mitgliedern ausgewertet. ■

Führungswechsel im Saarland

Dr. Josef Mischo

Ob 120 Kilometer allein durch den Schwarzwald oder mit Freunden durch die Tiroler Alpen: Beim Wandern geht Dr. Josef Mischo das Herz auf. Reizen würde ihn auch, einmal den Jakobsweg nach Santiago de Compostela zu gehen. Doch wochenlang „verschwinden“, möchte er nicht. „Dazu fühle ich mich für



zu viele Dingen verantwortlich“, meint der Chirurg aus St. Ingbert. Vor einigen Wochen ist eine neue Herausforderung hinzugekommen, als die saarländische Vertreterversammlung ihn am 13. Januar für die kommenden fünf Jahre zum Präsidenten der Ärztekammer des Saarlandes gewählt hat.

In seiner Amtszeit will der 55-jährige unter anderem die Beziehung der Ärztinnen und Ärzte zu ihrer Kammer verbessern. „Die Ärzte sollen sich von ihrer Kammer vertreten fühlen und diese als eine Institution betrachten, die ihre Sorgen wahrnimmt und ihre Interessen in der Öffentlichkeit vertritt“, erklärt Mischo. Auch müsse die Ärztekammer gesundheitspolitische Probleme wie den demografischen Wandel oder die Mittelknappheit im Gesundheitssystem offen thematisieren: „Es gehört zu unseren wichtigsten Aufgaben, Probleme anzusprechen, mögliche Lösungen vorzuschlagen und die gesellschaftliche Diskussion darüber anzustoßen“, ist Mischo überzeugt. ■

BMG: Schlüsselpositionen besetzt

Christian Weber und Birgit Naase sollen Gesundheitsreform erarbeiten

Christian Weber leitet seit Anfang Februar die Abteilung für Grundsatzfragen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Der vormals stellvertretende Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) wird von langjährigen Weggefährten als sehr präzise und bedachtsam arbeitend beschrieben. In seinem neuen Amt befasst er sich auch mit der geplanten schrittweisen Umstellung der GKV-Finanzierung auf ein Prämiensystem. Ferner ist das langjährige FDP-Mitglied für die Pflegeversicherung zuständig – auch dort soll eine Prämie eingeführt werden, da „neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“, notwendig sei, heißt es im Koalitionsvertrag.

Bei der Opposition stieß die Berufung Webers ins BMG auf heftige Kritik. Gesundheitspolitiker werten Webers Jobwechsel als Beleg dafür, dass sich das BMG künftig stärker um die Interessen der PKV kümmern wird. Die stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Elke Ferner bezeichnete die Entscheidung „als typische Klientelpolitik der FDP“.

Die Volkswirtin und ehemalige Referentin der FDP-Fraktion, Birgit Naase, wird Weber bei seiner Arbeit im Ministerium unterstützen. Als Unterabteilungsleiterin für Grundsatzfragen wird sie sich auf die Gesundheitsreform und damit auf die Koordination der geplanten Regierungskommission konzentrieren. Naase gilt wie Weber als ausgewiesene Kennerin des Gesundheitssystems. ■

John Dalli

Neuer EU-Gesundheitskommissar

Mit einer Mehrheit von 488 von insgesamt 679 Stimmen haben die Abgeordneten des EU-Parlaments den 61-jährigen John Dalli zum neuen Gesundheitskommissar gewählt. Der Malteser will während seiner fünfjährigen Amtszeit unter anderem den grenzüberschreitenden Patientenschutz verbessern.

Gaßner übernimmt Kassenaufsicht

Einer der schärfsten Kritiker des Gesundheitsfonds, Dr. Maximilian Gaßner, wird der neue Chef des Bundesversicherungsamtes. Der bisherige Abteilungsleiter im Bayerischen Gesundheitsministerium löst Josef Hecken (CDU) ab, der ins Bundesfamilienministerium wechselte. ■

Sawicki kritisiert Pharmaindustrie

Der scheidende Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Prof. Dr. Peter Sawicki, hat schwere Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie erhoben und deren Geschäftspraktiken kritisiert. Sawicki sagte, die Industrie habe in den vergangenen 20 Jahren hauptsächlich bereits vorhandene Medikamente kopiert und kaum in innovative Forschung investiert. Außerdem warf Sawicki der Pharmaindustrie vor, seine Absetzung als IQWiG-Leiter durch massiven Druck auf Politiker durchgesetzt zu haben.

Der fünfköpfige Vorstand des IQWiG hatte sich zuvor einstimmig gegen eine Vertragsverlän-

gerung von Sawicki entschieden. Die „hervorragenden inhaltlichen Leistungen des Instituts“ sollten nicht mit Diskussionen um ordnungsgemäße Verwaltungsabläufe belastet werden, heißt es in einer gemeinsamen Erklärung des Vorstands und des Stiftungsrats des Instituts. Beide Leitungsgremien halten die Fortsetzung der bisherigen Arbeit unter einem neuen Leiter vom 1. September 2010 an für erforderlich. Sawicki, der das Institut seit 2004 leitete, werden unter anderem Unregelmäßigkeiten bei Spesenabrechnungen vorgeworfen. Sawicki hatte die Vorwürfe zurückgewiesen. Die Ablösung Sawickis war danach als rein politische Entscheidung kritisiert worden. ■

Impressum

BÄK intern
Informationsdienst der
Bundesärztekammer

Redaktion:
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Samir Rabbata,
Jana Kromer,
Johanna Braun,
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:
22.02.2010