

Themenübersicht

- > **VERSORGUNGSGESETZ:** Union und SPD diskutieren über Randthemen
- > **ETHIKRAT:** Offene Debatte über Priorisierung im Gesundheitswesen
- > **AMBULANTE KODIERLINIEN:** Breite Front der Ablehnung
- > **KRANKENHAUSHYGIENE:** Neues Gesetz stärkt Rolle des RKI
- > **GOÄ:** Hoppe warnt vor ruinösem Preiswettbewerb durch Öffnungsklausel
- > **PFLEGE:** Verbände fordern umfassendes Berufsgesetz
- > **ORGANSPENDE:** Ärzte fordern bessere Organisation in den Kliniken
- > **PID:** Bundestag entscheidet über drei Gesetzentwürfe

VERSORGUNGSGESETZ: UNION UND SPD DISKUTIEREN ÜBER RANDTHEMEN

In der Gesundheitspolitik sind es mitunter die versorgungspolitisch weniger relevanten Randthemen, die für Schlagzeilen in der Tagespresse sorgen. Zu beobachten war dies in den vergangenen Wochen. Anfang Februar konkretisierte der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn (CDU), seine Pläne, Krankenhäuser mit Hilfe von finanziellen Sanktionen zum Abbau von Vierbettzimmern zu bewegen. Hierfür schlug er zwei Sanktionsvarianten vor. Ein Vorschlag war, die Zuzahlung der Patienten von zehn Euro pro Tag entfallen zu lassen, wenn diese mit mehr als einem weiteren Patienten in einem Zimmer untergebracht werden. Die zweite Variante: Krankenhäuser, die Patienten in Zimmern mit mehr als zwei Betten unterbringen, sollen einen Abschlag auf die Vergütung erhalten. Angesichts der mit dem sogenannten Versorgungsgesetz geplanten umfangreichen Neuregelungen, insbesondere der ärztlichen Bedarfsplanung, für die Spahn ebenfalls Reformskizzen vorgelegt hatte, sind die Zweibettzimmer-Forderungen eher nachrangig. In der breiten Öffentlichkeit lässt sich damit jedoch punkten, weshalb auch die Opposition das Thema nur Tage später aufgriff. So legte die SPD-Fraktion einen Gesetzentwurf vor, nachdem die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, Entgeltabschläge für die Versorgung in Mehrbettzimmern mit mehr als zwei Betten zu vereinbaren. Für Schlagzeilen sorgte der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion, Prof. Dr. Karl Lauterbach, aber insbesondere mit seinem im SPD-Gesetzentwurf festgeschriebenen Vorhaben, Ärzte dazu zu verpflichten, gesetzlich versicherte Patienten bevorzugt zu behandeln und „unangemessene Wartezeiten“ zu vermeiden. „In der Regel gilt eine Wartezeit von mehr als fünf Werktagen als unangemessen“, so der Entwurf. Unterschiedliche Wartezeiten und ähnliche Erschwernisse nach Art der Versicherung seien unzulässig, heißt es in der Begründung. Die Spitzenorganisationen der Ärzte und der Krankenkassen sollen im Bundesmantelvertrag entsprechende Regelungen für Sanktionen bei Verstößen treffen. Auch Spahn hatte in seinem Papier ein verpflichtendes Terminmanagement der Kassen eingefordert, wofür Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen entsprechende Vereinbarungen schließen müssten. Sanktionsdrohungen gegen Ärzte bei Verstößen gegen die Vorgaben beinhalten die Vorschläge der Union jedoch nicht. Die Ärzteschaft erteilte den Vorstößen sowohl der SPD als auch der Union für derlei Terminvorgaben eine Absage. Zum Gesetzentwurf der SPD sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe: „Da diskutieren wir über ein Versorgungsgesetz, um die Medizin zukunftssicher zu machen, und die SPD fällt mit bürokratischen Verordnungsentwürfen in planwirtschaftliche Szenarien der Vergangenheit zurück.“ Die SPD sollte endlich die neue Dialogkultur annehmen und gemeinsam mit den Ärzten nach Lösungen gegen den Ärztemangel und für eine patientengerechte Versorgung und bessere Arbeitsbedingungen der Berufe im Gesundheitswesen suchen. Nach Angaben der Bundesregierung sollen bis Ostern erste Eckpunkte für das Versorgungsgesetz vorliegen.

ETHIKRAT: OFFENE DEBATTE ÜBER PRIORISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Der Deutsche Ethikrat hat die Politik aufgefordert, das Thema Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen nicht länger zu ignorieren. In seiner Stellungnahme „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen“ stellte das Gremium fest, dass „trotz des Ausschöpfens aller Rationalisierungspotenziale in Zukunft das erwiesenermaßen medizinisch Notwendige nicht in vollem Umfang allen Patienten solidarisch finanziert zur Verfügung gestellt werden kann“. Der Ethikrat mahnte eine breitere gesellschaftliche Debatte über die Verteilungsgerechtigkeit an. Diese sei allemal besser als „verdeckte und damit intransparente Leistungsbegrenzungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems“, heißt es in dem Papier des Ethikrats. Eine offene Debatte um Rationierung und Priorisierung hatte auch BÄK-Präsident Prof. Jörg Dietrich Hoppe in der Vergangenheit immer wieder gefordert. Hoppe sieht ebenfalls kein weiteres Einsparpotenzial in der Gesundheitsversorgung und hält eine Priorisierungsdebatte

für unumgänglich. Entscheidungen über den Umfang solidarisch finanzierter Leistungen, so der Ethikrat, seien ethische Entscheidungen, die im gesellschaftlichen Diskurs und auf politischem Wege getroffen werden müssen. Jede Form einer „verdeckten Rationierung“ medizinischer Leistungen sei abzulehnen. Notwendige Rationierungsentscheidungen dürften nicht an den einzelnen Arzt oder die einzelne Pflegekraft delegiert werden, heißt es weiter. Als vorübergehende Lösung schlägt der Ethikrat einen Zwischenschritt vor: Patienten könnten mehr zahlen, um den Zeitpunkt echter Leistungsbeschränkungen hinauszuschieben – zum Beispiel durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und höhere Steuerzuschüsse. In ihrer Stellungnahme konzentrierten sich die 26 Mitglieder des Ethikrats auf die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Der Ethikrat forderte den Gesetzgeber auf, das Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinisch Notwendigem besser zu klären. Für Rationierungsentscheidungen müsse zusätzlich berücksichtigt werden, in welchem Verhältnis eine Kosten-Nutzen-Bewertung zur medizinischen Notwendigkeit steht. Für wichtige Indikationsbereiche sollte eine systematische zweite Stufe der Nutzenbewertung nach einem angemessenen Zeitraum regelhaft eingeführt werden, nicht nur für Arzneimittel, sondern auch für nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren. Ein Leistungsausschluss wegen fehlenden Nutzens müsse aus Gründen des Patientenschutzes möglich sein, so der Ethikrat. Der Ethikrat empfiehlt darüber hinaus, die Transfer- und die Versorgungsforschung auszubauen, ebenso die vom Hersteller unabhängige Förderung versorgungsnaher klinischer Studien nach Zulassung eines Medikaments oder Medizinprodukts. Zudem sei eine Publikationspflicht für alle Studien unabhängig von ihrem Ergebnis anzustreben. <http://www.ethikrat.org/>

AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN: BREITE FRONT DER ABLEHNUNG

Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) stoßen in der Ärzteschaft auf breite Ablehnung. Nach massiver Kritik von Ärzteverbänden an den AKR schließt sich nun auch die Ärztekammer Nordrhein (ÄKNo) dem Protest an. Zur Begründung hieß es aus Düsseldorf, die praktische Umsetzung der Richtlinien werde den Vertragsärztinnen und -ärzten bisher ungelöste Probleme aufbürden und erhebliche Zeit aus der Patientenversorgung rauben. Die ÄKNo hat ihre Mitglieder aufgerufen, sich der Bundestags-Petition „Ärzte - Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien“ anzuschließen. Diese hat nach Angaben der Freien Ärzteschaft heute die bis zum 16. Februar geforderten 50.000 Unterschriften erreicht. Damit wird sich der Petitionsausschuss des Bundestages nun mit dem Thema befassen. Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) wurden zum 1. Januar 2011 bundesweit verpflichtend eingeführt. Das Institut des Bewertungsausschusses – eine gemeinsame Einrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung – hat das Regelwerk im Auftrag des Gesetzgebers erarbeitet. Es legt fest, wie Diagnosen von ambulant behandelten Patienten für die Abrechnung zu kodieren sind. Um eine möglichst reibungslose Einführung der Kodierrichtlinien zu ermöglichen, hat die KBV mit den Krankenkassen eine sechsmonatige Übergangsphase vereinbart. Die Kodierregeln sind in dieser Zeit bereits anzuwenden, Fehler aber haben noch keine Folgen für die Praxen. Mit Blick auf die sechsmonatige Testphase hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, bereits im Dezember angekündigt, die AKR wo nötig, nachzubessern. Er sagte aber auch: „Die AKR werden kommen, sie stellen einen gesetzlichen Auftrag dar.“ Wenige Monate vor der Wahl des neuen KBV-Vorstandes Anfang April kommt auch aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) scharfe Kritik an den Kodierrichtlinien. Elf KVen haben sich gegen die AKR ausgesprochen. Die neu gewählte Führungsspitze der KV Baden-Württemberg machte für die Probleme, die Ärzte unter anderem mit den Kodierrichtlinien hätten, KBV-Chef Köhler persönlich verantwortlich. Auch die KV Bayern wandte sich gegen die AKR. „Die Systematik der AKR zielt in ihrer aktuellen Ausprägung darauf ab, die Menschen krank zu machen, als sie eigentlich sind. Denn nicht der gesunde Mensch steht im Fokus, sondern möglichst schwere Krankheiten. Künftig gilt: je kranker, desto lukrativer“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende der KV, Dr. Wolfgang Krombholz. „Wir rufen nicht zum Boykott auf“, betonte Dr. Jörg Berling, stellvertretender Vorsitzender der KV Niedersachsen. Schließlich seien die Kodierrichtlinien gesetzliche Pflicht und müssten entsprechend befolgt werden. „Aber wir können uns an den Gesetzgeber wenden mit der dringenden Bitte, sein Handeln zu überprüfen“, so der KV-Vize. <http://www.kbv.de/>

KRANKENHAUSHYGIENE: NEUES GESETZ STÄRKT ROLLE DES RKI

Die Bundesregierung will den Anstieg von Infektionen in Krankenhäusern in Deutschland per Gesetz eindämmen. Insbesondere sollen künftig die Bundesländer verpflichtet werden, schärfere Regeln zur Krankenhaushygiene zu erlassen. Das geht aus dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze hervor. Dazu gehöre auch die „erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern“, heißt es darin. Bisher haben nur sieben Länder Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Laut Gesetzentwurf würden jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patienten an Krankenhausinfektionen erkranken und schätzungsweise zwischen 7.500 und 15.000 würden daran sterben. Mit dem Krankenhaushygienegesetz wird auch die

Rolle des Robert-Koch-Instituts (RKI) gestärkt. Nach den Plänen des BMG sollen die Gesundheitsämter verpflichtet werden, Daten über Infektionen an das RKI weiterzuleiten, damit rechtzeitig vor einer drohenden Ausbreitung der oft gegen Antibiotika resistenten Keime gewarnt werden kann. Zudem soll eine Kommission beim RKI feste Standards für die Diagnostik und Therapie bei Infektionen mit Krankenhauskeimen festlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll verpflichtet werden, Indikatoren zu entwickeln, die Aussagen über die Hygienequalität in Kliniken zulassen. Dazu soll der GBA bereits „etablierte Verfahren berücksichtigen“, heißt es in dem Referentenentwurf. Die vom GBA entwickelten Indikatoren sollen in die Qualitätsberichte der Kliniken einfließen. Bei den Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen soll auch die vertragsärztliche Versorgung einbezogen werden. Geplant ist eine neue Gebührenposition im EBM für die Untersuchung von Risikopatienten und die ambulante Therapie von MRSA-Infektionen. Das Gesetz, das bereits Mitte Juli in Kraft treten soll, enthält neben Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene eine Reihe von Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der Einführung einer Schiedsstelle sollen Konflikte zwischen Krankenkassen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen über die Höhe der Vergütung gelöst werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll die Möglichkeit erhalten, zur Zwischenfinanzierung der Kosten von insolventen oder geschlossenen Krankenkassen ein Darlehen aufzunehmen. Weitere Rechtsänderungen betreffen den Pflege-TÜV. So soll sich der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) an den Prüfungen der Pflegequalität beteiligen. Eine Schlichtungsstelle soll zur Klärung von Streitpunkten bei der Durchführung des Pflege-TÜV beitragen. Geplant ist derzeit, das Krankenhaushygienegesetz im Parallelverfahren als Regierungsentwurf und Fraktionsinitiative einzubringen. Der Kabinettsbeschluss ist für den 16. März angestrebt. Das parlamentarische Verfahren soll im Bundestag möglichst am 9. oder 10. Juni mit der 2. und 3. Lesung abgeschlossen sein, der 2. Durchgang im Bundesrat ist für den 8. Juli anvisiert.

GOÄ: HOPPE WARNT VOR RUINÖSEM PREISWETTBEWERB DURCH ÖFFNUNGSKLAUSEL

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe hat in einem Brief an die Bundestagsabgeordneten vor der Einführung einer Öffnungsklausel in die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gewarnt. „Die Folgen solcher Dumpingverträge bekämen nicht nur Ärzte, sondern auch die Patientinnen und Patienten zu spüren“, schreibt Hoppe. „Ruinöser Preiswettbewerb unter den Ärzten würde die Behandlungsqualität gefährden und einen Konzentrationsprozess befördern“, kritisiert Hoppe. Der PKV-Verband behauptete hingegen, dass mit einer Öffnungsklausel mehr Wettbewerb und dadurch Einsparungen realisiert werden könnten. So begründete der Verband seine Forderung nach Selektivverträgen vor allem mit den im Vergleich zur GKV angeblich überproportional gestiegenen Ausgaben für ärztliche Leistungen. Hoppe entkräftet die Behauptungen des PKV-Verbandes mit Fakten. Zum Beispiel liege der Ausgabenanteil für ambulante privatärztliche Leistungen schon seit 15 Jahren bei durchschnittlich 24 Prozent der Gesamt-Leistungsausgaben der PKV, unterstreicht der BÄK-Präsident. Zudem sei die Ausgaben-Dynamik im Jahr 2009 nach eigenen Angaben der Privatversicherer in der GKV deutlich größer gewesen als in der PKV. „Bei genauer Analyse der internen Strukturen und Arbeitsabläufen der PKV ist erkennbar, dass ein hoher Anteil an Kostensteigerungen durch die PKV selbst generiert wird. Zu nennen sind hier etwa die exorbitant hohen Maklerprovisionen im Versicherungsgeschäft“, schreibt Hoppe. Bei der Einführung einer Öffnungsklausel gehe es der PKV primär darum, ein wirksames Mittel zur direkten Patientensteuerung zu erhalten. „Patientenrechte wie die freie Arztwahl würden ausgehöhlt und die Behandlungsqualität und Gesundheitsversorgung in Deutschland ernsthaft gefährdet werden“, warnt der Ärztepräsident. Darüber hinaus betont Hoppe, dass die Bundesärztekammer auch gegen eine „kleine Öffnungsklausel“ sei, zum Beispiel nur für laborärztliche Leistungen, da auch sie möglicherweise zu einem „ausufernden Preiswettbewerb zulasten der Versorgungsqualität“ führen könnte. „Die Öffnungsklausel nützt wenigen großen Konzernen aus der privatwirtschaftlichen Versicherungsbranche, nicht aber den Patientinnen und Patienten oder der Ärzteschaft“, schreibt Hoppe weiter. Im Zuge seiner Öffnungsklausel-Kampagne wirft der PKV-Verband Ärzten und Krankenhäusern regelmäßig vor, zu viele Tests und Untersuchungen abzurechnen. So seien die Pro-Kopf-Ausgaben in der privaten Krankenversicherung für Labormedizin fünf Mal so hoch wie in der GKV. Hoppe spricht in seinem Brief von „fragwürdigen, irreführenden Darstellungen“. Hier würden Äpfel (129 Euro Laborausgaben je PKV-Versichertem auf Basis einer unbekanntem PKV-Stichprobe) mit Birnen (26 Euro je GKV-Versichertem auf Basis des statistischen Bundesamtes) verglichen. Bei korrekter Vorgehensweise sei der Vergleichsfaktor wesentlich niedriger (80 Euro versus 26 Euro). Neuester Versuch, das Blatt zu seinen Gunsten zu wenden, ist eine vom PKV-Verband in Auftrag gegebene Emnid-Umfrage. Glaubt man den Ergebnissen, können sich 57 Prozent der Ärzte eine Öffnungsklausel in der GOÄ/GOZ vorstellen. Knapp 70 Prozent der befragten Mediziner würden der Umfrage zufolge Qualitätsverträge mit Privatversicherern außerhalb der Gebührenordnung eingehen. Für 80 Prozent kämen Verträge über eine Arzneimittelberatung in Frage. Der Vorsitzende des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer, Dr. Theo Windhorst, nannte die Umfrage einen durch-

schaubaren Schachzug der PKV, mit dem Versuch, die Ärzteschaft zu spalten. „Ich kann den Kolleginnen und Kollegen nur dringend davon abraten, sich auf freie Preisverhandlungen jenseits der GOÄ einzulassen, denn ein Preisdiktat durch die Krankenversicherungen gegenüber den einzelnen Ärztinnen und Ärzten ist vorprogrammiert und gefährdet die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität für unsere Patientinnen und Patienten“, so Windhorst.

PFLEGE: VERBÄNDE FORDERN UMFASSENDES BERUFSGESETZ

Der Deutsche Pflegerat (DPR) und seine Mitgliedsverbände haben Eckpunkte für ein umfassendes Berufsgesetz für die Pflege vorgelegt. Darin fordern sie die Zusammenlegung der drei Pflegefachberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) zu einem Beruf mit einer Berufsbezeichnung. Das Gesetz soll aber nicht nur auf die Reform der Pflegeausbildung beschränkt bleiben, sondern um die Festlegung prioritär vorbehaltenen Aufgaben der Pflege ergänzt werden. Die Definition von Verantwortungs- und Gestaltungsspielräumen für die Berufsangehörigen wäre ein Meilenstein, heißt es in dem Papier. Darüber hinaus fordert der DPR, die Pflegeausbildung von den Krankenhausbudgets zu entkoppeln. Es sei unerlässlich, dass die pflegeberufsbildenden Schulen aus der organisatorischen und wirtschaftlichen Verantwortung der Träger von Gesundheitseinrichtungen gelöst werden. In dem Eckpunktepapier fordern die Pflegeverbände zudem die Einrichtung sogenannter Pflegekammern in den Ländern. Durch eine Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts wären die Pflegekräfte den Berufsvertretungen von Apothekern und Ärzten gleich gestellt. Eine solche Kammer hätte u. a. die Aufgabe, die Umsetzung eines Berufsgesetzes zu überprüfen. Die Nachricht, das Bayern eine Pflegekammer einrichten will, begrüßten die Pflegeverbände ausdrücklich. „Wir fordern alle anderen Landesregierungen dazu auf, dem Beispiel von Bayern zu folgen“, sagte DPR-Präsident Andreas Westerfellhaus. Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) hatte zuvor angekündigt, der Freistaat wolle als erstes Bundesland überhaupt eine Kammer für Pflegeberufe einrichten. „Die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen braucht unbedingt eine eigene Stimme“, so Söder. In einer eigenen Berufskammer könnten Pflegende ihre Belange am besten organisieren. Außerdem sei damit eine ideelle Aufwertung des Berufsstandes verbunden. Söder betonte, die Pläne zur Einrichtung einer Pflegekammer im Freistaat seien bereits in einem sehr konkreten Stadium. Bis zum Sommer werde die Kammer kommen. Dazu hat sich Söder mit Vertretern von neun Pflegeverbänden zu einem „Bündnis für Pflegekammer“ zusammengeschlossen. Der Koalitionspartner FDP kritisierte die Pläne. Eine Verkammerung der Profession Pflege helfe nicht, wesentliche Probleme in der Pflege zu lösen, sagte Thomas Hacker, Vorsitzender der FDP-Fraktion im bayerischen Landtag. Zwar sei die Organisation der Pflege wichtig, doch statt einer Kammer sollten lieber die bestehenden Institutionen gestärkt werden.

ORGANSPENDE: ÄRZTE FORDERN BESSERE ORGANISATION IN DEN KLINIKEN

Spanien gehört zu den Ländern, von denen Deutschland, aber auch ganz Europa, in Bezug auf Organspenden lernen kann. Mit 34 Spenden im Jahr pro Kopf und 1 Million Einwohner steht Spanien europaweit an der Spitze. Entscheidend für die hohe Transplantationsrate sei jedoch nicht die dort geltende Widerspruchsregelung, betonte Peter Liese, gesundheitspolitischer Sprecher der EVP-Fraktion (Christdemokraten) im Europäischen Parlament, in dieser Woche auf einer Pressekonferenz in Berlin. „Unser Hauptproblem in Deutschland ist, dass durch mangelhafte Organisation im Krankenhaus viele Organe verloren gehen“, betonte er. Das Europäische Parlament fordere deshalb vehement, dass sogenannte Transplantationsbeauftragte in Kliniken etabliert werden. Zudem rege es an, dass jeder Bürger bei der Ausstellung von Dokumenten nach seiner Organspendebereitschaft gefragt wird. Dies unterstrich auch Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer: „Es ist einem erwachsenen Menschen zumutbar, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen“, erklärte er bei. Insbesondere für junge Menschen sei es sinnvoll, sich zum Beispiel bei der Führerscheinausgabe mit dem Thema auseinanderzusetzen zu müssen. Auch der CDU-Fraktionsvorsitzende Volker Kauder hatte unlängst vorgeschlagen, dass jeder, der sich einen Personalausweis ausstellen lässt, beim Einwohnermeldeamt entscheiden muss, ob er im Falle seines Todes Organe spenden will. Diese sogenannte Entscheidungslösung komme den Grundsatzüberlegungen der Bundesärztekammer zu einer Informations- bzw. Selbstbestimmungslösung nahe, erklärte Montgomery. Danach soll die Information so intensiviert werden, dass möglichst jeder Bürger die Pflicht erkennt, sich zur Organspendebereitschaft zu erklären. Die Bundesärztekammer werde hierzu ein entsprechendes Eckpunktepapier ausarbeiten. Der Bundestag will das Organspendegesetz in Deutschland noch in diesem Jahr ändern. Darauf haben sich die Vorsitzenden aller fünf Fraktionen bei einem Treffen Anfang Februar geeinigt. Für Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler steht fest, die Entscheidung zur Spende muss freiwillig bleiben. Er sei zwar dafür, dass jeder Bürger, der ein Dokument beim Amt abhole, eine Informationsbroschüre und einen Organspendeausweis in die Hand gedrückt bekomme. „Bei der Organspende darf es keinen Zwang geben“, forderte Rösler. Die Bürger sollten freiwillig entscheiden, ob sie zu einer Organspende bereit sind. Sinnvoll

sei, wenn die Bereitschaft zur Organspende dann auf der elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten gespeichert werde, die nur für Ärzte einsehbar sei, so Rösler. Außerdem plädiert Rösler für Transplantationsbeauftragte in den Krankenhäusern, die sich gezielt mit dem Thema auseinandersetzen und Aufklärungsarbeit leisten. „Das Beratungsangebot für Angehörige, die trotz der Trauer um einen Menschen so eine schwierige Aufgabe, wie die Freigabe der Organe fällen müssen, muss erweitert werden“, sagte Rösler.

PID: BUNDESTAG ENTSCHEIDET ÜBER DREI GESETZENTWÜRFE

Seit Dienstag liegen alle drei Gesetzentwürfe zum künftigen Umgang mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) vor. Nach den Befürwortern einer Zulassung der PID haben jetzt auch die Gegner ihren Gesetzentwurf vorgelegt. Sie treten darin für ein striktes PID-Verbot ein. Alle Gesetzentwürfe stammen von jeweils fraktionsübergreifenden Parlamentariergruppen, und auch bei der Abstimmung im Bundestag wird es keinen Fraktionszwang geben. Im Bundestag stehen folgende Anträge zur Abstimmung:

1. Gegner

Die Gegner der PID dringen auf ein umfassendes gesetzliches Verbot, das im Gendiagnostikgesetz verankert werden soll. Die Gruppe um Birgitt Bender (Grüne), Rudolf Henke (CDU) und Ulla Schmidt (SPD) begründet dies vor allem mit Blick auf die gesellschaftspolitischen Auswirkungen. Die Anwendung der PID gefährde die Akzeptanz gesellschaftlicher Vielfalt und erhöhe den sozialen Druck auf Eltern, ein gesundes Kind haben zu müssen, heißt es in dem Gesetzentwurf. Eine Gesellschaft, in der der Staat darüber entscheidet oder andere darüber entscheiden lässt, welches Leben gelebt werden darf und welches nicht, verliere ihre Menschlichkeit, so die Abgeordneten. 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. Ihnen drohen Geldbußen oder Freiheitsstrafen bis zu zwei Jahren. Ausdrücklich nicht bestraft werden sollen die potenziellen Eltern bzw. die Ei- oder Samenzellenspender. Der Gesetzentwurf richte sich nicht gegen diejenigen Eltern, die eine PID durchführen wollen, betonen die Initiatoren, zu denen auch die Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags Katrin Göring-Eckhardt (Grüne) und die stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Günter Krings und Johannes Singhammer (CDU/CSU) gehören.

2. Befürworter I

Bereits Ende Dezember 2010 hatten die Abgeordneten Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD), und Ulrike Flach (FDP) einen gemeinsamen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem die PID grundsätzlich verboten, aber in Ausnahmefällen erlaubt werden soll. Eine PID ist demnach zulässig, wenn ein oder beide Elternteile die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder durch eine schwerwiegende Schädigung des Embryos mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist. Eine schwerwiegende Krankheit ist gekennzeichnet durch eine geringe Lebenserwartung oder die Schwere des Krankheitsbildes und eine schlechte Behandelbarkeit. Voraussetzung für eine PID ist die vorherige medizinische und psychosoziale Beratung, die schriftliche Einwilligung der Frau und die Zustimmung einer interdisziplinär zusammengesetzten Ethik-Kommission. Außerdem darf die PID nur von fachlich geschulten Ärzten an lizenzierten Zentren vorgenommen werden.

3. Befürworter II

Einen weiteren Gruppenantrag haben die Abgeordneten René Röspel (SPD) und Priska Hinz (Grüne) eingebracht. Die PID ist auch hier grundsätzlich verboten. Die Ausnahmekriterien sind streng. Eine PID ist nur dann zulässig, wenn Paare aufgrund einer genetischen Vorbelastung ein hohes Risiko für eine Fehl- oder Totgeburt haben oder mit dem Tod des Kindes in den ersten Lebensjahren gerechnet werden muss. Ausschlaggebend ist demnach kein bestimmtes Krankheitsbild beim Embryo, sondern die (Über-)Lebensfähigkeit des Embryos ist das Kriterium für die Zulassung. Voraussetzung für eine PID ist die Verpflichtung, eine Beratung anzubieten sowie das positive Votum einer Ethikkommission. Darüber hinaus darf die PID nur in einem von der Bundesregierung ernannten Zentrum durchgeführt werden. Zudem wird die Bundesregierung ermächtigt, die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation und Fortbildung, an die Beratung sowie Art und Umfang der Dokumentation zu bestimmen.

Ihre Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel.: 030 400456-700, Fax: 03) 400 56-707,
eMail: presse@baek.de