



## **Internationaler Vergleich Medizinische Leistungen in Deutschland gut zugänglich**

(aus Deutsches Ärzteblatt vom 31.03.2017)

Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist in Deutschland sehr gut. Die Wartezeiten sind im internationalen Vergleich sehr gering. Das legt ein Ländervergleich des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung (WIP) nahe. Demnach erhalten 76 Prozent der deutschen Patienten bei Anfrage am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin. Damit liege Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder. Zudem verfügten Patienten nirgendwo sonst in Europa über einen derart schnellen Zugang zu innovativen Medikamenten. Von der Zulassung bis zur Markteinführung vergingen hierzulande 3,5 Monate, während es in den Niederlanden 5,8 und in Spanien fast 16 Monate seien. Patienten hätten außerdem einen direkten Zugang zum Facharzt ihrer Wahl. In der Mehrzahl der europäischen Länder sei dies ausgeschlossen.

Das deutsche duale Krankenversicherungssystem verfügt laut WIP zudem im Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge – sei es im Krankheitsfall oder bei Schwanger- und Mutterschaft. Die Autoren erklären dies damit, dass die private Krankenversicherung als wettbewerbliches Korrektiv zur gesetzlichen Krankenversicherung wirkt.

## **Lieber Klasse statt Masse!**

(aus „der Hausarzt“ vom 20.06.2017)

Überversorgung in der Medizin wird viel diskutiert, wobei sie im Einzelfall meist schwer zu erfassen und noch schwerer zu beweisen ist. Bei Arzneimitteln hat das AMNOG 2011 eine Wende eingeleitet, seitdem rückt die Nutzen-Schaden-Abwägung stärker in den Fokus. Das ist für andere Therapien oder Medizinprodukte noch selten. Initiativen wie „Choosing wisely“ aus den USA sind rar, unter den Fachgesellschaften geht seit Jahren die DEGAM beim Thema Über-/Fehlversorgung voran. Nach dem Motto „Klasse statt Masse“ hat sie sich zum Ziel gesetzt, Patienten vor Überversorgung zu schützen. Ende 2017 soll hierzu ihre erste Leitlinie erscheinen. Darin stellt die DEGAM Negativeempfehlungen und Sondervoten zu Leitlinien spezialisierter Fächer zusammen. Warum ist dies gerade für Hausärzte so wichtig?

Anders als Fachärzte müssen Hausärzte davon ausgehen, dass spezifische Krankheiten oder Risiken nur eines von vielen Problemen ihrer Patienten sind. Gerade Screening-Empfehlungen, die sich an Spezialisten richten, um die in ihrem Fach vordergründigen Krankheiten zu detektieren, sind also für die „Breite“ in der Hausarztpraxis ungeeignet – und können eine Kette von Überdiagnostik und Übertherapie auslösen. Welche Auslöser gibt es sonst noch für eine Überversorgung?

Dafür gibt es viele Gründe: Unbestritten ist, dass es meist um viel Geld geht. Etwas wegzulassen, zu reduzieren oder nicht zu tun, wird in der Regel nicht bezahlt, das „Tun“ – gerade auch im Hinblick auf Tests und Gerätemedizin – hingegen schon.

Darüber hinaus geben Leitlinien oft an, was man tun sollte und weniger, worauf man verzichten könnte. Hinzu kommt, dass Ärzte lang praktizierte Methoden häufig nicht mehr hinterfragen, obwohl neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. Mitunter versprechen Tests auch Gewissheit, mit der man das eigene Handeln vermeintlich absichern kann. Dabei gerät leicht aus dem Blick, dass viele Tests die Unsicherheit vergrößern können, etwa durch falsch-positive Ergebnisse.



Nicht zuletzt fordern Patienten bestimmte Diagnostikverfahren und Therapien ein, weil sie im Internet und über Bekannte davon erfahren haben. Es braucht Mut und umfangreiches ärztliches Wissen, ihnen zu erklären, warum es in ihrem Fall sinnvoll ist, etwas nicht zu tun.

## **Masterplan Medizinstudium steht – unter Vorbehalt** (aus „der Hausarzt“ Nr. 7 vom 10.04.2017)

Er steht, aber auf wackligen Beinen: Am 31. März haben Bund und Länder nun doch noch den Masterplan Medizinstudium 2020 (<http://hausarzt.link/hXvdt>) verabschiedet. Damit bekennen sich die Politiker dazu, die Allgemeinmedizin im Studium zu stärken und das Medizinstudium insgesamt mehr an der praktischen Versorgung auszurichten.

Die Frage der Finanzierung bleibt aber ungewiss. Zusätzliches Geld will man möglichst nicht investieren, jedoch ist „allen Beteiligten klar, dass es einen zusätzlichen Finanzbedarf geben wird“, kommentiert Prof. Eva Quante-Brandt, Gesundheitssenatorin von Bremen und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Erst zwei Wochen zuvor hatten die Kultusminister der Länder aus diesem Grund ihre Zustimmung noch verweigert – über die im Masterplan vorgesehenen Maßnahmen bestand seit längerem Einigkeit.

### **Länder sehen Bund in Pflicht**

Nun soll eine Expertenkommission die Reform und die Kostenentwicklung begleiten, dem BMG zufolge geleitet von Prof. Monika Harms, ehemalige Generalbundesanwältin. Erst wenn die finanziellen Folgen und die Auswirkungen auf die Studienplatzsituation ermittelt sind, könne man abschätzen, wie viel zusätzliche Mittel zur Finanzierung nötig sind, heißt es im Masterplan. GMK-Vorsitzende Quante-Brandt forderte, dass sich der Bund angemessen an der Finanzierung beteiligt. Stellvertretend für die Kultusminister sieht Ulrich Steinbach aus Baden-Württemberg bei der Finanzierung auch die „für die ärztliche Versorgung zuständigen Träger“ in der Pflicht – also in erster Linie die gesetzlichen Krankenkassen.

„Wenn die notwendigen Mittel nicht bereitgestellt werden, wird die Bevölkerung die Rechnung in einigen Jahren teuer bezahlen müssen“, kommentierte Ulrich Weigelt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands, den Masterplan. Eine umfassende Finanzierung sei die Voraussetzung dafür, dass die Maßnahmen auch wirklich in der Praxis greifen. Nur so sei es möglich, die hausärztliche Versorgung deutschlandweit zu sichern. Er lobte aber auch, dass Gesundheitsminister Gröhe und Forschungsministerin Wanka Wort gehalten haben. Auch die DEGAM ist erleichtert und spricht von einem „Meilenstein für die Positionierung des Fachs“.

### **Der Masterplan im Überblick:**

- Die **Allgemeinmedizin** wird Prüfungsfach im Staatsexamen.
- Das **Praktische Jahr (PJ)** umfasst künftig **vier Quartale**. Davon müssen Studierende je eines in der Chirurgie und Inneren Medizin absolvieren. Von den beiden Wahlquartalen muss eines in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung stattfinden.
- An allen medizinischen Fakultäten werden Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet.



- Die Studieninhalte sollen einen **stärkeren Praxisbezug** aufweisen und die Allgemeinmedizin ab dem ersten Semester bis zum Ende einbinden. Das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin bleibt bestehen. Allerdings kann künftig die Pflichtfamulatur in der Hausarztpraxis entfallen.
- Neben der **Abiturnote** sollen Hochschulen die Studienbewerber künftig noch nach **zwei weiteren Kriterien** auswählen. Dabei sollen besonders soziale und kommunikative Fähigkeiten zählen, genauso wie eine Ausbildung, Tätigkeit oder ehrenamtliches Engagement in einem medizinischen Beruf.
- Die Länder können Medizinstudienplätze auch über eine **Landarztquote** vergeben: Droht eine ärztliche Unterversorgung, können sie bis zu zehn Prozent der Plätze vorab zuteilen.
- Das Medizinstudium soll stärker ärztliche Kompetenzen vermitteln. Grundlage dafür ist der **Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog (NKLM)**, den eine Kommission von Bund und Ländern weiterentwickeln soll. Dieser wird dann verbindlich in der Approbationsordnung für Ärzte verankert.
- Bei Studien- und Prüfungsinhalten sollen Redundanzen abgebaut werden, um die **Prüfungsinhalte zu reduzieren**. Dabei kommen auch die zu erbringenden Leistungsnachweise und die Notenpflicht unter die Lupe.
- **Kommunikative Fähigkeiten** sollen besser geschult werden.
- Die Fakultäten sollen **neue Lehrpraxen und Lehrkliniken** besonders in ländlichen Regionen rekrutieren und sie in die Ausbildung einbinden.
- Das BMG wird eine **Informationsplattform** aufbauen, zudem sollen Hochschulen mehr über Ausbildungsmodelle und Kooperationen mit Lehrpraxen und –kliniken auf dem Land informieren.

## Penicillin-Allergie?

Da ist Skepsis angesagt!

(aus Ärztezeitung vom 07.08.2017)

Eine einst festgestellte Penicillin-Allergie sollte diagnostisch abgeklärt werden, raten Experten. Angaben hierzu seien nämlich oft falsch oder überholt.

In den USA, Australien und auch in Deutschland gelten zehn Prozent aller Patienten als Penicillin-Allergiker. Die meist in jungen Jahren erhobenen Befunde werden aber häufig nicht hinterfragt, obwohl sie schon viele Jahre zurückliegen, kritisieren Ärzte um Dr. Elizabeth Jane Phillips vom Vanderbilt University Medical Center in Nashville (JAMA 2017; 318:82). Die Ärzte schätzen, dass der Anteil der Penicillin-Allergiker nur bei ein Prozent der Bevölkerung liegt.

Nach Angaben von Phillips und Kollegen verschwinden IgE-vermittelte Reaktionen in der Regel nach etwa zehn Jahren. Ist der Hauttest aber negativ geworden, dann sei das Risiko für eine Resensibilisierung bei Exposition gegenüber Penicillin oder einem andere Beta-Laktam-antibiotikum nur sehr gering. Hinzu komme, dass viele Angaben zu Penicillin-Allergien falsch seien, etwas weil viral bedingte Hautausschläge in der Kindheit als Penicillin-Allergie fehlgedeutet worden waren.

Hat ein Patient auf eine Penicillin-Behandlung mit einer akuten IgE-vermittelten allergischen Reaktion mit Anaphylaxie reagiert, ist eine erneute Exposition gegenüber Beta-Laktamen ausgeschlossen, betonen Phillips und Kollegen. Sie geben aber zu bedenken, dass es bei zwei bis zwölf Prozent der Anwendung in einer Spätreaktion zu T-Zell-vermittelten leichten bis moderaten Exanthenen kommt. In der Regel ließen sich solche Reaktionen folgenlos symptomatisch behandeln.



Solche unkomplizierten Hautausschläge in der Anamnese sollten daher kein Grund dafür sein, eine erneute Therapie mit Beta-Laktamantibiotika zu unterlassen, so die Ärzte vor allem, wenn es sich um einen anderen Vertreter der Substanzklasse als das ursprünglich verwendete Antibiotikum handelt.

Auch Allergologische Fachgesellschaften und das BfArM warnen in der S2k-Leitlinie von 2015: Bei Überempfindlichkeitsreaktionen auf Arzneimittel generell kann „der Verzicht auf eine Diagnostik schwere Reaktion bei erneuter Exposition zur Folge haben und zu unge-rechtfertigter Einschränkung der Therapie führen“. Wenn in der ersten Diagnostikstufe Haut- und Labortests negativ oder nicht sicher aussagekräftig sind, empfiehlt die Leitlinie kontrol-lierte Provokationstests zur Aufklärung der Reaktion.

Mit solchen Tests lassen sich die Patienten erkennen, bei denen Penicillin und andere Beta-Laktamantibiotika sicher sind. Dokumentierte nicht-allergische Reaktionen auf Penicillin wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall sollten als vermeintliche Hinweise auf eine Penicillin-Allergie aus den Akten getilgt werden. Patienten seien zudem über die wahren Zusammen-hänge zwischen den Antibiotika und den Beschwerden aufzuklären so die Ärzte.

### **Wissen in Kürze**

(aus FAZ vom 23.08.2017)

**Cannabis oder Marihuana** hat sich als Arzneimittel zur Bekämpfung von chronischen Schmerzen und posttraumatischen Belastungsstörungen klinisch noch keineswegs so gut bewährt, wie das oft behauptet wird. In zwei Metastudien, die in den renommierten „Annals of Internal Medicine“ erschienen sind, wird den aus Cannabispflanzen gewonnenen Präpara-ten vor allem fehlende Evidenz in kontrollierten Studien bescheinigt. Was chronische Schmerzen angeht, wurde in den 27 umfassendsten klinischen Studien zumindest für die neuropathische Schmerztherapie von multiple Sklerose eine „niedrige Evidenz“ ermittelt, für andere chronische Schmerzen liegen keine ausreichenden Daten vor, um den Nutzen der Substanzen abschätzen zu können. Dagegen lägen Hinweise auf mögliche Schädigungen vor wie etwa Beeinträchtigungen der Motorik, Psychosen und kurzfristige kognitive Störun-gen.

### **Medizinische Geräte aus Uniklinik Mainz gestohlen**

(aus Ärztezeitung von 21.,08.2017)

Medizinische Geräte im Wert von mehr als einer Million Euro haben Ungekannte aus der Uniklinik Mainz gestohlen. Laut Landeskriminalamt war das der höchste Schaden in einer Serie von bisher sechs Diebstählen teurer Medizingeräte aus Krankenhäusern allein in die-sem Jahr in Rheinland-Pfalz. Die 24 Endoskopiegeräte wurden schon im Mai aus der Main-zer Universitätsklinik entwendet, die Polizei hatte den Fall bislang nicht gemeldet.

### **Schnarchen macht krank**

(aus deutsches Ärzteblatt vom 07.08.2017)

Schnarchen ist nicht nur lästig, sondern kann auch ernsthafte Gesundheitsschäden nach sich ziehen. Darauf hat die DAK Gesundheit in einer Analyse hingewiesen. Ausgewertet wurden krankheitsbedingte Ausfalltage sowie ärztlichen Behandlungen bei Schlafstörungen. Demnach fehlen Frauen im Job wegen schwerer Schlafstörungen, schlechter Schlafqualität, Tagesmüdigkeit und Erschöpfung.



Männer fehlen oft wegen einer Schlafapnoe. Die Betroffenenquote dieser Schlafstörung mit Atemaussetzern ist bei ihnen viermal höher als bei Frauen. Die DAK verweist auch darauf, dass Schnarcher zumeist Männer sind – und dass dies Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Partner hat. Eine Umfrage der Kasse zeigt aber auch, Männer sind über die Folgen für den Partner nicht im Bilde oder wollen sie nicht wahrhaben. Jede vierte Frau gab immerhin an, sich durch ihren schnarchenden Partner oder dessen Bewegungen gestört zu fühlen. Dass diese ihre Männer darüber in Kenntnis setzen, darf angenommen werden. Verwunderlich ist es auch nicht, dass mehr Frauen als Männer versuchen, etwas gegen ihre Schlafprobleme zu unternehmen. Laut DAK schaffen sich 14 Prozent der Frauen bewusst Rituale vor dem Schlafengehen – bei Männern sind es lediglich neun Prozent. 23 Prozent der Frauen versuchen, die Stressbelastung zu reduzieren, um ihren Schlaf zu verbessern. Bei den Männern sind es nur 18 Prozent. Entspannungstechniken wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung sind ebenfalls eher Frauensache.

### **Kostenstrukturanalyse**

#### **KBV: Positives Signal für junge Ärzte**

(aus Ärztezeitung vom 18.08.2017)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sieht die Ergebnisse der Kostenstrukturanalyse Arztpraxen des Statistischen Bundesamtes als positives Signal für junge Ärzte. „In Richtung medizinischen Nachwuchts können wir sagen, dass die Niederlassung in eigener Praxis neben fachlicher Autonomie auch finanziell eine interessante Perspektive bieten kann“, äußerte sich KBV-Chef Dr. Andreas Gassen am Donnerstag auf Anfrage.

Die Analyse hatte ergeben, dass die Reinerträge der Arztpraxen je Praxis von 2011 bis 2015 um 10,3 Prozent auf 258 000 Euro angestiegen sind (wir berichteten). Gassen wies jedoch darauf hin, dass die Zahlen eine Durchschnittsbetrachtung seien und „nicht die Situation einer jeden Praxis beschreiben“. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung weist auf die „krassen Unterschiede“ zwischen Reinerträgen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen hin. Das Einkommen der Psychotherapeuten liege nur bei einem „Dritten des Ärzte-Einkommens“.

### **Gesundheitsrisiko? Wieder Glyphosat in Bier gefunden**

(aus Ärztezeitung vom 25.08.2017)

Das möglicherweise krebserregende Glyphosat ist weiterhin in deutschem Bier nachweisbar. Allerdings gehen die gemessenen Rückstände zurück, wie eine am Donnerstag veröffentlichte Analyse des privaten Münchner Umweltinstituts ergab. Der Deutsche Brauerbund zweifelte die Untersuchung wie bereits die des Vorjahres an. Über die weitere EU-Zulassung des Herbizids soll im Herbst entschieden werden.

### **Zahnärzte sollen mehr lernen**

(aus FAZ vom 03.08.2017)

Die Bundesregierung reformiert das Studium der Zahnmedizin. Das Kabinett habe einer Verordnung von Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zugestimmt, teilte sein Ministerium mit. Die Zustimmung des Bundesrates vorausgesetzt, könne die Reform im Herbst beginnen. Derzeit studieren mehr als 14 000 junge Menschen Zahnmedizin an 30 deutschen Hochschulen.



Das Studium besteht künftig aus einem vorklinischen Abschnitt von vier Semestern, in dem medizinisches und zahnmedizinisches Grundlagenwissen vermittelt wird, sowie aus einem klinischen Abschnitt von sechs Semestern, der der praktischen Ausbildung dienen soll. Auch werden Studiengänge Zahnmedizin und Medizin in den ersten Semestern angeglichen, der klinische Teil durch mehr medizinische Lehrveranstaltungen ergänzt.

Allgemeinerkrankungen werden in der Ausbildung der Zahnärzte eine größere Rolle spielen. Denn zahnmedizinische Befunde könnten als Früh-, Leit- und Begleitsymptome Hinweise für Diagnostik und Therapie von Allgemeinerkrankungen geben. Anders als bei den Medizinern, wo die Ausbildung künftig stärker auf den Praxisbezug („sprechende Medizin“) ausgerichtet wird, soll unter Studenten der Zahnmedizin wissenschaftliches Arbeiten gefördert werden. Dazu wird ein Querschnittsbereich „Wissenschaftliches Arbeiten“ in die Ausbildung aufgenommen. Gröhe nannte die Reform überfällig. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Peter Engele, lobte, man bekommen „nach über 60 Jahren endlich eine Approbationsordnung, die den aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht“. Viele Universitäten sind indes skeptisch, ob die Länder ihnen die für eine verbesserte Lehre nötigen zusätzlichen Mittel gewähren.