

BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

August 2014



Landärzte gesucht

Auftakt

Erst wurden die Warnungen der Ärzteschaft vor dem Ärztemangel ignoriert. Dann sollte eine Umverteilung der Ärzte das Problem lösen. Jetzt zeigen aktuelle Studien die Grenzen dieses Ansatzes auf. Der Deutsche Ärztetag möchte die Weichen viel früher stellen – schon bei der Auswahl der Medizinstudierenden. Die besten Abiturienten seien nicht immer diejenigen, die später als Landarzt ihre Erfüllung fänden, erklärt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, der Präsident der Bundesärztekammer. Darüber hinaus fordert die Ärzteschaft eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium und genügend Mittel für Forschung und Lehre (S. 3).

Obwohl die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich steigt, sinkt die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungstellen. Auf diese positive Entwicklung wies die Bundesärztekammer bei der

Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2013 hin (S. 8).

Ein wichtiger Schritt zu noch mehr Patientensicherheit sind die einheitlichen Sprachtests für Ärzte, auf die sich die Politik nun endlich einigen konnte. Die Bundesärztekammer möchte die Zuständigkeit für die Prüfungen in den Händen der Ärztekammern sehen (S. 16).

Weitgehend harmonisch verlief aus Sicht der Medien das Debüt von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf dem 117. Deutschen Ärztetag. Dem BÄK-Präsidenten Montgomery attestierten sie dagegen, er habe kräftig für die Interessen der Ärzteschaft getrommelt. In der Sache konzentrierte sich die Berichterstattung auf die Qualität im Gesundheitswesen und die Terminwartezeiten (S. 6). ■

inhalt

August 2014

Politik & Beruf

Den Nachwuchs im Blick Landärzte gesucht	3
Presseecho zum 117. Deutschen Ärztetag Qualität und Wartezeiten stehen im Mittelpunkt	6
Zahl der Behandlungsfehler leicht rückläufig Häufig führen Begleiterscheinungen zu Problemen	8
"Zum Verbergen verpflichtet" Ärzterschaft pocht bei Telematik auf Datenschutz	9
Ohne Ärzte geht es nicht Symposium zur psychotherapeutischen Versorgung	10
Italien übernimmt EU-Ratspräsidentschaft Gesundheitspolitisches Programm vorgestellt	11
Bundesbank kritisiert unstete Gesundheitspolitik Monatsbericht prognostiziert wachsende Defizite	12
Internet bei Terminvergabe immer wichtiger Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung	12
Modellstudiengänge als kreativer Motor? Wissenschaftsrat regt Reformen an	13

Nachrichten

14

Medizin & Ethik

Einheitliche Sprachtests beschlossen Bundesärztekammer warnt vor Öffnungsklausel	16
Bund und Länder bereiten Krankenhausreform vor Sachverständigenrat sieht Personalengpässe	17
Entscheidungsspielräume bei der Sterbehilfe? SPD-Politikerin gegen strafrechtliches Verbot	18
Nicht jede Eizelle gilt als Embryo EU-Generalanwalt legt Schlussantrag vor	18
Genetests aus der Apotheke BÄK sieht Konflikt mit dem GenDG	19
FSA Transparenzkodex genehmigt Zuwendungen werden ab 2016 veröffentlicht	19

Personalia

20

Impressum

20



Landärzte gesucht

Den Nachwuchs im Blick

Es ist so eine Sache mit dem Klimawandel. Schmelzende Polkappen lassen sich ignorieren, solange die eigenen Füße noch trocken sind, genauso wie die gebetsmühlenartigen Warnungen der Klimaforscher vor den Folgen der Erderwärmung. Womit wir beim Ärztemangel angekommen wären, denn auch hier herrschte jenseits der Expertenzirkel die diffuse Hoffnung, es werde alles schon irgendwie gut gehen. So gesehen ist der Deutsche Ärztetag so etwas wie das gesundheitspolitische Äquivalent zur Klimakonferenz. Er kann Vorschläge zur Bekämpfung des Ärztemangels machen, handeln muss in den meisten Bereichen aber die Politik.

Bleibt man bei dem Bild der schmelzenden Polkappen, bekommen viele Patienten insbesondere in strukturschwachen Regionen schon seit einigen Jahren nasse Füße. Der diesjährige 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf hatte sich deshalb in einer Reihe von Entschlüssen mit dem Thema befasst und einmal mehr alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung aufgerufen. Im

Jahr 2001 habe die Bundesärztekammer (BÄK) erstmals vor einem drohenden Ärztemangel gewarnt, mittlerweile sei er vielerorts Realität. Und das Problem werde sich in Zukunft noch verschärfen, warnten die Delegierten.

Viel zu lange, das wird heute deutlich, wurde das Problem des Ärztemangels von Politik und Krankenkassen kleingeredet oder sogar geleugnet. Erst Schwarz-Gelb steuerte mit dem Versorgungsstrukturgesetz um, folgte aber im Wesentlichen der Argumentation derer, die die Ursachen für den Ärztemangel in einer Ungleichverteilung der Arztsitze sehen. Union und FDP reformierten die Bedarfsplanung, sie ermöglichten neue Versorgungskonzepte, sie modifizierten die Zulassungsbestimmungen und sie schufen finanzielle Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten Regionen. Das Ansinnen war ehrenwert, löste die Probleme aber nicht nachhaltig. Mittlerweile setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass die Weichen viel früher - bereits im Medizinstudium - neu gestellt werden müssen. Der Düsseldorfer Ärztetag

politik & beruf

Fortsetzung von Seite 3

verabschiedete einen ganzen Katalog entsprechender Forderungen, die Koalition kündigte einen Masterplan Medizinstudium 2020 an und selbst der ehrwürdige Wissenschaftsrat sieht Bedarf für mehr Praxisbezug im Studium und zog in einem Expertenpapier eine grundsätzlich positive Zwischenbilanz der Modellstudiengänge in Deutschland (siehe Beitrag S. 13).

Versorgungsstrukturgesetz: Ernüchternde Bestandsaufnahme

Das nun die Nachwuchsförderung stärker in den Fokus rückt, dürfte nicht zuletzt den nüchternen Zahlen geschuldet sein. Die demografische Entwicklung hat längst auch die Ärzteschaft erreicht. Immer mehr Mediziner verabschieden sich in den Ruhestand. Ihre Zahl erhöhte sich 2013 um 3,8 Prozent (2012: +2,6 Prozent) auf 72.540. Auch das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte nimmt zu. So ist der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte nur um 0,8 Prozentpunkte auf 18 Prozent gestiegen, gleichzeitig wuchs aber der Anteil der über 59-jährigen auf 15,6 Prozent (Vorjahr: 15,4 Prozent). Besonderer Handlungsbedarf besteht bei der hausärztlichen Versorgung. Nach gegenwärtigen Prognosen fehlen im Jahr 2020 rund 15.000 Hausärzte. Zum Vergleich: In Deutschland praktizieren etwa 43.000 Allgemeinmediziner.

Ein weiterer Grund: Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz angestoßene Reform der Bedarfsplanung scheint die an sie geknüpften Erwartungen nicht zu erfüllen. Das zeigen gleich zwei aktuelle Untersuchungen. Nach einer IGES-Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung hat die Überarbeitung der Bedarfsplanung zwar die Vorgaben für die hausärztliche Versorgung verbessert. „Durch die veränderte Planung steigt der Anteil der Regionen, deren Hausärztedichte dem relativen Versorgungsbedarf entspricht, von 18,7 auf 46,4 Prozent“, so eines der Ergebnisse der Studie. Dennoch sei die Verteilung der Arztsitze damit nicht einmal in jedem zweiten Landkreis bedarfsgerecht. Insbesondere bei den Facharztgruppen, die nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses wohnortnah benötigt werden, hat sich an der ungleichen Verteilung zwischen Stadt und Land nach Ansicht von Bertelsmann „nichts Wesentliches“ geändert. Nach den Berechnungen steigt infolge der neuen Planung der Anteil der Kreise, in denen die Kinderärztedichte nicht dem Bedarf entspricht, sogar von 70,4 auf 75,1 Prozent.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen veröffentlichte in seiner Studie "Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" eine eher ernüchternde Bestandsaufnahme. Auch er merkt positiv an, dass sich zwar die räumliche Einteilung der Hausärzte mit heute 886 Mittelbereichen kleinräumiger gestaltet als zuvor (398 Planungsbereiche). Allerdings: Entgegen der ursprüng-

lichen Erwartung, mit der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie würden sich mehr Arztsitze im Bundesgebiet und letztlich neue Zulassungsmöglichkeiten für bundesweit rund 3.000 Hausärzte und mehr als 1.300 Fachärzte ergeben, reduziert sich auf allen Versorgungsebenen die Gesamtzahl von Sitzen. Die Reduktion der geplanten Arztsitze betrifft in unterschiedlichem Ausmaß alle bisher beplanten Fachgruppen mit Ausnahme der Psychotherapeuten. So verringert sich gemäß einer Befragung aller Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch den Rat die Sollzahl der Hausarztsitze um knapp 1.400 (2,8 %) und die Sollzahl der Facharztsitze in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung um rund 1.800 Sitze (5,2 %). Bei den Hausärzten bestehen nach wie vor deutliche regionale Unterschiede des Versorgungsgrads innerhalb von KV-Bezirken. In der fachärztlichen Versorgung zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den KVen als auch noch deutlicher Unterschiede in verschiedenen Planungsbezirken innerhalb der KVen. Das bittere Resümee der Gutachter: „Die bislang getroffenen Maßnahmen waren leider nicht in der Lage, eine kontinuierliche Verschärfung der vereinzelt bereits sich abzeichnenden und in einigen Regionen drohenden Unterversorgung zu verhindern“. Und weiter: „Aus den neuen Bedarfsplanungszahlen ergibt sich, dass die ambulante Versorgung zukünftig mit insgesamt weniger Ärzten als heute gemeistert werden soll.“

Zufrieden ist der Rat mit der Arbeit der mit dem Versorgungsstrukturgesetz geschaffenen gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V. Zwischenzeitlich haben alle Flächenländer ein solches oder ein vergleichbares Gremium auf den Weg gebracht. Die Experten wollen jedoch mehr. Sie fordern eine stärker sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die über einzelne Gesundheitsprofessionen hinausgeht. Auch der diesjährige Ärztetag sprach sich für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung aus und forderte unter anderem die Stärkung der Kompetenzen der hierfür zuständigen Landesgremien, in welche die Landesärztekammern bundesweit einzubeziehen sind.

Zehn Prozent mehr Studienplätze

Die Vorschläge der Ärzteschaft zur Bekämpfung des Ärztemangels setzen aber schon viel früher an. Für das Medizinstudium fordert sie eine bessere Finanzierung, mehr Studienplätze, angemessenere Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe und die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin im Studium. So forderte der Ärztetag die Landesregierungen dazu auf, die Grundfinanzierung der medizinischen Fakultäten zu sichern sowie ausreichend Mittel für Forschung und Lehre bereitzustellen. Beispiel Baden-Württemberg: An den medizinischen Fakultäten des Landes klafft eine Finanzierungslücke von 87 Millionen Euro jährlich, während das Wissenschaftsministerium eine Grundfinanzierung knapp über der Inflationsrate festschreiben will. Die Hoch-

schulmediziner im Land plädieren hingegen für eine Steigerungsrate, die sich an der jährlichen Forschungsförderung des Bundes für außeruniversitäre Forschungseinrichtungen orientiert und bei fünf Prozent liegt.

Die Ärzteschaft registriert solche Sparmaßnahmen auf dem Rücken der nachwachsenden Ärztegeneration mit großer Sorge, zumal eine Erhöhung der Studienplatzzahl notwendig ist, um wieder ausreichend Ärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung zu haben. So gab es 1990 allein an den westdeutschen Universitäten 12.000 humanmedizinische Studienplätze. Rechnet man die ostdeutschen Fakultäten hinzu, müssten es 16.000 gewesen sein. Im wiedervereinigten Deutschland des Jahres 2014 sind es nur noch 10.000. Der Ärztetag forderte deshalb eine Erhöhung der Studienplätze um mindestens zehn Prozent, um den Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können.



Trotz des Ärztemangels sind viele medizinische Fakultäten in Deutschland unterfinanziert.

Es geht der Ärzteschaft aber nicht nur um die Anzahl der Medizinstudienplätze, sondern auch um die Auswahl geeigneter Kandidaten. Schon seit Jahren plädiert sie für ein standardisiertes, transparentes Zulassungsverfahren zum Medizinstudium, das weniger auf die Abiturnote fokussiert. „Wir wissen, dass wir mit einem Numerus Clausus zwischen 1,0 und 1,2 die lernstärksten Abiturienten bekommen, die auch das Studium hervorragend abschließen. Das sind aber nicht immer diejenigen, die später etwa als Landarzt ihre Erfüllung finden“, sagte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Aus Sicht der Ärzteschaft sollte das Verfahren auch Kriterien mit einbeziehen, die auf eine spätere Berufszufriedenheit hindeuten: das Persönlichkeitsprofil und die psychosoziale Kompetenz des Bewerbers, sein soziales Engagement sowie einschlägige Berufserfahrungen. „Viele Unternehmen schicken ihre Bewerber in ein Assessment-Center, die Lufthansa etwa, aber auch die Bundeswehr. Der Reformstudiengang an der Universität Witten/Herdecke macht auch so einen Test. Die

haben dort einen wirklich interessanten Studentenmix. 1000 Euro kostet solch ein Test pro Bewerber. Dieses Geld sollte uns die Auswahl guter Ärzte wert sein“, so Montgomery. Doch wie lassen sich mehr Medizinstudierende für das Fach Allgemeinmedizin oder gar eine spätere Tätigkeit als Hausarzt auf dem Land begeistern? Der von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ins Gespräch gebrachte Notenbonus für Studierende, die sich später auf dem Land niederlassen wollen, geht nach Auffassung der Delegierten des Ärztetages an den eigentlichen Problemen vorbei. Wichtiger sei es, gleich zu Beginn des Studiums alle Medizinstudierende an das Gebiet Allgemeinmedizin beziehungsweise an die hausärztliche Tätigkeit heranzuführen. Voraussetzung dafür sei, dass bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland ordentliche Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingeführt werden. Sinnvoll seien auch Patenschaften zwischen Hausärzten und Medizinstudierenden.

Sachverständige fordern Landarztzuschlag

Auch der Sachverständigenrat regt in seinem jüngsten Gutachten ein ganzes Maßnahmenbündel zur Stärkung der Allgemeinmedizin an. Unter anderem sollen Fakultäten, die besonders viele Studierende für eine spätere Weiterbildung in der Allgemeinmedizin begeistern können, davon auch finanziell profitieren. Hierfür sollen die Kriterien für die Zuweisung von Landeshaushaltsmitteln an die Universitäten überarbeitet werden.

Schlagzeilenträchtig war der Vorschlag der „Gesundheitsweisen“ nach einem „Landarztzuschlag“. Konkret schlagen sie einen Vergütungszuschlag von 50 Prozent für alle Grundleistungen der Regelversorgung und optional auch in Selektivverträgen vor. Das Geld soll zehn Jahre lang nicht nur an neue Ärzte, sondern auch an die schon Praktizierenden ausgezahlt werden. Das seien „deutlich weniger als zehn Prozent der Hausärzte und deshalb ohne große Verwerfungen machbar“, sagte Rats-Vorsitzender Prof. Dr. Ferdinand Gerlach von der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt. Die Zusage soll es allerdings nur dort geben, wo der Versorgungsgrad für Hausärzte unter 90 Prozent und für grundversorgende Fachärzte auf unter 75 Prozent gesunken ist. Das zusätzliche Honorar sollen aber nicht die Krankenkassen finanzieren. Bezahlt werden soll es aus dem Honorartopf der Ärzte, die in Gegenden praktizieren, in denen es (zumindest auf dem Papier) keinen Ärztemangel gibt – oder eine Überversorgung festgestellt wird. In Ballungsräumen sollen die KVen hingegen gezwungen werden, frei werdende Praxen aufzukaufen und zu schließen, etwa wenn der Inhaber in den Ruhestand gegangen ist. Die Kostenträger finden naturgemäß gefallen an diesem Vorschlag, müssen sie dafür doch keinen Cent mehr ausgeben. Ob derartige Umverteilungen den Arztberuf für den Nachwuchs attraktiver machen, steht jedoch auf einem anderen Blatt. ■

Presseecho zum 117. Deutschen Ärztetag

Qualitätsdebatte und Wartezeiten stehen im Mittelpunkt



Der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf war sowohl in den Print-, als auch in den elektronischen Medien ein Topereignis, wie bereits die umfangreiche Vorberichterstattung zeigte. Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery griff in einer Reihe von Interviews die wichtigsten Themen des Ärztetages auf, unter anderem im Magazin Focus („Wir Ärzte wissen, ob es schnell gehen muss“, 19.05.), in der Zeitung „Die Welt“ („Eine Eins im Abitur reicht nicht“, 23.05.), in der Neuen Osnabrücker Zeitung („Ärztepräsident beklagt wachsenden Machthunger in der EU“, 24.05.), in der Zeitung „Die Rheinpfalz“ („Qualität produzieren – das können nur Ärzte“, 24.05.) und in der Rheinischen Post („Ärzte sollten weniger über Geld reden“, 27.05.). Unter dem Titel „Kommt uns nicht mit der Moralkeule“ druckte die Berliner Zeitung (24.05.) ein Interview mit Montgomery, in dem er unter anderem den Ärztemangel sowie die Qualität in der Medizin thematisierte. Auch die Süddeutsche Zeitung griff die Qualitätsdebatte auf („Schicksalsort Krankenhaus“, 26.05.).

Trommler für die ärztlichen Interessen

Die Eröffnungsveranstaltung, in der Herman Gröhe zum ersten Mal seit seiner Berufung zum Bundesgesundheitsminister vor dem Ärzteparlament sprach, wurde von den Medien ausführlich kommentiert. Während die Tageszeitung „Die Welt“ (28.05.) konstatierte, Montgomery habe in seiner Rede „kräftig für die Sache der Ärzteschaft“ getrommelt, betonte ein großer Teil der Journalisten die gute Stimmung zwischen dem Gesundheitsminister und der Ärzteschaft, führten diese aber nicht zuletzt auf die defensive Rede von Hermann Gröhe zurück. „Wäre das Rededuell zwischen dem Ärztepräsidenten und dem Minister ein Ringkampf gewesen, Gröhe hätte vom Schiedsrichter gleich mehrere Verwarnungen wegen passiven Verhaltens erhalten“, schrieb die Süddeutsche Zeitung (28.05.) unter der Überschrift „Das ausgefallene Du-

ell“ und mutmaßte, dies sei ein Versuch, die Ärzte zu vereinnahmen und so ihre Kritik zu unterlaufen. „Die Große Koalition will die Mediziner pfleglich behandeln“, fasste der Kölner Stadt-Anzeiger (28.05.) zusammen. Nach Ansicht der Osnabrücker Zeitung (28.05.) trat Gröhe im Gegensatz zu anderen Funktionären und Politikern „weder im Ton noch von der Sache her gleich in erbitterte Gegnerschaft zu den Medizinern“.

Trotzdem registrierten die Medien auch Streitpunkte, etwa beim Thema Qualität im Gesundheitswesen. „Die Ärzte wollen sich von der CDU nicht gängeln lassen“, stellte die Stuttgarter Zeitung (28.05.) dazu fest. „Der Gesundheitsminister plädierte in Düsseldorf für eine 'angemessene Fehlerkultur' ohne 'verzerrende Verallgemeinerungen'. Das Gesundheitswesen habe einen 'Generalverdacht' nicht verdient, räumte er ein. Montgomery warnte davor, mit dem neuen Qualitätsinstitut lediglich eine weitere 'Verwaltungsbehörde' zu schaffen. In den entscheidenden Gremien des Instituts müsse der ärztliche Sachverstand 'führend verankert' sein.“ „Ärzte pochen auf Mitsprache“, titelte der Mannheimer Morgen (28.05.) daraufhin. Auch der Mangel an belastbaren Indikatoren für die Behandlungsqualität wurde von den Journalisten registriert. Die Passauer Neue Presse (28.05.) zitiert den Hinweis von Rudolf Henke, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK) dass in der Medizin gute Qualität oft entscheidend davon abhängt, „was man nicht messen kann.“

Krankenhausfinanzierung: Bundesländer in der Kritik

Kritisch werteten einige Berichtersteller die Rolle der Bundesländer bei der Krankenhausfinanzierung – und schlossen sich damit der Sichtweise des Ärztetages an. So schrieb der Bonner General-Anzeiger (28.05.), es sei nicht länger hinnehmbar, dass sich viele Bundesländer immer weiter aus der Finanzierung der Investitionskosten von Kliniken zurück-

zögen. Nicht minder legitim sei es, wenn von den Ländern nachgefragt werde, ob der Bund seinen Pflichten – etwa bei den Betriebskosten – nachkäme.

Auf große mediale Resonanz stieß die Diskussion um die Wartezeiten bei Facharztterminen. Das Problem dürfe weder dramatisiert noch kleingeredet werden, hatte zwar der Bundesgesundheitsminister in seiner Rede erklärt, gleichzeitig aber auch bekräftigt, dass die Regierung an ihrer angekündigten Wartezeit von maximal vier Wochen festhalten werden. Eine solche Termingarantie bedeute nur mehr Bürokratie, hielt Montgomery dagegen. Wartezeiten entstünden lediglich dort, wo Patienten selbst einen Termin bei einem Facharzt suchten. Die wenigen Fälle, in denen sich Patienten trotz Überweisung länger gedulden müssten, seien kein Grund für eine Einmischung der Politik: „Das können wir selbst organisieren.“

In der Presse wurde der Vorstoß Gröhes bei der Terminvergabe kritisch hinterfragt. „Ob wirklich massenhaft Patienten zu lange auf einen Termin warten müssen, vermag niemand mit Sicherheit zu sagen. Es spricht einiges dafür, dass das nicht der Fall ist“, kommentierte die Frankfurter Allgemeine Zeitung (28.05.). Der Fränkische Tag warnte unter der Überschrift „Ärzte, Staat, Vernunft“ (28.05.) vor zu viel staatlicher Gesetzesgläubigkeit: „Sie [die Große Koalition] setzt auf die Schurigelung eines freien Berufsstandes und damit auf den billigen Beifall erboster Patienten.“ Auch die Nürnberger Zeitung (28.05.) plädierte für eine differenzierte Sichtweise: „Das deutsche Gesundheitswesen hat gewiss noch manche ärgerliche Mängel. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass es zu den besten der Welt gehört“, hieß es dort.



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).

„Wenn die Patienten Garantien von ihren Ärzten bekommen, muss es im Gegenzug auch eine Garantie für die Einhaltung dieses Privilegs geben“, zitierten eine ganze Reihe von Zeitungen (u. a. Hamburger Morgenpost, Aachener Zeitung, Badisches Tagblatt, Achimer Kreisblatt, Mannheimer Morgen, Donau-Post, NRZ) die Replik Montgomerys auf das großkoalitionäre Säbelrasseln. „Termin versäumt? Ärzte wollen Strafen für Patienten“, titelte die Hannoversche Allgemeine

Zeitung am 31.05. auf Seite eins, die Süddeutsche Zeitung (31.05.) überschrieb ihren Bericht über das „Reizthema“ deftig mit: „Ausgekotzt. Ärzte beschließen Strafgebühr“. Andere formulierten vornehmer, zum Beispiel die NRZ („Ärzte fordern Strafe für Termin-Schwänzer“, 31.05.) oder die taz („Jeder fünfte Patient kommt nicht“, 30.05.). Als „unsozial“ stufte die Westdeutsche Zeitung (29.05.) in einem Kommentar das Verhalten von Patienten ein, die mit Bagatellerkrankungen die Notaufnahmen und die Wartezimmer blockieren.

Auch in den elektronischen Medien fand die Eröffnungsveranstaltung große Beachtung. Neben zahlreichen Radiosendern, darunter Deutschlandradio Kultur, Deutschlandfunk, WDR 5, NDR info, MDR info, Radio Bremen und BR 5, berichtete vor allem das öffentlich-rechtliche Fernsehen. Im ZDF Morgenmagazin gab BÄK-Präsident Montgomery am 27.05. ein ausführliches Interview, auch die ARD Tagesschau griff den Ärztetag auf. Phoenix übertrug die Reden von Montgomery und Gröhe live. Weitere Berichte folgten am selben Tag unter anderem im Mittagmagazin, der Hauptausgabe von ZDF heute sowie im ZDF heute journal. Am Tag darauf berichtete die ARD Tagesschau.

Neben der Eröffnungsveranstaltung waren weitere Themen des Ärztetages von Interesse für die Medien. So berichteten die Nordsee-Zeitung („Wenn der Schmerz unerträglich wird“, 30.05.) und die taz („Erst nach Jahren wird die Schmerzkrankheit behandelt“, 30.05.) über die Forderung nach einer besseren schmerzmedizinischen Versorgung. Die Tagesschau sendete am 27.05. einen Beitrag zur Schmerztherapie, Deutschlandradio Kultur interviewte einen Tag später unter dem Titel „Volkskrankheit chronische Schmerzen“ die BÄK-Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker. „Ärzte wollen mehr Früherkennung“, überschrieb die Westdeutsche Zeitung (28.05.) einen Artikel, in dem sie die Forderungen zum Ausbau und zur Verbesserung der Früherkennungsuntersuchungen zusammenfasste. Weitere Berichte gab es in der taz (30.05.) und in der Zeitung „Die Rheinpfalz“ (30.05.). WDR 5 räumte dem Thema am 27.05. vierzig Minuten Sendezeit ein. Bei der Reform der Gebührenordnung für Ärzte ginge es der Ärzteschaft „vor allem, aber nicht nur ums Geld“, urteilte die Frankfurter Allgemeine Zeitung (30.05.).

Die Ruhr Nachrichten (29.05.) berichteten unter der Überschrift „Ärztetag gegen organisierte Sterbehilfe“ über die Forderung nach mehr finanziellen Mitteln für die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Das Magazin Focus (02.06.) thematisierte die Konfrontation zwischen Ärzteschaft und Bundesregierung beim Thema Tarifeinheit. Unter der Überschrift „Ärztetag sorgt sich um Gesundheitsämter“ griff die Stuttgarter Zeitung (30.05.) die Diskussion über die Probleme im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Amtsärzte seien keine Verwaltungsangestellte, zitierte sie das BÄK-Vorstandsmitglied Dr. Udo Wolter. ■

Zahl der Behandlungsfehler leicht rückläufig

Häufig führen Begleiterscheinungen der Krankheiten zu Problemen

Wird von Behandlungsfehlern gesprochen, drängen sich Bilder von der vergessenen Schere im Bauch oder dem verwechselten Bein bei einer Amputation auf. Wenn solche Fehler passieren, ist das Leid der Betroffenen oft sehr groß. Die Bundesärztekammer wies bei der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen aber darauf hin, dass diese Fehler äußerst selten sind und schon gar nicht beispielhaft für die registrierten Behandlungsfehler. "Wir begutachten vor allem medizinische Komplikationen, wir suchen nach dem Ursachenkomplex", sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2013 in Berlin.

Wie aus der Statistik hervorgeht, haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2013 insgesamt 7.922 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. Damit ist die Zahl der Sachentscheidungen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, die Zahl der festgestellten Fehler ist jedoch rückläufig. So lag in 2.243 Fällen ein Behandlungsfehler vor (Vorjahr: 2.280). In 1.864 Fällen wurde ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren wie in den Vorjahren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen.

Die in den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern bearbeiteten Fälle zeigen, dass Komplikationen oder unerwünschte Behandlungsergebnisse eine Fülle von Ursachen haben können. Häufig führen die Begleiterscheinungen der Krankheit an sich zu Problemen, die auch bei bestem Verlauf nicht zu vermeiden sind. "Mitunter lässt sich auch nicht umgehen, dass die Behandlung des Patienten mit belastenden Nebenwirkungen verbunden ist. Es gibt Fälle, da sind wir buchstäblich mit unserem Latein am Ende. Wenn es dann zu einem Behandlungsfehler kommt, ist er nicht selten Teil verschiedener unvermeidbarer Komplikationen, die dann zu einem unerwünschten Gesamtergebnis der Behandlung führen", sagte Crusius. Er warnte davor, solche Fehler mit Ärztepfsuch gleichzusetzen. „Zu Pfsuch gehört auch immer eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber den Auswirkungen des eigenen Handelns. Es wäre falsch und unredlich, Ärzten eine solche Haltung zu unterstellen.“

Zudem forderte Crusius, das Gesundheitswesen bei der Debatte über Behandlungsfehler als Ganzes zu betrachten. Be-

dingt durch die demografische Entwicklung sei allein die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in Deutschland zwischen 2004 und 2012 um 136 Millionen auf fast 700 Millionen gestiegen. Die Zahl der stationären Fälle habe sich um 1,8 Millionen auf 18,6 Millionen erhöht. „Überlange Arbeitszeiten und ständig wachsender Behandlungsdruck können zu Behandlungsfehlern führen. Umso bemerkenswerter ist es, dass die Zahl der festgestellten Fehler in den vergangenen Jahren weitgehend konstant geblieben und in diesem Jahr sogar gesunken ist. Gemessen an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle liegt die Zahl der Fehler im Promillebereich“, sagte Crusius.



Ergebnisse der 7.922 Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahre 2013

Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen werden seit nunmehr 13 Jahren mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems, kurz MERS, erfasst und ausgewertet werden. Die Daten werden von der Ärzteschaft für Fortbildungs- und Qualitätssicherungsveranstaltungen aufbereitet, um gezielte Strategien zur Fehlervermeidung zu entwickeln.

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

"Zum Verbergen verpflichtet"

Ärzeschaft pocht bei Gesundheitstelematik auf Datenschutz



Wir sind zum Verbergen verpflichtet“, sagte Franz-Joseph Bartmann auf dem 117. Deutschen Ärztetag. Wollte der Vorsitzende des Ausschusses für Telematik der Bundesärztekammer die Delegierten zum Gesetzesbruch animieren? Ganz im Gegenteil. Er spielte auf die ärztliche Schweigepflicht an, denn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist in einer durchdigitalisierten Welt akut gefährdet.

Die Gefahr geht allerdings nicht vom Arzt aus, es handelt sich vielmehr um eine Nebenwirkung des technischen Fortschritts. Zwischen Praxen, Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen strömen Unmengen hochsensibler Informationen hin und her. Es brauchte schon bisher wenig Fantasie, um sich die Begehrlichkeiten auszumalen, die solche Datenschätze wecken. Spätestens seit den Enthüllungen Edward Snowdens sind sie traurige Gewissheit. Trotzdem: „Die Digitalisierung schreitet voran“, stellte Bartmann fest.

Umso wichtiger ist der Aufbau einer sicheren Telematik-Infrastruktur. Diese sollte es eigentlich schon seit acht Jahren geben. Nun hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe noch für dieses Jahr ein E-Health-Gesetz angekündigt. Es soll die Rahmenbedingungen für die Telematik-Infrastruktur konkretisieren und dabei helfen, die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte wie die Speicherung der Notfalldaten zügig einzuführen. „Wenn es nach einem Unfall schnell gehen muss, soll der Arzt überlebenswichtige Notfalldaten sofort von der Karte abrufen können. Wir wollen, dass ein Arzt mit Hilfe der Karte direkt sehen kann, welche Medikamente sein Patient gerade einnimmt. So können gefährliche Wechselwirkungen verhindert werden“, sagte Gröhe in einem Zeitungsinterview.

Als der Gesetzgeber 2003 Ärzteschaft und Krankenkassen mit dem Projekt betraute, war der Interessenkonflikt schon vorprogrammiert. Die Krankenkassen sehen in der Telematik vor allem ein Instrument, um Kosten zu sparen und konzentrieren ihre Energie auf Verwaltungsanwendungen wie das

Stammdatenmanagement. Dagegen erhofft sich die Ärzteschaft einen einfachen und schnellen Austausch von Patientendaten wie Arztbriefen oder digitalen Befunden, pocht dabei aber - siehe Schweigepflicht - auf den Datenschutz. Damit konnte sie sich in vielen Bereichen durchsetzen. So sind alle künftigen medizinischen Anwendungen auf der Gesundheitskarte für die Patienten freiwillig, ihre Daten werden dezentral gespeichert, eine Profilbildung von Ärzten und Versicherten wird technisch unterbunden.

Gesundheitstelematik muss den Patienten dienen

Doch der GKV-Spitzenverband sieht Bremser und Bedenken-träger am Werk: „Teile der Leistungserbringerorganisationen“ strebten eine „rückwärtsorientierte offline-Anwendung“ an, erklärte er im März. Ist die Ärzteschaft also eine Ansammlung von Technikfeinden? „Geradezu absurd“, kommentierte Bartmann auf dem Deutschen Ärztetag. Veränderungen gehörten zum Wesen der ärztlichen Profession. Die Delegierten des Deutschen Ärztetags kritisierten allerdings, dass das geplante Versichertenstammdatenmanagement keinerlei Verbesserungen für die Versorgung der Patienten mit sich bringe. Der Ärztetag forderte daher, möglichst schnell Anwendungen umzusetzen, die Ärzten und Patienten nutzen, wie den elektronischen Arztbrief oder das Notfalldatenmanagement. Die Telematik müsse „Patienten und Ärzten dienen und ihren zusätzlichen Beitrag bei der Versorgung der Patienten unter Beweis stellen“, heißt es in der Entschließung. Die Anwendungen müssten sich in die Abläufe in Praxis und Klinik einfügen und dürften nicht zu mehr Bürokratie führen.

Die Delegierten führten zudem aus, dass die bestehenden Vernetzungsaktivitäten, wie das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, auch künftig unter der Hoheit der entsprechenden Organisationen verbleiben sollen. „Eine Telematikinfrastruktur, die auf Zwang oder gesetzlichen Druck setzt, werde keinen Erfolg haben. Sie müsse vielmehr so angelegt sein, dass jeder Patient, jeder Arzt und jedes Ärztenetz sie nutzen könne, aber nicht nutzen müsse.“

Ohne Ärzte geht es nicht

Symposium zur psychotherapeutischen Versorgung

Wer krank ist, geht zum Arzt - wer psychisch krank ist, nicht unbedingt. Denn in Deutschland wird die psychotherapeutische Versorgung sowohl von ärztlichen als auch von psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten getragen. Auf dem Symposium „Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie“ diskutierten auf Einladung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) zahlreiche Experten die Versorgungssituation in diesem Bereich. Die Diskussionsgrundlage bildete neben aktuellen Studien eine von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene Expertise zur Rolle der ärztlichen Psychotherapie.



Standortbestimmung der ärztlichen Psychotherapie: BÄK-Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker bei der Eröffnung des Symposiums.

„Psychische Erkrankungen werden immer mehr zu einer Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. Sie verursachen nicht nur menschliches Leid, sondern auch erhebliche direkte und indirekte Kosten, zum Beispiel bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrenten“, sagte Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, zum Auftakt des Symposiums.

„Die spezifisch ärztliche Form der Behandlung psychisch Kranker liegt in ihrer Kompetenz, ein individuelles Gesamtkonzept für den einzelnen Patienten anbieten zu können. Ohne Ärzte ist eine gute psychotherapeutische Versorgung deshalb nicht denkbar“, erklärte Dr. Cornelia Goesmann, Beauftragte des Vorstandes der Bundesärztekammer für Fragen der ärztlichen Psychotherapie. Notwendig sei ein breit gefächertes Beratungsangebot mit mehr Gruppentherapien, mehr Kriseninterventionen und mehr Beratungsgesprächen. Solche Maßnahmen müssten von den Kostenträgern aber auch finanziert werden. Dabei könne auf ein sehr breit

gestuftes ärztliches psychotherapeutisches Angebot zurückgegriffen werden, das von der psychosomatischen Grundversorgung durch den Hausarzt bis hin zur fachärztlichen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung reiche. Goesmann forderte zudem eine engere Einbindung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in den „somatischen“ Behandlungskontext. Sowohl im Medizinstudium als auch in der Facharztweiterbildung müsse die Psychotherapie den ihr gebührenden Stellenwert erhalten. Mit Blick auf die Diskussion über lange Wartezeiten in der Psychotherapie sprach sich Goesmann für bessere strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen aus.

Prof. Dr. Johannes Kruse, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, untersucht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die ambulante vertragsärztliche psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung. Sein Befund: Der Versorgungsbedarf ist nicht ausreichend gedeckt. Die Gründe für die mangelnde oder späte Inanspruchnahme seien vielfältig. Mitunter lägen sie bei den Patienten selbst, die etwa aus Angst vor Stigmatisierung oder aus kulturellen Gründen den Gang in die Praxis scheuten. Es fehle offenbar aber auch an niederschweligen psychosomatischen und psychotherapeutischen Angeboten.

Alte Menschen seien in der psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert, hob Dr. Reinhard Lindner vom Zentrum für psychische Gesundheit in Hamburg hervor. Ärzte hätten eine besondere psychotherapeutische Kompetenz, um die körperlichen und psychischen Probleme Älterer zu erkennen, zu verstehen und angemessen zu behandeln. Ähnliches gelte für Suchtkranke. Trotz guter Therapiemöglichkeiten würden die typischen psychischen Begleiterkrankungen der Sucht wie Depressionen, Persönlichkeits- oder Angststörungen zu selten behandelt, sagte Dr. Christoph von Ascheraden, Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der BÄK. Dabei sei nach suchtmmedizinischer Erfahrung gerade bei instabilen Patienten eine Therapie mit allen geeigneten Behandlungsmethoden erforderlich.

Abhilfe könnte das Vier-Ebenen-Modell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen schaffen, das Prof. Dr. Gereon Heuft von der Universität Münster vorstellte. Es soll die psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Kompetenzen schon im Medizinstudium, aber auch auf Facharztebene stärken. Psychosomatikern und Psychotherapeuten bliebe so mehr Zeit für die Therapie schwerer Störungen. ■

Italien übernimmt EU-Ratspräsidentschaft

Gesundheitspolitisches Programm vorgestellt

Am 1. Juli 2014 übernahm Italien die europäische Ratspräsidentschaft von Griechenland. Üblicherweise verschiebt ein solcher Führungswechsel die politischen Schwerpunkte, doch in diesem Fall ist das eher nicht zu erwarten. Der italienische Premierminister Mario Renzi kämpft zuhause mit ganz ähnlichen Problemen wie sein griechischer Amtsvorgänger Andonis Samaras: beide Länder stecken tief in der Wirtschaftskrise, sie hadern mit den europäischen Stabilitätskriterien und sind überfordert mit der großen Zahl an Flüchtlingen, die über ihre Grenzen nach Europa gelangen wollen.

Neben diesen Themen wird aber auch die Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle spielen. Das geht aus dem Achtzehnmonatsprogramm hervor, das Italien gemeinsam mit seinen beiden Präsidentschaftsnachfolgern Lettland und Luxemburg Ende Juni vorgelegt hat. Darin setzt sich das Trio zum Ziel, die Gesundheitspolitik stärker in das „Europäische Semester“ einzubinden - ein Instrument, das 2011 eingeführt wurde, um wirtschaftspolitische Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu korrigieren. Im Kern geht es darum, einen kontinuierlichen wirtschaftspolitischen Dialog zwischen den Mitgliedsstaaten und der EU-Kommission anzustoßen. Das Semester folgt dabei einem festen Fahrplan. Zunächst erhalten die Länder Empfehlungen von der EU-Ebene, die sogenannten „Leitlinien“. Dann legen sie ihre politischen Planungen vor, auf deren Grundlage die Europäische Kommission wiederum länderspezifische Empfehlungen zur Haushalts- und Reformpolitik ausspricht. Diese sollen die Mitgliedsstaaten im Folgejahr berücksichtigen. Die jüngsten Empfehlungen verlangen beispielsweise von Deutschland zusätzliche Anstrengungen bei der Liberalisierung der freiberuflichen Dienstleistungen. Allerdings hält die EU ein stumpfes Schwert in der Hand. Einer Auswertung des Europaparlaments zufolge haben die Mitgliedsstaaten im vergangenen Jahr weniger als zehn Prozent der angemahnten Reformen tatsächlich umgesetzt.

Reformen mit Blick auf den Markt

Trotzdem, nach Initiativen wie etwa der Normung von Gesundheitsdienstleistungen weckt die Gesundheitspolitik erneut Begehrlichkeiten in Brüssel und Straßburg, obwohl der Vertrag von Lissabon den Mitgliedsstaaten eigentlich gesundheitspolitische Souveränität garantiert. „Der Kommission geht es bei ihren Reformbemühungen leider nicht in erster Linie um eine bessere Patientenversorgung, sondern um Marktchancen, freien Warenverkehr und Mobilität für Mensch und Kapital“, warnt Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Nicht ohne Grund hatte

die Bundesärztekammer im Vorfeld der Europawahlen an das Subsidiaritätsprinzip erinnert und die EU aufgefordert, sich auf ihre Kernaufgaben wie die Innovations- und Forschungsförderung oder den Wissenstransfer zu konzentrieren.



Rat der Europäischen Union in Brüssel: Die Gesundheitspolitik weckt immer mehr europäische Begehrlichkeiten.

Wie bei Programmen zur Ratspräsidentschaft üblich, geizt auch dieses Papier mit konkreten Aussagen. „Besonders wichtig ist es, die Tragfähigkeit von Gesundheitssystemen und ihre Zugänglichkeit sowie eine gerechte und sichere Gesundheitsversorgung von hoher Qualität für alle Bürger zu gewährleisten“, heißt es dort etwa. Wer würde dem schon widersprechen? Immerhin kündigt das Programm an, die Zusammenarbeit bei ersten grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen zu verstärken – auch dies hatte die Bundesärztekammer in ihrem Forderungskatalog zur Europawahl angemahnt.

Etwas konkreter wurde die italienische Gesundheitsministerin Beatrice Lorenzin bei einer Aussprache im Gesundheitsausschuss ENVI. Sie kündigte eine Fortsetzung des Dialogs zu den Verordnungen über Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika an. Angedacht sei außerdem, die Prävention stärker als horizontale Thematik zu verankern, da mit präventiven Maßnahmen auch hohe Einsparpotentiale verbunden seien. Lorenzin kündigte noch für September 2014 einen Gesetzesvorschlag zur Eindämmung therapieassoziiertes Infektionen an. Passend zu der Qualitätsdebatte in Deutschland sollen auf EU-Ebene Indikatoren zur Bewertung der Gesundheitssysteme entwickelt werden. Im Mittelpunkt der offiziellen Gesundheitsministerkonferenz Anfang September wird die "Gesundheit der Frau" stehen. Insbesondere gehe es dabei um die bessere medizinische Begleitung von Frauen in allen Lebensabschnitten. ■

Bundesbank kritisiert unstete Gesundheitspolitik

Monatsbericht prognostiziert wachsende Defizite



Derzeit erscheint die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) angesichts hoher Rücklagen entspannt. Dabei hat sich der Trend aber bereits wieder umgekehrt.“ Zu diesem Urteil kommt die Bundesbank in ihrem Monatsbericht für Juli 2014.

Nach einem Fehlbetrag von 270 Millionen Euro im ersten Quartal rechnet die Bundesbank damit, dass die gesetzliche Krankenversicherung dieses Geschäftsjahr mit einem Defizit abschließen wird - zum ersten Mal seit 2007. Als problematisch erweisen sich nach Ansicht der Analysten die häufigen gesundheitspolitischen Kurswechsel: „So wurden beispielsweise Arzneimittelrabatte wiederholt erhöht und wieder reduziert, die Finanzmittel für die Krankenhäuser gekürzt und ausgeweitet sowie die Praxisgebühr eingeführt und wieder abgeschafft.“

Zwar konnte die GKV ihre Einnahmen im Vergleich zum Vorjahr um fast vier Prozent steigern, die Ausgaben wuchsen jedoch mit gut sechs Prozent deutlich stärker. Als Hauptkostentreiber identifiziert der Monatsbericht die Ausgaben für Arzneimittel mit einem Anstieg um knapp neun Prozent, bedingt durch die Absenkung des Herstellerrabatts. „Beim Ge-

sundheitsfonds wuchsen die Beitragseinnahmen aufgrund der günstigen Beschäftigungs- und Entgeltentwicklung weiter mit dreieinhalb Prozent“, heißt es in dem Bericht.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts sei der Verzehr der Rücklagen bereits vorgezeichnet. Ohne entsprechende Gegenmaßnahmen werden die staatlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Berechnungen der Europäischen Kommission bis 2060 um 8,5 bis knapp elf Prozent steigen. Nachdem die Bundesregierung den Steuerzuschuss im vergangenen Jahr um 2,5 Milliarden Euro und in diesem Jahr um eine weitere Milliarde gekürzt hat, geht der Bericht für die nächsten Jahre von einem wachsenden Defizit aus. Perspektivisch stünden damit weitere Beitragssteigerungen an. Prognosen gehen für das Jahr 2060 von einem Kassenbeitrag zwischen 16,5 und 21,5 Prozent aus.

Die Planungssicherheit der Kassen könnte dem Bericht zufolge durch einen klar geregelten Steuerzuschuss erhöht werden. Um die Nachfrage nach medizinischen Leistungen besser zu steuern, sollten Ärzte künftig nicht nur Privatpatienten, sondern allen gesetzlich Versicherten Rechnungen ausstellen. Selbstbehalte, Kostenbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen könnten einer Überinanspruchnahme von Versicherungsleistungen vorbeugen und zu einem effizienteren Mitteleinsatz führen.

Die Bundesbank sieht den Gesetzgeber gefordert, um den Kostendruck im Gesundheitswesen zu lindern. Sie bedauert, dass sich die Politik von einer stärkeren Prämienfinanzierung verabschiedet hat, obwohl hier weiterhin ein Potenzial bestehe, die Belastung mit wachstumsschädlichen Abgaben enger zu begrenzen. Es bleibe abzuwarten, ob diese Diskussion in wirtschaftlich und vor allem demografisch weniger günstigen Zeiten wieder verstärkt einsetzen werde. ■

Internet bei Terminvergabe immer wichtiger

Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung veröffentlicht

Fast jeder vierte Patient würde seine Arzttermine online vereinbaren, am liebsten direkt über die Homepage der Praxis. Das ist das Ergebnis der aktuellen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Wahlen. Nur acht Prozent der Internetnutzer würden eine zentrale Webseite zur Terminvergabe bevorzugen.

Auch bei der Praxissuche spielt das Internet eine immer wichtigere Rolle. 39 Prozent der Befragten besuchen bei der

Recherche nach einem neuen Arzt die Internetseiten der Praxen. Vor zwei Jahren war das lediglich bei 28 Prozent der Fall. Fast jeder Zweite (44 Prozent) wünscht im Internetauftritt Informationen zum medizinischen Leistungsspektrum und den Sprechzeiten, 28 Prozent zum beruflichen Werdegang und den besonderen Qualifikationen des Arztes sowie zu besonderen Anwendungen und Therapien. Auch die Online-Präsenz der Ärzte nimmt zu. Nach Eindruck der Befragten haben inzwischen 38 Prozent eine eigene Webseite, im Jahr 2011 waren es noch lediglich 24 Prozent. ■

Modellstudiengänge als kreativer Motor?

Wissenschaftsrat regt Reformen im Medizinstudium an

Stärkerer Praxisbezug, mehr wissenschaftliche Kompetenz - der Wissenschaftsrat empfiehlt in seinem "Bericht zu aktuellen Tendenzen im Wissenschaftssystem" die Modellstudiengänge als Vorbild, um das Medizinstudium fit zu machen für die wachsenden Anforderungen an den Arztberuf. Nach Auffassung der Sachverständigen muss sich die Ausbildung zukünftig stärker an den ärztlichen Rollen und ihren Kompetenzen orientieren. Fächerübergreifende, organ- und themenzentrierte Module sollen den traditionellen Fächerkanon ersetzen. Durch die Integration vorklinischer und klinischer Inhalte könne von Beginn des Studiums an die Bedeutung und Anwendung theoretischer Grundlagen für die ärztliche Praxis herausgestellt werden. In einer obligatorischen Forschungsarbeit sollten alle Studierenden künftig ein medizinisches Problem selbständig nach wissenschaftlichen Methoden bearbeiten.



Nach Ansicht des Wissenschaftsrates soll das Medizinstudium Theorie und Praxis stärker verschränken.

Die Vorschläge des Wissenschaftsrates würden die Grenzen zwischen vorklinischer und klinischer Ausbildung auflösen und zu einer stärkeren Verschränkung theoretischer und praktischer Studieninhalte führen. „Aufbauend auf den Erfahrungen der bestehenden Modellstudiengänge halten wir eine konsequente Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Richtung kompetenzorientierter, integrierter Curricula für erforderlich“, sagte der Vorsitzende des Wissenschaftsrates, Prof. Dr. Manfred Prenzel, bei der Vorstellung des Berichts. Ärzte müssten im Stande sein, von Patientenproblemen ausgehenden Fragestellungen nachzugehen und evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. Daher sei der Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen im Studium eine notwendige Voraussetzung für die verantwortungsvolle ärztliche Berufs-

ausübung. Die Staatsprüfungen müssten an diese Anforderungen angepasst werden. Zur Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit schlägt der Wissenschaftsrat eine bundesweit einheitliche Zwischenprüfung nach dem sechsten Fachsemester vor, die um einen strukturierten klinisch-praktischen Prüfungsteil ergänzt würde, dessen Durchführung in der Verantwortung der Fakultäten liegen könnte. Auch die mündlich-praktischen Prüfungen bedürften einer Standardisierung.

Als Erfolg wertete Prenzel die Modellstudiengänge, die derzeit an neun deutschen Universitäten angeboten werden: „Die Einführung der Modellklausel im Medizinstudium hat einen kontinuierlichen Veränderungsprozess angestoßen und – auch im Hinblick auf die Reform von Regelstudiengängen – Kreativität und Gestaltungswillen an den Fakultäten freigesetzt.“ Eine Einschätzung, die auch Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, der Präsident der Bundesärztekammer, teilt. „Die jungen Mediziner aus den Modellstudiengängen sind nicht nur sehr gut ausgebildet. Sie haben auch weniger Berührungängste den Patienten gegenüber, sie sind praktischer veranlagt und auch zufriedener mit ihrem Studium“, sagte er. Allerdings sei es für die Fakultäten auch eine besondere organisatorische Herausforderung, solche Studiengänge einzuführen.

Wissenschaftliches Denken und Praxisbezug gefragt

Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützt den Vorschlag des Wissenschaftsrates, die Studieninhalte auf ein Kerncurriculum zu reduzieren und Möglichkeiten für individuelle Studienschwerpunkte zu schaffen. Die medizinische Ausbildung müsse angesichts des enormen Innovationstempos in der Medizin mehr denn je wissenschaftliches Denken und Handeln fördern. Wichtig sei aber auch, den ärztlichen Nachwuchs auf die praktischen Herausforderungen des Berufsalltags vorzubereiten und frühzeitig in Kontakt mit den Patienten zu bringen. „Daher begrüßen wir es sehr, dass auch der Wissenschaftsrat an einer sechsjährigen Studierendauer festhält“, betonte Montgomery.

Auf wenig Gegenliebe stößt hingegen die Forderung, das Praktische Jahr in vier Quartale mit zwei Wahlfächern aufzuteilen. Die BÄK weist darauf hin, dass die hierdurch entstehenden größeren Wahlmöglichkeiten die Nachteile nicht aufwiegen, insbesondere die dadurch verkürzten praktischen Ausbildungsphasen und den Organisationsaufwand. Auch der 117. Deutsche Ärztetag hatte sich für ein Festhalten an der Tertiär-Struktur ausgesprochen. Eine Aufteilung in vier Phasen würde eine adäquate Einarbeitung in die jeweilige Fachrichtung erschweren, so die Begründung. ■

nachrichten

Medizinischer Fakultätentag gegen Studium "light"

Der Medizinische Fakultätentag hat sich dagegen ausgesprochen, in Deutschland eine Ärzteausbildung nach ausländischem Modell zuzulassen, die den hiesigen Qualitätsvorgaben für ein Medizinstudium nicht entspricht.

Der Fakultätentag bezog sich auf neue private Ausbildungsangebote aus Rumänien, Ungarn, Polen, Großbritannien und Österreich für eine praxisnahe Ärzteausbildung in deutschen Krankenhäusern, die keine staatlich anerkannten Universitätsklinik sind. Die Unterfinanzierung der Universitätsmedizin und das extrem aufwendige Zulassungs-, Ausbildungs- und Prüfungsrecht führten dazu, dass sich in Deutschland neue ausländische Modelle unter Umgehung der staatlichen Auflagen etablierten. „Damit werden in Deutschland künftig Ärzte auf den Arbeitsmarkt entlassen, die nach unterschiedlichen Standards ausgebildet wurden“, heißt es in einer Resolution. Veränderungen des Medizinstudiums dürften nicht nur an Nachfrageprognosen ausgerichtet werden. Damit Studienreformen vor allem ihre qualitativen Ziele erreichten, müssten die personellen und infrastrukturellen Notwendigkeiten von Anfang an mitbedacht werden. Der Fakultätentag forderte Bund und Länder dazu auf, bei der anstehenden Neukonzeption des Medizinstudiums das Wissen der medizinischen Fakultäten frühzeitig mit einzubeziehen. Um das hohe Niveau der wissenschaftlichen Ärzteausbildung zu sichern, sollten die Länder vergleichbare Gesetze zur Qualitätssicherung ausländischer Angebote verabschieden. ■

Versorgungsstrukturgesetz II kommt

Dem Vernehmen nach will das Bundesgesundheitsministerium noch im Sommer 2014 einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung von Qualität und Versorgung im Gesundheitswesen (Versorgungsstrukturgesetz II) veröffentlichen. Der Kabinettsbeschluss ist für September 2014 geplant. Der Gesetzentwurf wird unter anderem eine Regelung zur Verkürzung der Wartezeiten auf Facharzttermine enthalten. Dazu sollen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Servicestellen eingerichtet werden, die innerhalb von vier Wochen einen Termin vermitteln müssen.

Der Deutsche Ärztetag hatte Ausfallentschädigungen für von Patienten nicht wahrgenommene Termine gefordert. In Interviews auf den Beschluss des Ärztetages angesprochen, hatte der BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery vorgeschlagen, die Krankenkassen dazu zu verpflichten, auch bei nicht wahrgenommenen Terminen die vorgesehene Leistung zu bezahlen. Dann hätten auch die Kassen ein Interesse daran, auf ihre Versicherten einzuwirken, nur Termine zu vereinbaren, die sie auch wahrnehmen. ■

Gute Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) und die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) haben die Politik in Bund und Ländern aufgefordert, bei der anstehenden Krankenhausreform besonderes Augenmerk auf die Sicherung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Kliniken zu setzen. „Wenn wir das hohe Versorgungsniveau in der Kinder- und Jugendmedizin erhalten wollen, brauchen wir dringend eine Neuregelung der Finanzierungssystematik und endlich wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels in der Pädiatrie“, sagt der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.



Die Dringlichkeit der Lage spiegelt sich in dem Aktionsmotto „Rettet die Kinderstation“, unter dem die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland sowie weiteren Verbänden und Organisationen ihres Fachs online, über Plakate und mit Faltblättern auf die dramatische Situation der Kinderkliniken aufmerksam macht: „Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind schon längst nicht mehr zukunftsfest ausgestattet, weder strukturell noch finanziell“, betont DGKJ-Präsident Prof. Dr. Norbert Wagner.

Jochen Scheel von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland belegt einen dramatischen Schwund in der stationären Pädiatrie. „Seit 1991 wurden nahezu jede fünfte Kinderabteilung geschlossen und vier von zehn Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin gestrichen“. Die Organisationen bekräftigten die Forderungen des Deutschen Ärztetages nach einer ausreichenden Finanzierung der Personal- und Sachkosten und nach mehr Anreizen für den ärztlichen Nachwuchs in diesem Bereich.

Weitere Informationen sind im Internet abrufbar auf der Seite www.rettet-die-kinderstation.de. ■

Kurzinformationen zu Stoffwechselkrankheit ALD und Tuberkulose vorgestellt

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat zwei neue Kurzinformationen für Patienten vorgestellt. Auf zwei Seiten informiert die Broschüre „Adrenoleukodystrophie – was ist das?“ über Krankheitszeichen und Behandlungsmöglichkeiten. Betroffene und Angehörige finden hier wichtige Fakten und praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Erkrankung.

Die Adrenoleukodystrophie (kurz: ALD) ist eine erbliche Stoffwechselkrankheit. Ungefähr eins von 17.000 Neugeborenen ist betroffen. Durch einen genetischen Fehler können bestimmte Fettsäuren nicht abgebaut werden. Sie schädigen das Gehirn und das Rückenmark sowie die Nebennieren. Da viele Beschwerden nicht eindeutig sind und auf andere Krankheiten hinweisen können, vergehen oft Jahre bis zur richtigen Diagnose. Die Erkrankung ist bislang nicht heilbar. Bei beginnender Hirnbeteiligung ist eine Transplantation menschlicher Stammzellen derzeit die einzige Möglichkeit, eine ALD zu behandeln.

Die zweite Veröffentlichung informiert über Tuberkulose, eine der häufigsten Infektionskrankheiten. Weltweit erkranken nach Schätzungen jedes Jahr etwa neun Millionen Menschen. In Deutschland ist die Krankheit dank guter Versorgung und Hygiene selten geworden. Aber auch hier sind jährlich über 4000 Menschen betroffen. Die Kurzinformation „Tuberkulose – auch hierzulande ein aktuelles Thema“ gibt einen Überblick über Risikogruppen, Krankheitszeichen, Meldepflicht und Behandlungsmöglichkeiten. Gefährdete Personen und Betroffene finden hier wichtige Fakten und praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Erkrankung.

Tuberkulose (kurz: TB oder Tbc) ist eine ansteckende Krankheit. Sie wird durch Bakterien hervorgerufen und von Mensch zu Mensch übertragen. Die Bakterien befallen überwiegend die Lunge. Bei etwa jedem Zehnten bricht die Krankheit aus und muss behandelt werden. Ein Arzt ist gesetzlich verpflichtet, dem Gesundheitsamt eine behandlungsbedürftige Tuberkulose zu melden. Betroffen sind vor allem enge Kontaktpersonen von Patienten mit einer ansteckenden Lungentuberkulose und Menschen mit geschwächten Abwehrkräften.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin entwickelt im Auftrag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer Kurzinformationen für Patienten. In einem Kooperationsprojekt erstellt das ÄZQ gemeinsam mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V. zehn Kurzinformationen zu ausgewählten seltenen Erkrankungen, um die Aufmerksamkeit für dieses Thema zu erhöhen. ■



Eine neue EU-Verordnung bedroht die Hubschrauberlandeplätze.

Dobrindt will Hubschrauberlandeplätze retten

Um die drohende Schließung von Hubschrauberlandeplätzen in Deutschland zu verhindern, möchte Bundesverkehrsminister Alexander Dobrindt (CSU) diese in „Landestellen von öffentlichem Interesse“ umbenennen. „Wir werden für die Luftrettung in Deutschland alle Hubschrauberlandeplätze an Krankenhäusern erhalten“, versicherte Dobrindt in einem Zeitungsinterview.

Hintergrund ist eine EU-Verordnung, die strengere Anforderungen an den Flugbetrieb mit Hubschraubern stellt. Sie tritt am 28. Oktober 2014 in Kraft und gefährdet insbesondere Landeplätze direkt an Kliniken. Die Verordnung soll die Sicherheit im Flugverkehr erhöhen, unter anderem durch eine europaweite Harmonisierung der Sicherheitsstandards und Altersgrenzen für Piloten. Expertenschätzungen zufolge dürften nach Inkrafttreten der Verordnung die Hälfte der Landeplätze in Deutschland nicht mehr angefliegen werden. Von den bundesweit rund 2.000 Hubschrauberlandeplätzen sind nur etwa 360 genehmigt und erfüllen alle Vorgaben im Hinblick auf Kennzeichnung, Brandschutz oder Hindernisfreiheit. Die übrigen sind praktisch nur geduldet. Ausnahmenregeln sollten ursprünglich nur noch für Landeplätze gelten, die bereits vor 2002 bestanden. Alle Kliniken, die nach dem Stichtag eine Landestelle gebaut haben, hätten diese mit erheblichem Aufwand umrüsten müssen. Mit den nun vorgesehenen Schritten soll dies nicht mehr notwendig sein.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßte das Engagement Dobrindts: „Die Aufrechterhaltung der medizinischen Notfallversorgung für Schwerstkranke ist damit zunächst gesichert. Eine gute Nachricht für die Patienten und die Träger der Krankenhäuser“, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum. ■

Einheitliche Sprachtests beschlossen

Bundesärztekammer warnt vor Öffnungsklausel

Die Gesundheitsminister der Länder haben Ende Juni einheitliche Sprachtests für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker beschlossen. Sie "müssen auf der nachgewiesenen Grundlage eines GER-B2 über Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1 verfügen", heißt es in einem gemeinsamen Eckpunktepapier.

Bisher wurden die Sprachnachweise von jedem Bundesland individuell geregelt, wobei in den meisten Ländern ein Nachweis über das allgemeine Sprachniveau B2 genügte. Fachsprachenprüfungen bieten Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz an. In der Praxis habe sich gezeigt, dass die Zertifikate und Diplome von Sprachinstituten für die Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse nicht geeignet sind, räumten die Gesundheitsminister nun ein. In der Vergangenheit hatte die Bundesärztekammer wiederholt verlangt, Kriterien für die allgemeinen Sprachkenntnisse sowie darüber hinaus die Fachsprachkenntnisse und deren Nachweis bundeseinheitlich festzulegen.

Diesen Forderungen ist die Politik nun weitgehend nachgekommen. Dabei dürfte auch eine Rolle gespielt haben, dass immer mehr ausländische Ärzte in Deutschland arbeiten. Ende 2013 waren es über 31.000, eine Steigerung um zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Ärzte müssten unter anderem in der Lage sein, ihre Patienten ohne wesentliche Rückfragen zu verstehen, eine sorgfältige Anamnese zu erheben und über Befunde zu informieren, heißt es in dem Eckpunktepapier der Gesundheitsminister. Auch auf ein einheitliches Testverfahren zur medizinischen Fachsprache konnte sich die Konferenz einigen. Es umfasst in Zukunft ein simuliertes Patientengespräch, ein Gespräch mit einem Kollegen und das Anfertigen eines berufstypischen Schriftstücks. Mindestens zwei Prüfer, darunter ein Arzt, müssen den Test bewerten. Damit folgt es den Anforderungen, die der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf formuliert hatte. Der im Eckpunktepapier der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) enthaltene Vorschlag, dass auch eine Person mit sprachwissenschaftlicher Qualifikation dem Prüfungsgremium angehören muss, wurde hingegen abgelehnt. Der Sprachtest kann nur als Ganzes, aber unbegrenzt oft wiederholt werden.

Wesentliches Element der Qualitätssicherung

Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßte die Regelung. „Sprachkenntnisse sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung in der ärztlichen Tätigkeit und dienen in erheblichem Maße der Patientensicherheit“, sagte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Darüber hinaus

profitieren auch die Ärzte von einer klaren und einheitlichen Regelung. Sie erleichtere die Integration der Kollegen, signalisiere Fairness und Rechtssicherheit und könne potenzielle Arbeitgeber motivieren, diese Ärzte bei der Vorbereitung auf die Prüfung zu unterstützen, stellte der 117. Deutsche Ärztetag fest.

Öffnungsklausel gefährdet Qualität

Montgomery kritisierte allerdings die in dem Eckpunktepapier vorgesehene Möglichkeit, andere Nachweise als Beleg für die Sprachkenntnisse anzuerkennen. „Das Ziel, eine einheitliche Qualität sowie ein bundeseinheitliches Verfahren zu etablieren, könnte aufgrund dieser Öffnungsklausel unterlaufen werden“, warnte er. Die Bundesärztekammer erwarte von den Landesregierungen, die Zuständigkeit für Fachsprachenprüfungen wie in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz exklusiv den Ärztekammern zu übertragen. Sie seien in besonderer Weise geeignet, die Kompetenz in der medizinischen Fachsprache zu beurteilen. ■



In Zukunft soll auch ein schriftlicher Bericht obligatorischer Teil des Sprachtests sein.

Bund und Länder bereiten Krankenhausreform vor Sachverständigenrat: Personalengpässe in der stationären Versorgung

Nach der konstituierenden Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Krankenhausreform, die am 26. Mai 2014 stattfand, haben sich die Vertreter des Bundes und der Länder inzwischen zum zweiten Mal getroffen, um sich mit Themen der Qualitätssicherung zu befassen. Auf der Agenda standen Selektivverträge, Mindestmengen und die qualitätsorientierte Krankenhausplanung. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, Eckpunkte für Strukturreformen zu erarbeiten.

Die Beteiligten diskutierten unter anderem, ob der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern um das Ziel einer patientengerechten, qualitativ hochwertigen Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert werden könnte. Auch stand zur Debatte, ob der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt werden soll, bis Ende 2016 erste Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Diese müssten geeignet sein, rechtssichere Kriterien und Grundlagen für Planungsentscheidungen der Länder zu schaffen.

Die Vertreter von Bund und Ländern loteten zudem rechtliche Grundlagen aus, nach denen eine nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses zu Konsequenzen auch für die Aufnahme beziehungsweise den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes führen könnte.

Diskussionsanstöße für das nächste Treffen der Arbeitsgruppe im September könnte die Studie "Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen liefern. Diese spricht von erheblichen Personalengpässe in der stationären Versorgung. Im Jahr 2013 hatten 58 Prozent der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme. „Aufgrund einer Zunahme des Anteils ärztlicher Teilzeitkräfte steht eine Steigerung der Anzahl im Krankenhaus tätiger Ärzte nicht grundsätzlich im Widerspruch zu einem Ärztemangel“, stellen die Experten fest. Um dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken, müssten Überkapazitäten „planvoll“ abgebaut werden. „In den bereits heute eher schwächer mit stationären Versorgungskapazitäten ausgestatteten ländlichen Regionen Deutschlands besteht die Herausforderung darin, die aktuell noch ausreichend vorhandenen Kapazitäten wirtschaftlich überlebensfähig zu halten“, so die Experten. Den häufig mit dem wenig schmeichelhaften Namen „Abwrackprämie“ titulierten Ansatz, defizitäre Kliniken mit gesonderten Fondsmitteln etwa in Reha-Einrichtungen umzuwandeln, unterstützt der Rat.

Er schlägt allerdings zeitlich befristete Übergangszahlungen vor, die es den Klinikbetreibern ermöglichen sollen, sich aus defizitären Geschäftsfeldern zurückzuziehen. Um die Finanzierung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen sicherzustellen, ist aus Sicht des Rates eine Weiterentwicklung der Sicherstellungszuschläge sinnvoll. Voraussetzung aber ist, dass zunächst die Fachrichtungen festgelegt werden, die für eine flächendeckende Grundversorgung unabdingbar sind. Auch müssen Mindestreichbarkeitskriterien festgelegt werden. Die Finanzierung sollte außerhalb des Landesbasisfallwertes über Steuermittel erfolgen.



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe möchte Qualität in der Gesundheitsversorgung stärker belohnen.

In diesem Zusammenhang spricht sich der Rat dagegen aus, dass jedes Krankenhaus das gesamte Leistungsspektrum seiner im Versorgungsauftrag genannten Fachrichtungen erbringt. „Stattdessen ist der Fokus auf eine qualitativ hochwertige Grundversorgung zu legen, während hoch spezialisierte Leistungen in dafür gegebenenfalls besser geeignete Einrichtungen mit entsprechender Infrastruktur gelenkt werden können.“ Die im Koalitionsvertrag angekündigte rechtssichere Ausgestaltung von Mindestmengenregelungen hält der Rat kurzfristig für kaum umsetzbar. Einmal mehr plädieren die Gesundheitsweisen für eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Zudem regen sie die Etablierung von sogenannten lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung an. Krankenhäuser könnten gemeinsam mit weiteren Versorgern einer Region zu einem klinikgestützten Gesundheitszentrum weiterentwickelt werden. Dessen stationäre Angebote würden in erster Linie die für eine Grundversorgung typischen Fachrichtungen beziehungsweise vor allem geriatrisch ausgerichtete Angebote umfassen. Denkbar seien aber auch praxisgestützte Zentren mit ärztlichen und pflegerischen Angeboten. ■

medizin & ethik

Entscheidungsspielräume bei der Sterbehilfe?

SPD-Politikerin gegen strafrechtliches Verbot

Nach den Interviews des EKD-Ratsvorsitzenden Nikolaus Schneider und seiner krebskranken Frau bringen sich die Gegner eines strafrechtlichen Sterbehilfe-Verbots in Position. Schneider hatte erklärt, er würde seiner Frau bei einem Suizid beistehen. Kerstin Griese (SPD), Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Arbeit und Soziales, fordert „ärztliche Entscheidungsspielräume“ bei der Beihilfe zum Suizid. Sie möchte klären, „wie wir es Ärzten ermöglichen können, in Notlagen auch dann eine Lebensverkürzung herbeizuführen, wenn diese medizinisch nicht unvermeidlich ist“, sagte sie in einem Interview mit der Tageszeitung „Die Welt“. Ärzte und Pflegende bräuchten mehr Rechtssicherheit und Freiräume für Abwägungen mit ihren Patienten und deren Vertrauten.

Griese sagte, sie suche nach einer mittleren Position zwischen dem strafrechtlichen Verbot und einer vermeintlich liberalen Position, die alles zulasse. Sie möchte die Tätigkeit von Sterbehilfe-Vereinen unterbinden, die Menschen den Suizid ohne persönliche Bindung anböten, besser Zahlende bevorzugten

und den psychisch Kranken sowie körperlich Gesunden den Selbstmord ermöglichten. Denkbar sei ein Verbot über das Vereins- und das Betäubungsmittelrecht.

Im kommenden Jahr soll im Bundestag ohne Fraktionszwang über die Suizidbeihilfe abgestimmt werden. Nachdem bisher die Befürworter eines strengen Verbots um Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) die Diskussion beherrscht hatten, scheint sich nun eine Gegenbewegung zu formieren. Unterstützung erhält Gröhe von der Bundesärztekammer. „Wenn wir verhindern wollen, dass solche Organisationen unter anderem Rechtsstatus weiter ihren Geschäften nachgehen, dann müssen wir jede Form der organisierten Sterbehilfe in Deutschland verbieten“, forderte deren Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Der 117. Deutsche Ärztetag hatte außerdem angemahnt, die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, die Palliativversorgung flächendeckend auszubauen und die Suizidprävention zu stärken. ■

Nicht jede Eizelle gilt als Embryo

EU-Generalanwalt legt Schlussantrag vor

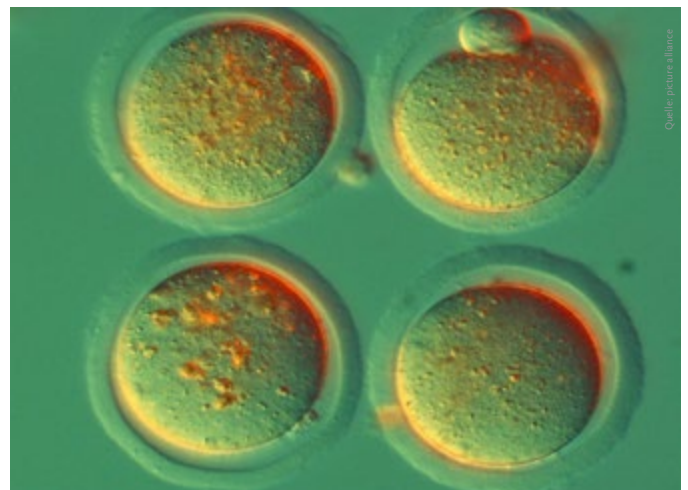
Eine Eizelle, die ohne Befruchtung zur Weiterentwicklung angeregt worden ist und die sich nicht zu einem Menschen entwickeln kann, gilt nicht als menschlicher Embryo. Zu diesem Ergebnis kommt ein Schlussantrag des EU-Generalanwalts Cruz Villalón. Werde die Eizelle jedoch genetisch so manipuliert, dass sie sich zu einem Menschen entwickeln könne, müsse sie als menschlicher Embryo angesehen und von der Patentierung ausgeschlossen werden. Die bloße Fähigkeit einer unbefruchteten Eizelle, in einen Prozess der Zellteilung und Differenzierbarkeit einzutreten, genüge nicht, um sie als menschlichen Embryo zu betrachten.

Der britische High Court of Justice hatte sich an den Europäischen Gerichtshof (EuGH) gewandt, nachdem sich ein Biotechnologie-Unternehmen ein Verfahren zur Herstellung bestimmter Stammzellen patentieren lassen wollte. Dieser soll klären, ob unbefruchtete Eizellen, die durch Parthenogenese zur Weiterentwicklung angeregt wurden, als menschliche Embryonen angesehen werden können. Der Generalanwalt schlägt dem Gerichtshof vor, der Parthenogenese entstandene Organismen von der Definition des menschlichen Embryos auszunehmen. Die eingereichten Erklärungen der Parteien deuteten darauf hin, dass diese nicht die Fähigkeit besäßen, sich zu einem Menschen zu entwickeln.

Die europäische Biotechnologierichtlinie schließt den menschlichen Körper in den einzelnen Phasen seiner Ent-

wicklung von der Patentierbarkeit aus. Jedoch kann ein isolierter Bestandteil des menschlichen Körpers oder ein auf andere Weise gewonnener Bestandteil dem Patentschutz unterliegen. Erfindungen, deren gewerbliche Verwertung gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstoßen, sind von der Patentierbarkeit ausgeschlossen. Dies betrifft auch die Verwendung menschlicher Embryonen zu industriellen oder kommerziellen Zwecken.

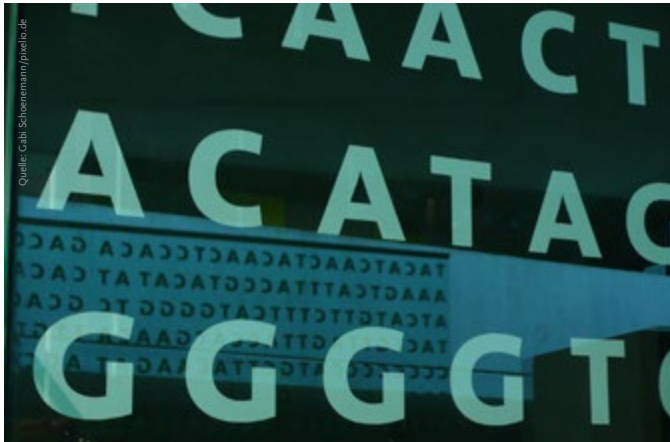
Der Schlussantrag ist für den EuGH nicht bindend. Ein Urteil wird für Ende des Jahres erwartet. ■



Gentests aus der Apotheke

Bundesärztekammer sieht Konflikt mit Gendiagnostikgesetz

Jeder Mensch ist einzigartig – insbesondere seine DNA.“ Mit dieser tiefeschürfenden Erkenntnis versucht ein Pharmaunternehmen, Patienten zum Kauf von DNA-Selbsttests zu bewegen. Das Versprechen: „individuell optimierte“ Therapien, etwa zur Brustkrebsnachsorge oder zur Behandlung von Depressionen.



Die Bundesärztekammer (BÄK) hingegen sieht darin einen Rechtsverstoß. „Der Vertrieb gendiagnostischer Tests als Verkaufsschlager über Apothekentresen widerspricht den Schutzbestimmungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG). Mit guten Gründen hat der Gesetzgeber vor Gentests eine Aufklärung durch informierte Ärztinnen und Ärzte und eine informierte Einwilligung der Probanden gestellt“, erklärte

BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Die gesetzlichen Regelungen dienen der Würde des Menschen und seiner informationellen Selbstbestimmung. Ausschließlich kommerziell und nicht medizinisch begründete Gentests unterliegen diesen Vorgaben.

Bei den Tests werden Gene sequenziert, die beim Transport und der Verstoffwechslung von Medikamenten eine Rolle spielen. DNA-Analysen sollen nach Angaben des Herstellers „maßgeschneiderte Therapien“ ermöglichen und das Risiko von Nebenwirkungen reduzieren. Patienten können den Test ohne vorherige ärztliche Aufklärung in der Apotheke erwerben und werden erst dann für die Blutentnahme an einen Arzt verwiesen.

Jenseits des fragwürdigen medizinisch-wissenschaftlichen Nutzens ist die Analyse für den Patienten eine kostspielige Angelegenheit. Neben den bis zu 400 Euro für den DNA-Test muss er auch die Kosten für die Beratung und Probenentnahme beim Arzt tragen. Die Gesamtrechnung könne privaten Krankenversicherungen zur Erstattung vorgelegt werden, stellt der Hersteller in Aussicht. "Mit solchen Lockvogelangeboten hilft man den um ihre Gesundheit besorgten Menschen nicht weiter. Hier wird Verkaufsdruck erzeugt, wo Aufklärung nötig wäre", befindet Montgomery. Die BÄK hat das Bundesgesundheitsministerium gebeten, diesen Angeboten umgehend durch den Erlass einer Rechtsverordnung entgegenzutreten. ■

FSA Transparenzkodex genehmigt

Zuwendungen werden ab 2016 veröffentlicht

Das Bundeskartellamt hat den Transparenzkodex des Vereins Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V. (FSA) genehmigt und damit als Wettbewerbsregel anerkannt. Der Kodex verpflichtet die FSA-Mitglieder verbindlich zur Transparenz in der Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen. Zum 1. Juli trat außerdem ein Geschenkerverbot in Kraft, das auch für geringwertige Werbeartikel gilt.

Ab dem kommenden Jahr werden geldwerte Zuwendungen an Ärzte und andere Angehörige der medizinischen Heilberufe dokumentiert und im Jahr 2016 erstmals veröffentlicht. Darunter fallen Spenden und andere einseitige Zuwendungen, geldwerte Leistungen im Zusammenhang mit Fortbildungsveranstaltungen, Dienstleistungs- und Beratungshonorare sowie Zuwendungen im Zusammenhang mit Forschung und Entwicklung. Die Informationen werden auf den Internetseiten der Unternehmen zur Verfügung gestellt und jährlich aktualisiert. Der FSA kündigte an, durch Beratung seiner Mit-

glieder eine erfolgreiche Umsetzung des Kodex in die Praxis zu gewährleisten.

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hatten in einer Stellungnahme unter anderem gefordert, auch ausländische Tochterunternehmen mit in den Kodex einzubeziehen. Sie verlangten außerdem klarere Leitlinien für die Werbung sowie einen dezidierten Hinweis darauf, dass es FSA-Mitgliedern verboten ist, die Publikation negativer Studienergebnisse zu unterdrücken oder zu verzögern.

Der Kodex soll nach Angaben des FSA die ethisch einwandfreie Zusammenarbeit von Arzneimittelherstellern mit Ärzten, Apothekern und weiteren Angehörigen der medizinischen Fachkreise regeln, die Humanarzneimittel verschreiben, anwenden oder mit diesen Handel treiben. ■

personalia

Dr. Bernhard Rochell verlässt die Bundesärztekammer



Dr. Bernhard Rochell

Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, wird die BÄK zum 31. August 2014 verlassen. Die Bundesärztekammer teilte mit, dass er an seine frühere Wirkungsstätte – die KBV – zurückkehren werde. Er hat diese Entscheidung getroffen, nachdem er seine Aufgaben in der Reorganisation der BÄK und der Konsolidierung des Haushaltes erledigt hat.

Auch die Arbeiten an der GOÄ sind weitgehend abgeschlossen, wofür der Vorstand der BÄK ihm ausdrücklich dankt. Rochell wird der BÄK beratend und in Absprache mit seinem neuen Arbeitgeber weiter beim Abschluss der GOÄ-Verhandlungen zur Seite stehen, wofür ihm der Vorstand der Bundesärztekammer ebenfalls ausdrücklich dankt. Der Wechsel vollzieht sich in vollem beiderseitigem Einverständnis und ist Ausdruck der gelebten, guten Zusammenarbeit zwischen den Spitzenorganisationen der deutschen Ärzteschaft, betonte die Bundesärztekammer. ■

Dr. Josef Mischo als Kammerpräsident bestätigt

Mit überwältigender Mehrheit wurde Dr. Josef Mischo erneut zum Präsidenten der Ärztekammer des Saarlandes gewählt. Der 60-jährige Chirurg aus St. Ingbert erhielt 67 Stimmen, 5 Delegierte enthielten sich. Nach der Wahl 2010 steht er nun in der zweiten Amtsperiode an der Spitze der Ärzte- und Zahnärzteschaft des Saarlandes.

Mit ähnlich hervorragenden Ergebnissen wurden die beiden Vizepräsidenten wiedergewählt. Prof. Dr. Harry Derouet wurde im Amt zum Ersten Vizepräsidenten bestätigt. Der in Neunkirchen niedergelassene Urologe wurde mit 69 Stimmen wiedergewählt.

Dr. med. dent. Hans Joachim Lellig wurde zum zweiten Mal in seinem Amt bestätigt. Der Merziger Zahnarzt, der seit 2006 dem Vorstand angehört, wurde ebenfalls mit 69 Stimmen gewählt. Darüber hinaus wurde er auch als Vorsitzender der Abteilung Zahnärzte im Amt bestätigt. ■



Dr. Josef Mischo

Deutsches Ärzteblatt mit neuem Chefredakteur

Egbert Maibach-Nagel ist seit 1. Juli Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts. Er übernimmt das Amt von Heinz Stüwe, der sich nach zehn Jahren als Chefredakteur des aufgabenstärksten medizinischen Fachblatts Deutschlands neuen beruflichen Aufgaben widmet. Maibach-Nagel wurde 1958 geboren und verfügt über mehr als zehn Jahre Erfahrung als Chefredakteur der Zahnärztlichen Mitteilungen zm, einem weiteren Titel, der im Deutschen Ärzte-Verlag erscheint.

Das Deutsche Ärzteblatt erreicht als einziger Titel der ärztlichen Fachpresse alle Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland und ist mit einer Gesamtauflage von rund 375.000 das am meisten gelesene ärztliche Fachmedium des Landes. In der LA-MED-Studie, einer Reichweiten-Untersuchung medizinischer Fachtitel, schneidet es regelmäßig als Titel mit der stärksten Leser-Bindung und höchsten Reichweite ab. ■

Impressum

BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

RedaktionAlexander Dückers (V.i.S.d.P.)
Samir Rabbata**Druck**

Pinguin Druck GmbH, Berlin

RedaktionsanschriftPressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 BerlinTel: 030 - 40 04 56 700
Fax: 030 - 40 04 56 707
presse@baek.de
www.baek.de**Redaktionsschluss**

25.07.2014