

3. Ärztliche Versorgung

3.1 Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2009

Im Jahre 2009 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 429.926 gestiegen. Dies sind 2,0 Prozent mehr als im Jahre 2008 und liegt damit etwas über den Steigerungsraten der vorherigen Jahre. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2009 der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 43,5 Prozent der Gesamtzahl (2008: 43,0 Prozent) erreicht.

Im Jahre 2007 war neben die drei schon länger existierenden Trends ein vierter getreten: Im ambulanten Bereich stieg die Zahl der angestellten Ärzte 2007 im Vergleich zu 2006 um knapp 15 Prozent auf 10.406. Diese Tendenz hält weiter an. Im Jahr 2009 betrug der Zuwachs 1.772 (+ 14,1 Prozent), womit sich die Gesamtzahl auf 14.348 erhöhte. Damit hat sich die Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich seit 1993 (5.397) fast verdreifacht.

Nun zu den schon länger existierenden Trends. Erstens verharrt die Abwanderung weiter auf einem hohen Niveau. Im Jahre 2009 haben 2.486 Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen. Zweitens ist die Zuwanderung weiterhin sehr hoch, vor allem aus Österreich, Griechenland und den osteuropäischen Ländern. Der Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern betrug im Jahre 2009 18,8 Prozent. Die Zuwanderung betrifft zwar das gesamte Bundesgebiet, ist aber prozentual in den neuen Bundesländern ausgeprägter. So waren im Jahre 2000 erst 5,9 Prozent aller ausländischen Ärzte in Deutschland in den neuen Bundesländern tätig, im Jahre 2009 waren es bereits 15,4 Prozent. Drittens nimmt der Prozess der „Feminisierung“ der medizinischen Profession weiter zu. Die wachsende Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist vor allen Dingen auf die erhöhte Zahl an Ärztinnen zurückzuführen. Der Anteil der Ärztinnen an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern lag im Jahre 2009 bei 58,1 Prozent (Vorjahr: 57,9 Prozent).

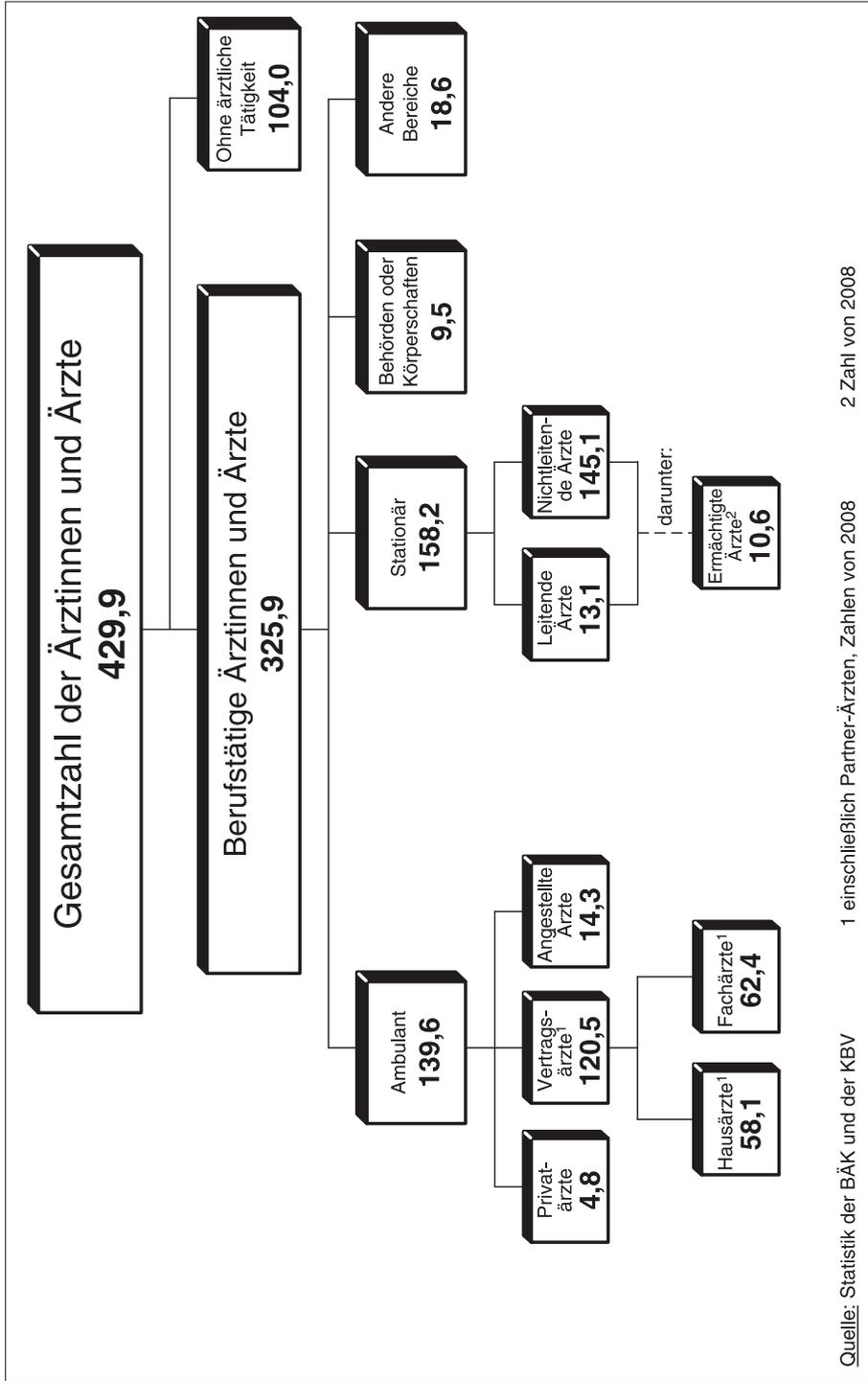


Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2009 (Zahlen in Tausend)

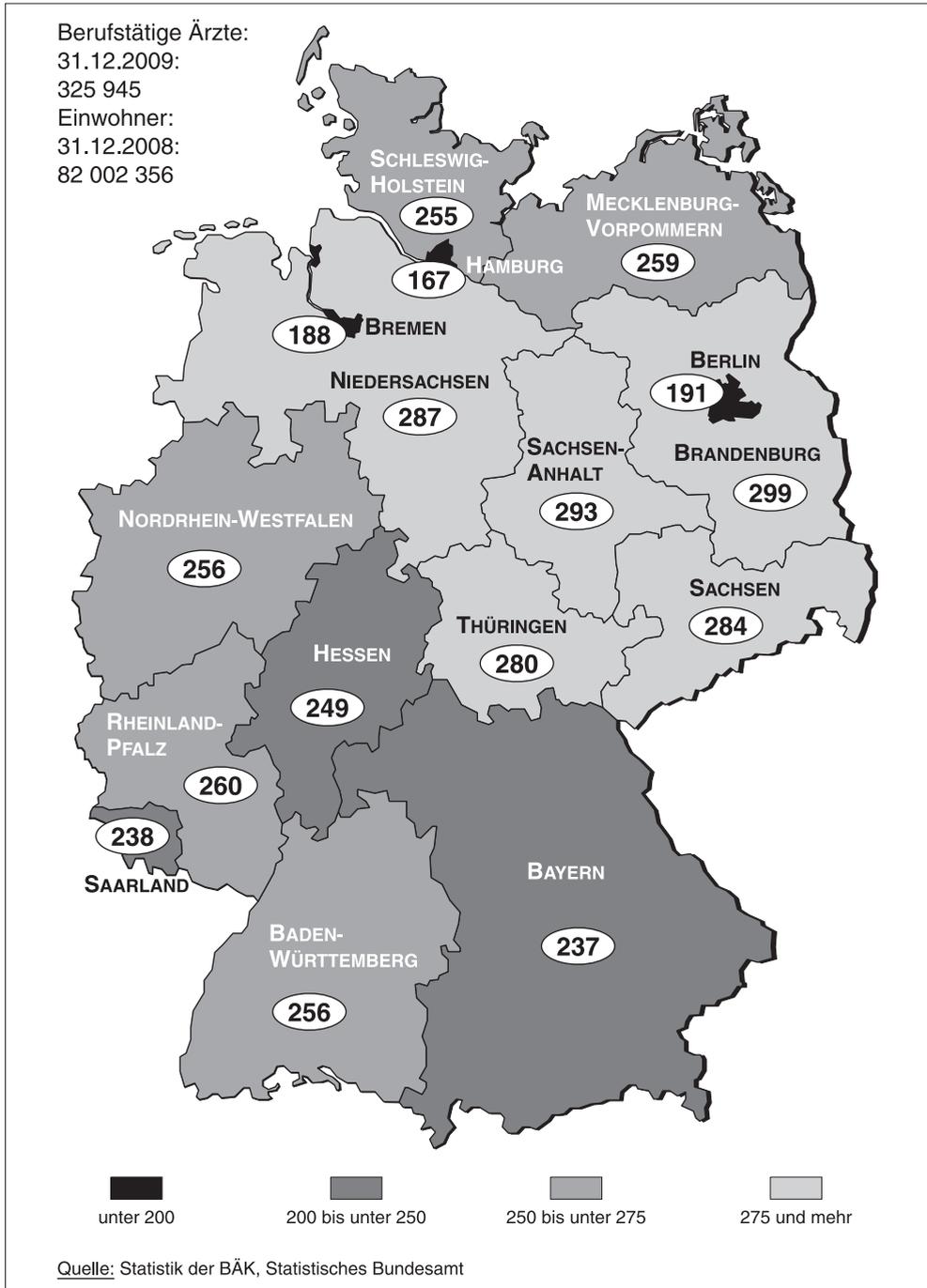


Abbildung 2: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2009 (Einwohner je berufstätigem Arzt)

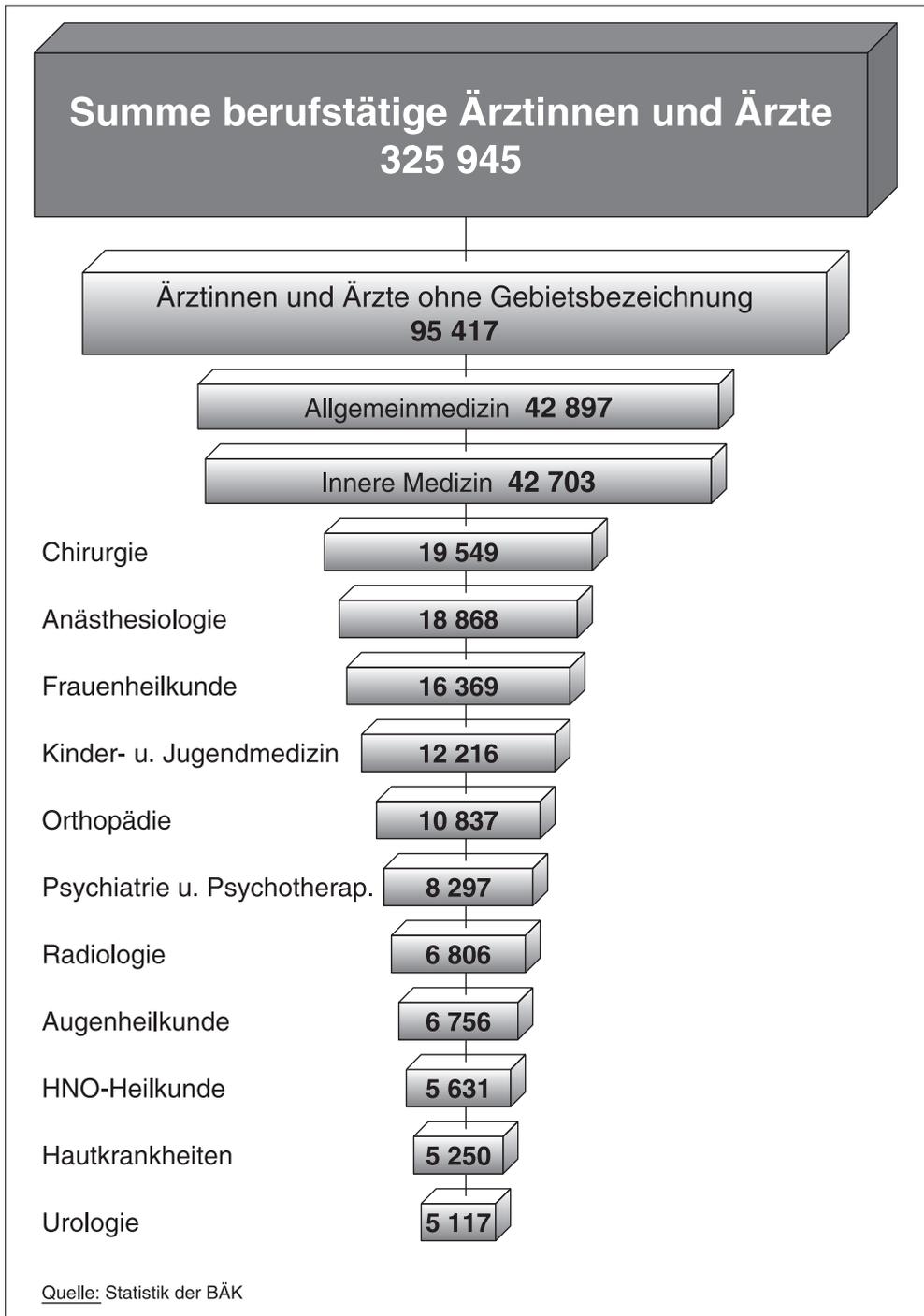


Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2009

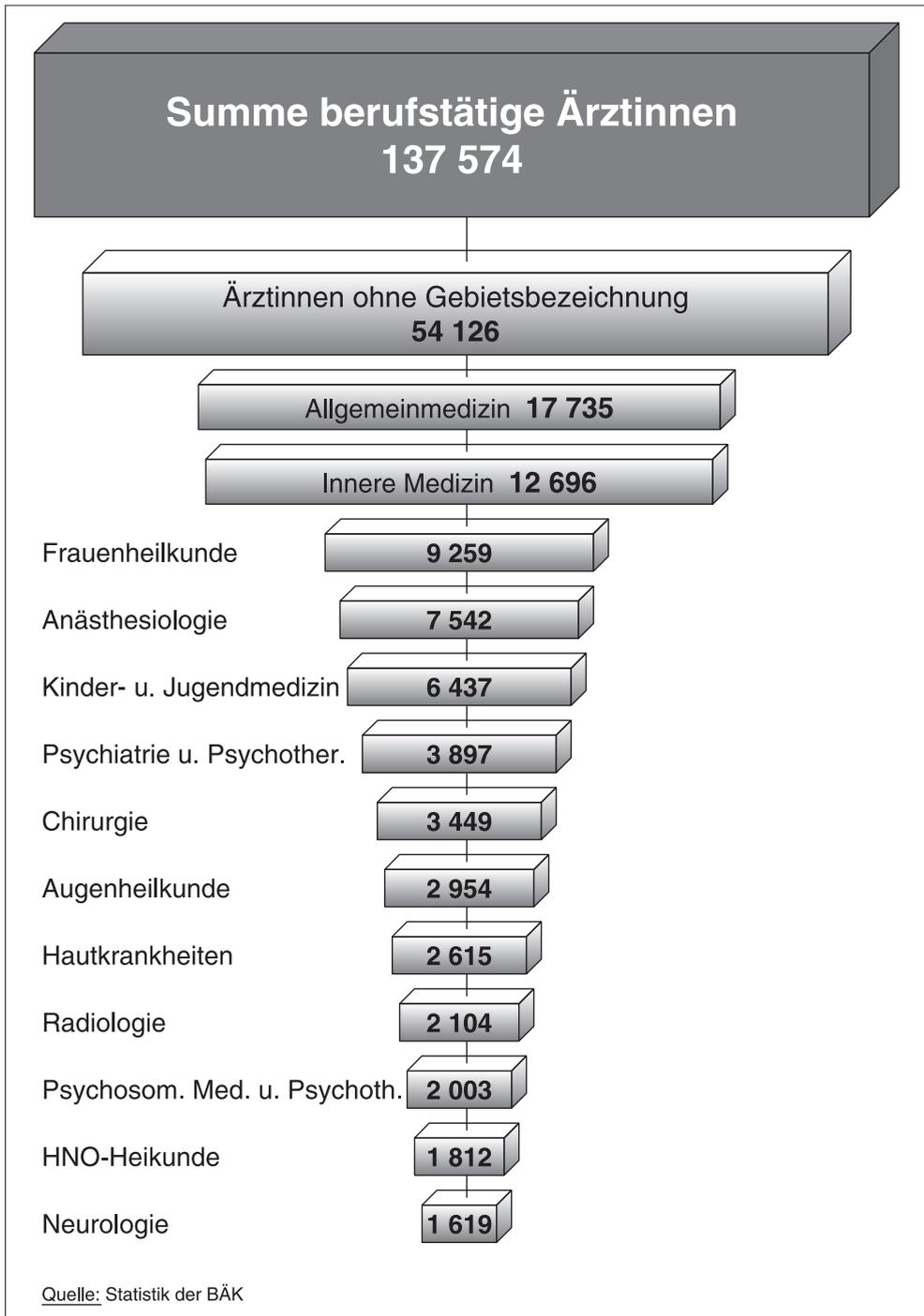


Abbildung 4: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen zum 31.12.2009

3.1.1 Berufstätige Ärzte

Ohne die 103.981 nicht ärztlich Tätigen waren im Jahre 2009 im Bundesgebiet 325.945 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies waren 6.248 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate betrug damit 2,0 Prozent.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2009 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 42,2 Prozent der Gesamtzahl (2008: 41,5 Prozent) erreicht. Der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten lag 1991 noch bei rund einem Drittel (33,6 Prozent). Seitdem hat sich der Frauenanteil um 25,7 Prozent erhöht.

Die Altersstruktur der berufstätigen Ärzte hat sich kaum verändert. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte ist um 0,2 Prozentpunkte auf jetzt 16,6 Prozent angestiegen. Der Anteil der über 59-Jährigen ist auf 12,6 Prozent angestiegen (Vorjahr: 11,8 Prozent).

Bei den einzelnen Arztgruppen fallen die Zuwachsraten recht unterschiedlich aus. Recht große Steigerungsraten sind bei den Gebieten Neurologie (+ 7,1 Prozent), Strahlentherapie (+ 6,0 Prozent), Humangenetik, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (jeweils + 5,6 Prozent) zu finden.

Die größten Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Biochemie (- 13,8 Prozent), Anatomie (- 6,7 Prozent), Nervenheilkunde (- 3,0 Prozent) und Öffentliches Gesundheitswesen (- 2,9 Prozent).

3.1.2 Im Krankenhaus tätige Ärzte

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte ist bezogen auf alle ärztlich Tätigen leicht angestiegen auf nun 48,5 Prozent (Vorjahr: 48,1 Prozent). Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg – zum vierten Mal in Folge – recht deutlich um 2,9 Prozent (absolut: 4.424). Am deutlichsten nahm die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte in Hamburg (6,1 Prozent), Berlin (3,9 Prozent), Bayern (3,3 Prozent) sowie Nordrhein (3,3 Prozent) zu.

Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2009 weiter angestiegen, von 42,5 Prozent im Jahre 2008 auf nun 43,4 Prozent.

Zur Altersstruktur ist festzustellen, dass sie sich leicht verbessert hat. Der Anteil der Krankenhausärztinnen und -ärzte, die jünger als 35 Jahre sind, ist von 31,3 Prozent auf 31,7 Prozent angestiegen. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der über 59-Jährigen von 4,6 Prozent auf 4,8 Prozent. Dadurch ist das Durchschnittsalter der Krankenhausärztinnen und -ärzte weiter angestiegen, von 41,06 Jahre im Jahre 2008 auf 41,1 im Jahre 2009.

3.1.3 Ambulant tätige Ärzte

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2009 um 0,9 Prozent angestiegen, was 1.282 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Im Moment sind 139.612 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist um 490 Ärztinnen und Ärzte auf 125.264 zurückgegangen, dies entspricht einem Minus von 0,4 Prozent.

Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem in den Jahren 2003 bis 2008 bereits deutliche Anstiege zu verzeichnen waren, im Jahre 2009 weiter gestiegen, von 38,6 Prozent auf 39,1 Prozent.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 5,1 Prozent im Jahre 2008 auf 4,5 Prozent. Zugleich ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 19,9 Prozent auf 21,5 Prozent gestiegen.

3.1.4 In Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen tätige Ärzte

Fasst man die Tätigkeitsfelder bei Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen zusammen, so waren dort mit 28.110 rund 2,0 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,6 Prozent und ist damit im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben.

3.1.5 Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit – soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind – hat sich 2009, wie in den Jahren zuvor, erhöht. Die Steigerungsrate betrug 2,0 Prozent. Dies entspricht 1.992 Ärztinnen und Ärzten.

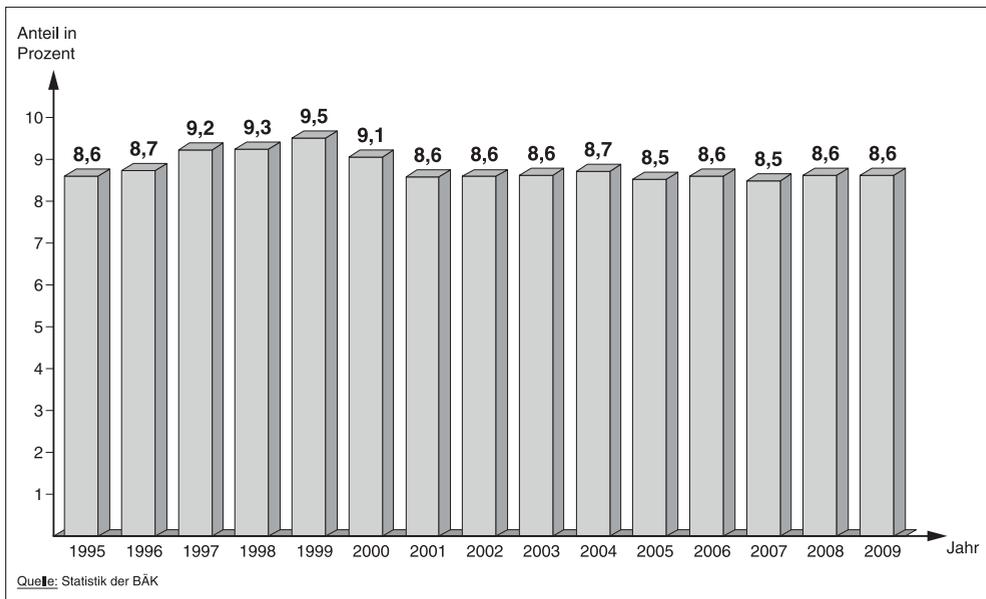


Abbildung 5: Anteil der berufstätigen Ärzte, die in Behörden/Körperschaften und sonstigen Bereichen tätig sind

Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 61,7 Prozent im Ruhestand (Vorjahr: 60,6 Prozent), 2,2 Prozent sind berufsunfähig (Vorjahr: 2,1 Prozent), 0,6 Prozent befinden sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,6 Prozent), 4,9 Prozent sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 5,2 Prozent), 2,5 Prozent sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,6 Prozent), 5,7 Prozent befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,4 Prozent), 7,6 Prozent sind arbeitslos (Vorjahr: 8,2 Prozent) und schließlich geben 14,8 Prozent einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 15,3 Prozent).

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden, vor. Daraus ergibt sich, dass bis September 2009 ein weiterer deutlicher Rückgang der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten festzustellen ist. Es wurden nur noch 2.649 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet, wobei der Ärztinnenanteil 64,1 Prozent (Vorjahr: 62,4 Prozent) beträgt. Dies entspricht einer Abnahme um 199 Ärztinnen und Ärzte bzw. 7,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem Höhepunkt der Ärztearbeitslosigkeit im Jahre 1997 hat die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte um 6.747 bzw. 71,8 Prozent abgenommen.

Bezieht man die aktuelle Zahl der Arbeitslosen auf die Zahl der berufstätigen Ärzte insgesamt, ergibt sich eine sensationell niedrige Arbeitslosenquote von nur 0,8 Prozent (Vorjahr: 0,9 Prozent). Wird als Bezugsgröße die Zahl der abhängig beschäftigten Ärzte genommen, liegt sie bei 1,3 Prozent (Vorjahr: 1,5 Prozent). Diese Zahlen liegen deutlich unter der „natürlichen Arbeitslosenquote“, bei der Vollbeschäftigung herrscht. Das bedeutet, dass im ärztlichen Teilarbeitsmarkt „Überbeschäftigung“ herrscht.

Die Anteile der einzelnen Tätigkeitsbereiche an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte verteilt sich nun wie folgt: ambulant 32,5 Prozent (Vorjahr: 32,8 Prozent), stationär 36,8 Prozent (Vorjahr: 36,5 Prozent), in Behörden/Körperschaften 2,2 Prozent (Vorjahr: 2,3 Prozent), in sonstigen Bereichen 4,3 Prozent (Vorjahr: 4,2 Prozent) und nicht ärztlich tätig 24,2 Prozent (Vorjahr: 24,2 Prozent).

3.1.6 Anzahl der erteilten Anerkennungen

Im Jahre 2009 wurden 11.510 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Damit lag die Zahl etwas unter den 11.631 Anerkennungen des Jahres 2008. Die meisten Anerkennungen wurden mit 1.759 im Fach Innere Medizin ausgesprochen, die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Inneren Medizin mit Schwerpunkt umfasst insgesamt nur 623. Die Zahl der Anerkennungen in den Fächern Allgemeinmedizin und Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) ist gegenüber dem Vorjahr von 1.236 auf 1.168 gefallen. Weiter fällt auf, dass die Zahl der Anerkennungen im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie von 292 im Jahre 2005 auf 1.567 im Jahr 2007 explodiert ist und 2009 noch immer bei 1.339 liegt. Die allermeisten Anerkennungen dürften hierbei allerdings auf Umschreibungen zurückzuführen sein.

Im Jahre 2009 wurden für insgesamt 1.632 Schwerpunktbezeichnungen Anerkennungen ausgesprochen, damit lag die Zahl deutlich niedriger als im Jahre 2008 mit 2.353.

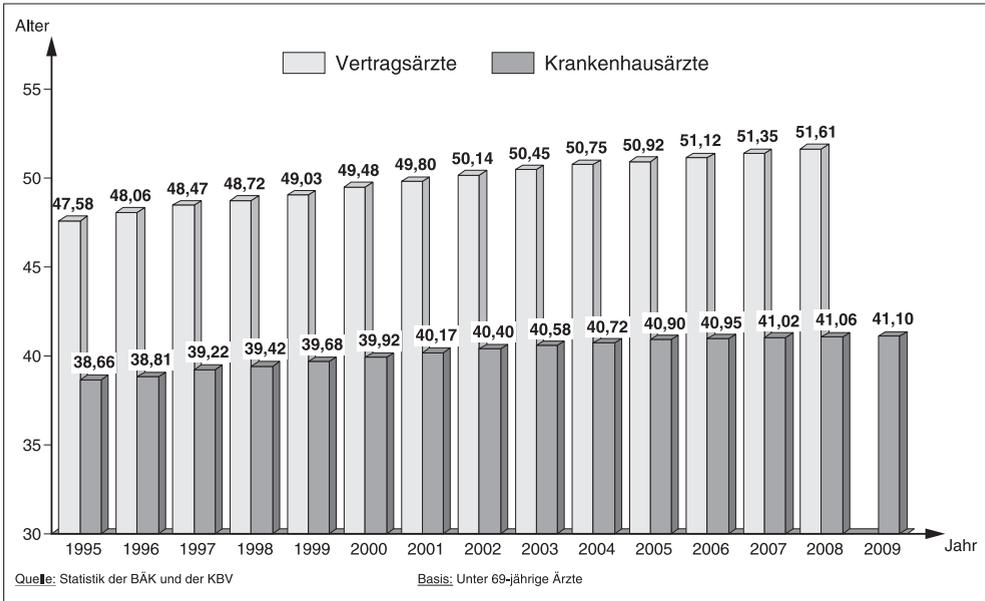


Abbildung 6: Durchschnittsalter der Ärzte

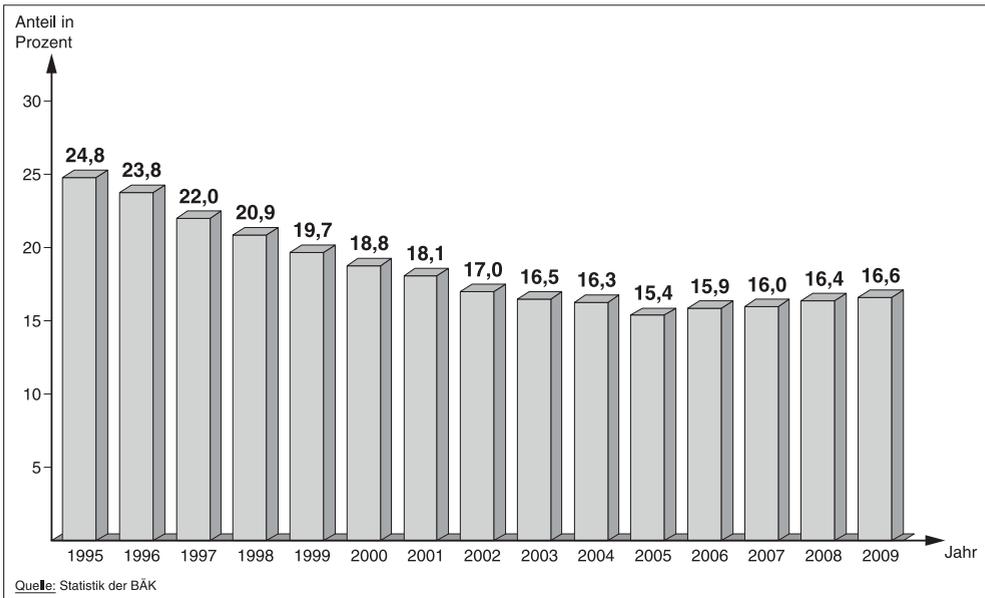


Abbildung 7: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten

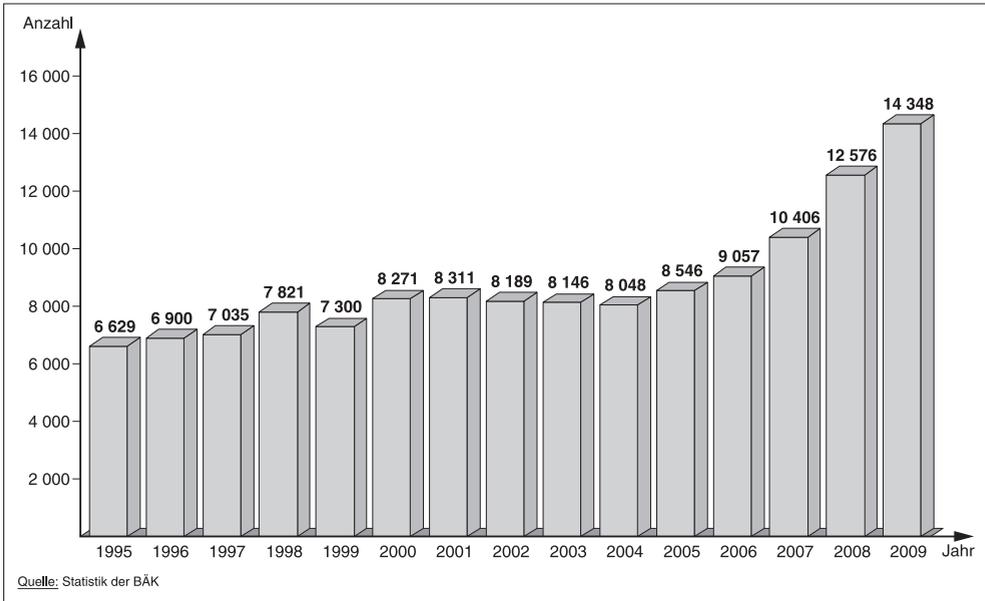


Abbildung 8: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte

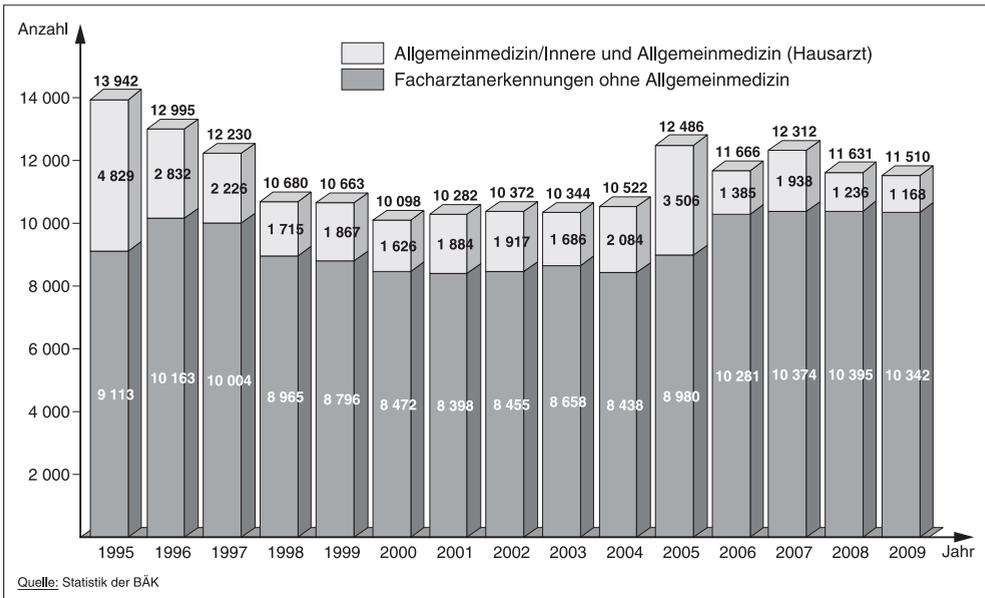


Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen

3.1.7 Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2009 um 1.685, das entspricht 7,7 Prozent, auf 23.469 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2009 bei 9,6 Prozent (Vorjahr 7,7 Prozent). Wie bereits in den Vorjahren stellt sich die Wachstumsrate der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, als besonders ausgeprägt dar, sie beträgt 11,9 Prozent (Vorjahr 10,0 Prozent).

Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 1.269 die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten. Der größte Zustrom konnte – wie im letzten Jahr – aus Österreich (+ 216) verbucht werden, es folgen Rumänien (+ 185), Griechenland (+ 155), Bulgarien (+ 111) sowie Ungarn (+ 99). Somit hat Rumänien Griechenland vom zweiten Platz verdrängt, während Bulgarien und Ungarn Polen und Russland überholt haben. Größere Abwanderungen aus einzelnen Ländern waren im Jahr 2009 nicht zu verzeichnen.

Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Österreich (2.018), Griechenland (1.863) und Polen (1.499), gefolgt von Russland (1.419).

Damit kommen 72,4 Prozent aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 18,8 Prozent aus Asien, 4,4 Prozent aus Afrika und 3,3 Prozent aus Amerika.

3.1.8 Abwanderung von Ärzten ins Ausland

Seit 2005 werden bei den Ärztekammern die Daten bezüglich der Abwanderung von Ärzten ins Ausland erhoben. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass im Jahre 2009 insgesamt 2.486 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 74 Prozent beträgt. Die Abwanderung hat damit abgenommen und liegt wieder auf dem Niveau von 2007. Die prozentual höchste Abwanderung konnte in Bremen und Niedersachsen festgestellt werden. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie in den vergangenen Jahren – die Schweiz (701), Österreich (262), die USA (179) sowie Großbritannien (96).

3.2 Sektorübergreifende Versorgung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sowie dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 hat der Gesetzgeber im SGB V die rechtlichen Grundlagen für die aus Sicht einer integrierten Patientenversorgung immer notwendiger und wichtiger gewordenen sektorübergreifenden Versorgungskonzepte geschaffen, welche es insbesondere aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung weiter auszugestalten und auszubauen, teilweise aber auch in Anbetracht erster gewonnener Erfahrungen zu modifizieren gilt. Schon im Verlaufe dieser Gesetzgebungsverfahren hatte die Bundesärztekammer bei ihrer Begleitung der Einführung dieser Versorgungsformen Kritik daran geführt, dass die vorgesehenen Regelungen weniger auf sektorübergreifende Versorgungsstrukturen ausgerichtet sind und diese sicherstellen, als vielmehr überwiegend lediglich interdisziplinäre sektorverbleibende Versorgungsmodelle im Fokus stehen.

Die Einführung der integrierten Versorgung erfolgte vor dem Hintergrund der immer wieder erhobenen Kritik an der starren Trennung des deutschen Gesundheitssystems in verschiedene Versorgungssektoren und den hieraus resultierenden Brüchen in den Behandlungsverläufen der Patientinnen und Patienten, die Leistungen verschiedener Sektoren (ambulant, stationär, Rehabilitation, Pflege) benötigen. Da diese neuen Vertragsmöglichkeiten auf der Grundlage des GKV-Gesundheitsreformgesetzes kaum aufgegriffen wurden, entschied sich der Gesetzgeber, die Vorschriften der §§ 140 a ff. SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 weiterzuentwickeln und diejenigen Regelungen, die als hemmend wahrgenommen wurden, zu novellieren.

3.2.1 Gesetzliche Grundlage der integrierten Versorgung

Mit der Novellierung der §§ 140 a bis d SGB V verfolgt der Gesetzgeber das Ziel einer stärkeren Orientierung der Versorgung an den Behandlungsnotwendigkeiten der Versicherten, indem vertraglich eine andere Aufgabenteilung zwischen den Versorgungssektoren und den Fachdisziplinen vereinbart wird. Gleichzeitig darf trotz des Fehlens weiterer ausdrücklicher Zielsetzungen des Gesetzgebers unterstellt werden, dass die integrierte Versorgung zugleich eine Effizienzsteigerung durch die Erschließung von Einsparpotenzialen bewirken soll. Ausdrücklich beabsichtigt ist, diese Ziele durch einen verstärkten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und zwischen den Krankenkassen um „gute“ Integrationsmodelle zu erreichen.

Anders als etwa bei den zeitlich befristeten Modellvorhaben, die zur Erprobung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen geschaffen wurden, hat der Gesetzgeber die integrierte Versorgung grundsätzlich als Regelversorgung eingeführt. Den Beteiligten steht damit die Möglichkeit offen, integrative Versorgungsformen mit Regelversorgungscharakter als einheitliche und gemeinsame Versorgung anzubieten. Die integrierte Versorgung tritt neben das Kollektivvertragssystem als eigenständiges Einzelvertragssystem. Auf der Kostenträgerseite können einzelne Krankenkassen, aber auch Zusammenschlüsse mehrerer bzw. aller Krankenkassen Vertragspartner sein. Als Vertragspartner der Krankenkassen werden die verschiedenen Leistungserbringer und deren Gemeinschaften aufgeführt. Neben Trägern zugelassener Einrichtungen sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz als potenzielle Vertragspartner auch Träger von Einrichtungen hinzugekommen, die nicht Selbstversorger sind, die aber eine integrierte Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer anbieten (sogenannte Managementgesellschaften). Die Einführung der Managementgesellschaften verfolgt den Zweck, dass den Krankenkassen nicht die Vielfalt der Leistungserbringer gegenübersteht, sondern eine Trägergesellschaft das Angebot gegenüber der Krankenkasse bündelt.

Eine weitere Fortentwicklung haben die gesetzlichen Regelungen zur integrierten bzw. sektorübergreifenden Versorgung durch das zum 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erfahren. Zu den hier relevanten Einzelregelungen wird auf die Ausführungen im Abschnitt 3.4 der Tätigkeitsberichte 2007 und 2008 verwiesen.

3.2.2 Entwicklungsstand im Bereich der integrierten Versorgung

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahr 2004 erfasst eine gemeinsame Registrierungsstelle bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), welche die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen eingerichtet haben, gemeldete Vertragsdaten der Krankenkassen und informiert die Leistungserbringer über die erfolgten Abzüge aus der Gesamtvergütung. Aufgrund des 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hat die Registrierungsstelle außerdem die Aufgabe, jährlich einen Bericht über die Entwicklung im Bereich der integrierten Versorgung zu veröffentlichen. Im Sommer 2009 (Stand: 30.06.2009) hat die Registrierungsstelle einen ersten „Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung“ vorgelegt, welcher einen Zeitraum von fünf Jahren (2004 bis 2008) umfasst. Da dieser Bericht nur auf Plandaten und Absichtserklärungen der Krankenkassen beruht, ist sein Aussagegehalt über die Versorgungswirklichkeit der integrierten Versorgung nur eingeschränkt. Die Meldungen der Krankenkassen über Integrationsverträge dienen primär dem Ziel, Kürzungen der Gesamtvergütungen plausibel und nachvollziehbar darzustellen. Über die Inhalte dieser Meldungen kam es wiederholt zu Kontroversen zwischen den Krankenkassen auf der einen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite. Dem Wunsch nach Transparenz – insbesondere hinsichtlich der Zulässigkeit von Kürzungen der Gesamtvergütungen und der Verwendung der einbehaltenen Mittel – stand das Interesse der Krankenkassen entgegen, im Wettbewerb entsprechende Vertragsinhalte nicht offenlegen zu müssen. Zudem ist das Meldeverfahren für die Krankenkassen nicht verpflichtend.

Im Berichtszeitraum haben sich bis zu 75 Prozent der Krankenkassen am Verfahren beteiligt und Meldungen zu Integrationsverträgen übermittelt. Aufgrund ihres Marktanteils repräsentieren sie ca. 95 Prozent der gesetzlichen Krankenversicherten. Alle Krankenkassen, die der Registrierungsstelle Verträge zur integrierten Versorgung meldeten, haben auch über die Verwendung der einbehaltenen Mittel berichtet.

Der Bericht der Registrierungsstelle kommt zu dem Ergebnis, dass die Krankenkassen innerhalb der letzten fünf Jahre 6.407 Verträge zur integrierten Versorgung gemeldet haben, die zum Ende des Jahres 2008 noch in Kraft waren (Datenbank-Stand: 30.06.2009).

Vertragspartner der Integrationsverträge waren

- Krankenhaus mit 1.101 Verträgen (15,6 Prozent)
- Niedergelassener Arzt/Krankenhaus mit 1.182 Verträgen (18,4 Prozent)
- Rehabilitation/Krankenhaus mit 714 Verträgen (11,1 Prozent)
- Niedergelassener Arzt mit 1.932 Verträgen (30,2 Prozent)
- Rehabilitation/Niedergelassener Arzt/Krankenhaus mit 182 Verträgen (2,8 Prozent)
- Rehabilitation/Niedergelassener Arzt mit 180 Verträgen (2,8 Prozent)
- Sonstige mit 1.216 Verträgen (19 Prozent)

Die Zahl der teilnehmenden Versicherten an Verträgen zur integrierten Versorgung lag im Jahr 2008 bei rund vier Millionen. Nach Angaben der Kassen wurden 1,6 Milliarden Euro in den vergangenen fünf Jahren als Anschubfinanzierung aus der Gesamtvergütung und den Krankenhausvergütungen zur Verfügung gestellt. Maximal hätten die Kas-

sen auf 3,7 Milliarden Euro zurückgreifen können, was bedeutet, dass die Anschubfinanzierung nur zu 45 Prozent ausgenutzt wurde. 1,36 Milliarden Euro flossen aus dem Honorartopf der niedergelassenen Ärzte und 2,3 Milliarden Euro aus den Krankenhausvergütungen.

Vertragsinhalte konnten erst ab Beginn des zweiten Quartals 2007 ausgewertet werden. Die größte Bedeutung in der integrierten Versorgung sowohl hinsichtlich der Anzahl der Verträge als auch in Bezug auf das geschätzte Vergütungsvolumen und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter haben Verträge zur Behandlung von Erkrankungen an Muskeln, Skelett- und Bindegewebe; ebenfalls von großer Bedeutung sind Leistungen zur Behandlung der Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie des Nervensystems. Dies gilt für Deutschland insgesamt ebenso wie für die einzelnen Versorgungsregionen. In den KV-Regionen Bayern, Berlin, Brandenburg, Saarland und Sachsen wurden vorwiegend indikationsübergreifende Versorgungsverträge geschlossen, während in Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Thüringen überwiegend indikationsspezifische Verträge geschlossen wurden.

Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz müssen die als Anschubfinanzierung einbehaltenen und innerhalb von drei Jahren nicht verwendeten Mittel gegenüber der Registrierungsstelle nachgewiesen werden. Im Jahr 2004 haben die Krankenkassen für 1.477 Verträge 68 Millionen Euro einbehalten; 2005 waren es 268 Millionen Euro für 1.977 Verträge. 2004 betrug die Rückzahlung für nichtverwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung 300.000 Euro, für das Jahr 2005 vier Millionen Euro – soweit Verträge überhaupt an die Registrierungsstelle gemeldet wurden.

Ausblick

Mit der integrierten Versorgung wollte der Gesetzgeber

- die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung überwinden;
- ein eigenständiges Einzelvertragssystem für die sektorübergreifende und interdisziplinäre Versorgung schaffen. Die Versorgung soll den Anspruch auf eine bevölkerungsbezogene, flächendeckende Versorgung erfüllen;
- einen Beitrag zum effektiven und effizienten Mitteleinsatz leisten.

In Anbetracht des weiter stark zunehmenden Fortschritts der Medizin und der Medizintechnik sowie vor allem im Hinblick auf die demografische Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung werden sektorübergreifende Versorgungsformen in allen möglichen Ausprägungsformen für die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten an Bedeutung enorm zunehmen. Rückschlüsse darüber, ob diese Ziele erreicht werden konnten oder noch können, lässt der im Sommer 2009 vorgelegte Bericht der Registrierungsstelle nicht zu. Der formale Wegfall der Anschubfinanzierung in 2009 hat bereits dazu geführt, dass die Krankenkassen ihre Vertragsaktivitäten deutlich zurückgefahren haben. Stattdessen konzentrieren sie sich vermehrt auf Verträge zu den im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) festgelegten Krankheiten. Dass die Krankenkassen die Mittel für die Anschubfinanzierung nicht ausgeschöpft haben, spricht auch dafür, dass die Entwicklung paralleler Versorgungsstrukturen zur Regelversorgung die Innovationskraft und Kreativität der Vertragspartner nicht beflügelt hat,

nachhaltige neue Versorgungsstrukturen zu schaffen. Dies schließt im Einzelfall erfolgreiche Versorgungskonzepte jedoch nicht aus.

Die grundsätzliche Zielsetzung der integrierten Versorgung zur Gestaltung patientenbezogener Versorgungsprozesse steht dabei nicht in Frage. Revisionsbedürftig ist die integrierte Versorgung jedoch nach Auffassung der Bundesärztekammer bezogen auf ihre gesetzlichen Rahmenbedingungen. Hierbei muss insbesondere der Kritik der Bundesärztekammer Rechnung getragen werden, dass die überwiegende Zahl der Verträge nach wie vor auf enge Indikationen bezogen ist. Zur besseren Überwindung der Schnittstellen bedarf es vielmehr einer verstärkten Entwicklung hin zu umfassenderen Verträgen zur Versorgung von Volkskrankheiten, zu einer möglichst breiten Abdeckung des Krankheitsgeschehens in einzelnen Regionen, zu breiter angelegten indikationsbezogenen Verträgen und zu Verträgen, welche die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit stärker in den Mittelpunkt rücken.

Eine Strukturreform, die nach fünf Jahren noch keinen dauerhaften Erfolg nachweisen kann, benötigt neue Impulse. Pauschale Vorschläge wie die Ausweitung der Anschubfinanzierung sind dabei keine Lösung. Ein weiteres Problem ist, dass es bislang kaum gesicherte Erkenntnisse über die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der verschiedenen Projekte gibt. Ob es etwa zu weniger Einweisungen in Krankenhäuser kommt oder ob eine höhere Patientenzufriedenheit erreicht wird, ist meistens nicht bekannt. Auch hat der Gesetzgeber bislang keine wissenschaftliche Evaluation der Verträge zur integrierten Versorgung vorgeschrieben. Daher müssen im Rahmen der integrierten Versorgung Versorgungsforschung und Controlling ausgebaut werden, um den Einsatz der Mittel zu optimieren.

Nicht zuletzt auf diese Aspekte wird auch der für den 113. Deutschen Ärztetag 2010 vorgesehene Bericht der Deutschen Akademie der Gebietsärzte zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung Bezug nehmen.

3.3 Ambulante Versorgung

3.3.1 Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin

Seit ihrer Gründung durch Beschluss des 61. Deutschen Ärztetages im Jahre 1958 befasst sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin mit Fragen der allgemeinärztlichen Versorgung. Seit dem 84. Deutschen Ärztetag 1981 in Trier – mit dem Schwerpunktthema „Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung“ – ist dem Deutschen Ärztetag alljährlich über Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin Bericht zu erstatten. Dies geschieht in der Regel durch schriftliche Ausführungen im Rahmen des Tätigkeitsberichts.

In dem Berichtszeitraum fanden unter dem Vorsitz von Dr. Max Kaplan die vierte und fünfte Sitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin der Wahlperiode 2007 bis 2011 statt; die Sitzungen erfolgten am 11.03.2009 und am 25.11.2009. Dabei befasste sich die Akademie insbesondere mit der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, dem Förderprogramm Allgemeinmedizin, der Weiterentwicklung der Facharzt-

weiterbildung Allgemeinmedizin, dem Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinärzte und durch Kinderärzte sowie mit der Weiterentwicklung der allgemeinmedizinischen Forschung und Lehre an den medizinischen Fakultäten in Deutschland.

Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde zum 01.04.2007 die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 01.01.2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung neu geregelt. Mit der Neufassung wurden die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. Trotz dieser gesetzlichen Verpflichtung entstanden jedoch nicht in ausreichender Zahl Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, um den Versicherten ein flächendeckendes Angebot unterbreiten zu können. Durch das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) hat der Gesetzgeber festgeschrieben, dass Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften abzuschließen haben, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten. Erfolgt keine Einigung, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Mit der Neuregelung wird das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Gemeinschaften von Hausärzten gestärkt und zugleich ausschließlich auf Allgemeinärzte bezogen. Die Vorrangstellung der Allgemeinärzte folgt der bereits in § 103 Abs. 4 Satz 6 SGB V verankerten Vorrangstellung der Allgemeinärzte und begründet sich nach Auffassung des Gesetzgebers aus der in der Weiterbildung vermittelten besonderen Qualifizierung der Allgemeinärzte für die spezifischen Anforderungen der hausärztlichen Versorgung. Mit dem GKV-OrgWG setzt der Gesetzgeber seine Förderung der hausärztlichen Versorgung fort. Hintergrund ist, dass der hausärztlichen Versorgung angesichts der voranschreitenden Spezialisierung der Medizin, der Zunahme chronisch kranker, multimorbider Patienten und der demografischen Entwicklung im gesundheitlichen Versorgungsgeschehen eine wachsende Bedeutung zugewiesen wird.

Wenngleich der Deutsche Hausärzteverband nach den Vorreiterverträgen in Bayern und Baden-Württemberg weitere Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung mit verschiedenen AOK-Landesverbänden und Betriebskrankenkassen abschließen konnte, bestehen Ende 2009 mit den meisten Krankenkassen noch keine Verträge. Vielmehr stehen über 1.800 Schiedsamtentscheidungen an.

Von den Mitgliedern der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin werden die Neuregelung des § 73b SGB V und die vom Deutschen Hausärzteverband bisher abgeschlossenen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung angesichts der Erhöhung der hausärztlichen Vergütung und der Vereinfachung der Abrechnungsmodalitäten durchaus positiv bewertet. Nach Einschätzung der Akademie können die Verträge dazu dienen, die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereichs für den ärztlichen Nachwuchs zu erhöhen. Zugleich verschärfen die Verträge jedoch die Trennung zwischen Fach- und

Hausärzten. Zudem können die Pauschalierung der Vergütung und die Reduktion von Dokumentationspflichten dazu führen, dass Hausärzte ihr Leistungsspektrum nicht mehr differenziert darstellen können und hierdurch Unterschiede zu anderen möglichen Primärversorgern verwischen.

Grundsätzlich bleibt der § 73b Abs. 4 SGB V weiterhin umstritten. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung steht die Neuregelung im Widerspruch zur staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Als eindeutiger Verstoß gegen die Grundsätze des Vertragswettbewerbs wird die Neufassung vom GKV-Spitzenverband ebenfalls abgelehnt. Dass der § 73b SGB V in der Fassung des GKV-OrgWG auch in der Politik umstritten ist, zeigen die unterschiedlichen Textfassungen des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und FDP zu diesem Punkt. Letztendlich vereinbart wurde, dass nach drei Jahren festgestellt werden soll, wie viele Hausarztverträge bundesweit abgeschlossen worden sind.

Förderprogramm Allgemeinmedizin

Im Rahmen des GKV-OrgWG wurde zum 01.01.2009 auch der Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) geändert, der die Bedingungen für das Förderprogramm Allgemeinmedizin enthält. Durch die Neufassung sollte insbesondere erreicht werden, dass die Höhe der finanziellen Förderung in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin so bemessen ist, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten. Die Mitte des Jahres begonnenen Verhandlungen zum Förderprogramm Allgemeinmedizin konnten im Dezember 2009 zum Abschluss gebracht werden. Die neue dreiseitige „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ tritt zum 01.01.2010 in Kraft. Wenngleich vom Gesetzgeber nur vorgesehen war, dass Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen sei, waren der Vorsitzende und die stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin, Dr. Max Kaplan und Dr. Cornelia Goesmann, an den Verhandlungen von Beginn an beteiligt.

Neben der Erhöhung der Förderbeträge sieht das Förderprogramm u. a. die Einrichtung von Koordinierungsstellen vor. Die Aufgabenbeschreibung für die Koordinierungsstellen orientiert sich an dem 2008 von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung verabschiedeten „Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“. Bis zum 30.06.2010 sollen die Koordinierungsstellen unter Beteiligung der Landesärztekammern in den Ländern eingerichtet werden. Der Erfolg der vereinbarten Maßnahmen soll jährlich überprüft und ggf. angepasst werden, um die hausärztliche Versorgung weiter zu sichern.

Weiterbildung Allgemeinmedizin

In beiden Sitzungen im Jahr 2009 wurde in der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin über die allgemeinmedizinische Weiterbildung beraten. Die vom Vorstand der Bundesärztekammer in der 25. Sitzung am 25.09.2009 und in der 26. Sitzung am 30.10.2009 gefassten Beschlüsse zur Weiterentwicklung der Facharztweiterbildung All-

gemeinmedizin im Hinblick auf die für den 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden vorgesehene Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wurden von den Akademiemitgliedern ausdrücklich begrüßt. Abweichende Vorstellungen bestehen bezüglich der Strukturierung der Weiterbildungszeit. In Übereinstimmung mit entsprechenden Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und des Deutschen Hausärzteverbandes haben sich die Mitglieder der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin mit deutlicher Mehrheit dafür ausgesprochen, dass die Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung auf jeden Fall 24 Monate betragen soll. Dieser Zeitraum dürfe nicht durch eine chirurgische Weiterbildung verkürzt werden können. Angesichts der Bedeutung der chirurgischen Weiterbildung für das Fachgebiet und die Tätigkeit von Hausärzten spricht sich die Akademie ferner für eine verpflichtende sechsmonatige chirurgische Weiterbildung aus.

Hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Vor dem Hintergrund der bereits länger andauernden Unstimmigkeiten zwischen Allgemeinmedizinern und Kinder- und Jugendmedizinern hat sich der Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin im Jahr 2009 bemüht, zwischen beiden Fachgebieten zu vermitteln. Konkreter Anlass war die Bitte des Arbeitsausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ an die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin, sich der Thematik „Abgrenzung von Leistungen zwischen Kinder-/Jugendärzten und Allgemeinärzten“ bzw. der Schnittstellenproblematik zwischen den beiden Gebieten anzunehmen. Die Gespräche fanden am 23.04.2009, am 20.07.2009 und am 21.10.2009 in Berlin statt. Dabei wurde der Teilnehmerkreis zunächst um Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und beim dritten Gespräch um Vertreter der beiden Berufsverbände erweitert. Wenngleich bei den Beratungen eine Annäherung erreicht wurde, konnte das auf der Grundlage der ersten beiden Gespräche erarbeitete Thesenpapier zur hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und der Rolle beider Fachgruppen in der dritten Gesprächsrunde nicht abschließend konsentiert werden. Über die weitere Vorgehensweise wird der Vorstand der Akademie im Jahr 2010 entscheiden.

Zukunftskonzept des Sachverständigenrates

In seinem Sondergutachten 2009 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen das Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug entwickelt. Bei diesem Zukunftskonzept stellt die multiprofessionelle Primärversorgung das Fundament dar; die Primärversorgung soll nach den Vorstellungen des Sachverständigenrates verantwortlich sein für den Zugang zur Versorgung, die Grundversorgung der Bevölkerung sowie die Koordination. Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Mitglied des Sachverständigenrates und Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main, stellte in der Herbstsitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin am 25.11.2009 das Zukunftskonzept sowie die Überlegungen des Sachverständigenrates zu den Primärversorgungspraxen und möglichen Modellen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Versorgungsbereichen vor.

Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin

Ein weiterer wichtiger Ansatz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist die Etablierung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten. Die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin setzt sich seit Jahren für die Einrichtung eigenständiger allgemeinmedizinischer Einrichtungen an den medizinischen Fakultäten ein und begrüßt die wachsende Anzahl von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin. Zielsetzung muss eine flächendeckende Etablierung allgemeinmedizinischer Lehrstühle sein. Medizinstudierende können hierüber frühzeitig an die hausärztliche Versorgung herangeführt und für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung interessiert werden. Auf Initiative der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin wurde vom 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz auf die Notwendigkeit hingewiesen, Lehrpraxen sowohl im Blockpraktikum als auch im Praktischen Jahr eine angemessene Aufwandsentschädigung zu zahlen. Positiv hervorgehoben wird von der Akademie die Entwicklung der Forschungsaktivitäten. Dies zeige sich unter anderem an der Anzahl von Forschungsvorhaben, die im Rahmen der Versorgungsforschungsinitiative der Bundesärztekammer gefördert würden.

3.3.2 Statistische Entwicklung in der Allgemeinmedizin

Die statistische Entwicklung in der Allgemeinmedizin wird alljährlich gesondert im Tätigkeitsbericht dargestellt. Die Anzahl der allgemeinmedizinisch tätigen Ärzte (Allgemein-/Praktische Ärzte) in den alten Bundesländern ist seit 1975 von 27.957 auf 43.975 im Jahre 2009 und damit im Bestand um 16.018 Ärzte gewachsen; der Anteil dieser Arztgruppe an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte ist hingegen von 52,4 Prozent im Jahre 1975 auf 36,4 Prozent im Jahre 2009 gesunken (s. Tabelle 1). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen im gleichen Zeitraum von 25.346 auf 76.792, d. h. um 51.446 Ärzte gewachsen und in der Relation von 47,6 Prozent (1975) auf 63,6 Prozent (2009) gestiegen. Die zahlenmäßige Entwicklung beider Arztgruppen ist seit 1975 kontinuierlich gegenläufig.

An der bisherigen Entwicklung mit einer kontinuierlichen Abnahme des Anteils der Allgemein-/Praktischen Ärzte und einem gegenläufigen kontinuierlichen Zuwachs an Spezialisten an der Gesamtzahl aller ambulant tätigen Ärzte hat sich auch im vergangenen Jahr nichts geändert.

Vom 31.12.2008 bis zum 31.12.2009 reduzierte sich die Zahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte erneut um 122, dies entspricht einer Abnahme um 0,3 Prozent. Im Vergleich hierzu stieg die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen in den alten Bundesländern um 1,8 Prozent, d. h. um 1.376 Ärzte.

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1975 (alte Bundesländer)

| Jahr | Allgemein-/Praktische Ärzte | | Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen | | Alle ambulant tätigen Ärzte | |
|------------|-----------------------------|----------------------|--|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1975 | 27 957 | 52,4 | 25 346 | 47,6 | 53 303 | 100 |
| 1976 | 28 202 | 51,3 | 26 772 | 48,7 | 54 974 | 100 |
| 1977 | 28 029 | 49,9 | 28 128 | 50,1 | 56 157 | 100 |
| 1978 | 26 729 | 46,4 | 30 837 | 53,6 | 57 566 | 100 |
| 1979 | 26 849 | 45,6 | 32 059 | 54,4 | 58 908 | 100 |
| 1980 | 26 853 | 44,9 | 32 924 | 55,1 | 59 777 | 100 |
| 1981 | 26 793 | 44,2 | 33 859 | 55,8 | 60 652 | 100 |
| 1982 | 27 334 | 43,8 | 35 084 | 56,2 | 62 418 | 100 |
| 1983 | 28 149 | 44,0 | 35 883 | 56,0 | 64 032 | 100 |
| 1984 | 28 800 | 43,8 | 36 980 | 56,2 | 65 780 | 100 |
| 1985 | 29 109 | 43,2 | 38 254 | 56,8 | 67 363 | 100 |
| 1986 | 29 314 | 42,7 | 39 384 | 57,3 | 68 698 | 100 |
| 1987 | 30 149 | 42,9 | 40 128 | 57,1 | 70 277 | 100 |
| 1988 | 30 923 | 43,1 | 40 828 | 56,9 | 71 751 | 100 |
| 1989 | 31 424 | 42,4 | 42 616 | 57,6 | 74 040 | 100 |
| 1990 | 31 837 | 42,3 | 43 414 | 57,7 | 75 251 | 100 |
| 1991 | 36 371 | 42,8 | 48 644 | 57,2 | 85 015 | 100 |
| 1992 | 37 793 | 42,6 | 50 955 | 57,4 | 88 748 | 100 |
| 1993 | 41 268 | 42,8 | 55 206 | 57,2 | 96 474 | 100 |
| 1994 | 41 782 | 42,6 | 56 288 | 57,4 | 98 070 | 100 |
| 1995 | 42 785 | 42,7 | 57 358 | 57,3 | 100 143 | 100 |
| 1996 | 42 336 | 41,6 | 59 365 | 58,4 | 101 701 | 100 |
| 1997 | 42 844 | 41,2 | 61 021 | 58,8 | 103 865 | 100 |
| 1998 | 43 365 | 40,8 | 62 817 | 59,2 | 106 182 | 100 |
| 1999 | 43 136 | 40,2 | 64 226 | 59,8 | 107 362 | 100 |
| 2000 | 44 084 | 40,2 | 65 621 | 59,8 | 109 705 | 100 |
| 2001 | 44 132 | 39,7 | 67 040 | 60,3 | 111 172 | 100 |
| 2002 | 44 188 | 39,2 | 68 440 | 60,8 | 112 628 | 100 |
| 2003 | 44 034 | 38,7 | 69 695 | 61,3 | 113 729 | 100 |
| 2004 | 44 220 | 38,5 | 70 601 | 61,5 | 114 821 | 100 |
| 2005 | 44 592 | 38,4 | 71 612 | 61,6 | 116 204 | 100 |
| 2006 | 44 767 | 38,1 | 72 735 | 61,9 | 117 502 | 100 |
| 2007 | 44 565 | 37,5 | 74 213 | 62,5 | 118 778 | 100 |
| 2008 | 44 097 | 36,9 | 75 416 | 63,1 | 119 513 | 100 |
| 2009 | 43 975 | 36,4 | 76 792 | 63,6 | 120 767 | 100 |
| 09:08 in % | -0,3 | | +1,8 | | +1,0 | |

Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellte Ärzte und einschließlich Berlin (Ost)

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Ärzte (inklusive der ausschließlich privatärztlich tätigen Ärzte sowie der angestellten Ärzte) seit 1990 in den alten und neuen Bundesländern. Im Jahr 2005 erreichte die Anzahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte ihren höchsten Wert mit 52.226. Seither sinkt die Anzahl, vom 31.12.2008 bis zum 31.12.2009 um 232 Ärzte (- 0,5 Prozent). Ihr Anteil lag 2009 bei 36,5 Prozent aller ambulant tätigen Ärzte in Deutschland. Die Zahl der Spezialisten erhöhte sich von 2008 auf 2009 um 1.514 Ärzte (1,7 Prozent), dies entspricht einem Anteil von 63,5 Prozent.

Von 1990 bis 2009 sank der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte von 43,5 Prozent auf 36,5 Prozent, zugleich stieg der Anteil der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen von 56,5 Prozent auf 63,5 Prozent. Insgesamt waren am 31.12.2009 139.612 Ärzte im gesamten Bundesgebiet ambulant tätig.

Tabelle 2: Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1990 (gesamtes Bundesgebiet)

| Jahr | Allgemein-/Praktische Ärzte | | Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen | | Alle ambulant tätigen Ärzte | |
|---|-----------------------------|----------------------|--|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1990 | 40 153 | 43,5 | 52 136 | 56,5 | 92 289 | 100 |
| 1991 | 43 808 | 43,9 | 56 017 | 56,1 | 99 825 | 100 |
| 1992 | 45 323 | 43,4 | 59 139 | 56,6 | 104 462 | 100 |
| 1993 | 48 782 | 43,3 | 63 991 | 56,7 | 112 773 | 100 |
| 1994 | 49 576 | 43,1 | 65 511 | 56,9 | 115 087 | 100 |
| 1995 | 50 643 | 43,1 | 66 935 | 56,9 | 117 578 | 100 |
| 1996 | 50 374 | 42,1 | 69 186 | 57,9 | 119 560 | 100 |
| 1997 | 50 907 | 41,7 | 71 083 | 58,3 | 121 990 | 100 |
| 1998 | 51 518 | 41,3 | 73 103 | 58,7 | 124 621 | 100 |
| 1999 | 51 280 | 40,7 | 74 701 | 59,3 | 125 981 | 100 |
| 2000 | 52 189 | 40,6 | 76 299 | 59,4 | 128 488 | 100 |
| 2001 | 52 134 | 40,1 | 77 852 | 59,9 | 129 986 | 100 |
| 2002 | 52 184 | 39,7 | 79 145 | 60,3 | 131 329 | 100 |
| 2003 | 51 909 | 39,2 | 80 440 | 60,8 | 132 349 | 100 |
| 2004 | 51 954 | 39,0 | 81 411 | 61,0 | 133 365 | 100 |
| 2005 | 52 226 | 38,7 | 82 572 | 61,3 | 134 798 | 100 |
| 2006 | 52 152 | 38,3 | 83 953 | 61,7 | 136 105 | 100 |
| 2007 | 51 840 | 37,7 | 85 698 | 62,3 | 137 538 | 100 |
| 2008 | 51 200 | 37,0 | 87 130 | 63,0 | 138 330 | 100 |
| 2009 | 50 968 | 36,5 | 88 644 | 63,5 | 139 612 | 100 |
| 09:08 in % | -0,5 | | +1,7 | | +0,9 | |
| Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellte Ärzte | | | | | | |

Tabelle 3 zeigt das Verhältnis zwischen Allgemein- und Praktischen Vertragsärzten seit 1990 im gesamten Bundesgebiet. Der Anteil der Praktischen Ärzte hat sich von 1990 bis 2008 von 51,7 Prozent auf 17,6 Prozent reduziert. Dies entspricht einer Anzahl von 7.175 Ärzten. Parallel hierzu stieg die Anzahl der Allgemeinärzte von 48,3 Prozent (1990) auf 82,4 Prozent (2008).

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Allgemein- und der Praktischen Vertragsärzte seit 1990 (gesamtes Bundesgebiet)

| Jahr | Allgemeinärzte | | Praktische Ärzte | | Allgemein- und Praktische Ärzte | |
|------------|----------------|----------------------|------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % | Anzahl | Anteil an Sp. 5 in % |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1990 | 18 481 | 48,3 | 19 763 | 51,7 | 38 244 | 100 |
| 1991 | 18 631 | 47,7 | 20 428 | 52,3 | 39 059 | 100 |
| 1992 | 19 141 | 48,2 | 20 551 | 51,8 | 39 692 | 100 |
| 1993 | 20 148 | 46,2 | 23 500 | 53,8 | 43 648 | 100 |
| 1994 | 22 548 | 51,9 | 20 933 | 48,1 | 43 481 | 100 |
| 1995 | 25 326 | 58,3 | 18 089 | 41,7 | 43 415 | 100 |
| 1996 | 27 342 | 63,0 | 16 038 | 37,0 | 43 380 | 100 |
| 1997 | 28 690 | 66,2 | 14 635 | 33,8 | 43 325 | 100 |
| 1998 | 29 660 | 67,9 | 13 999 | 32,1 | 43 659 | 100 |
| 1999 | 30 072 | 70,3 | 12 693 | 29,7 | 42 765 | 100 |
| 2000 | 30 552 | 71,3 | 12 279 | 28,7 | 42 831 | 100 |
| 2001 | 31 307 | 72,6 | 11 837 | 27,4 | 43 144 | 100 |
| 2002 | 31 758 | 73,8 | 11 303 | 26,2 | 43 061 | 100 |
| 2003 | 32 081 | 74,8 | 10 785 | 25,2 | 42 866 | 100 |
| 2004 | 32 416 | 76,1 | 10 171 | 23,9 | 42 587 | 100 |
| 2005 | 33 191 | 78,5 | 9 111 | 21,5 | 42 302 | 100 |
| 2006 | 33 715 | 80,4 | 8 223 | 19,6 | 41 938 | 100 |
| 2007 | 33 792 | 81,5 | 7 646 | 18,5 | 41 438 | 100 |
| 2008 | 33 523 | 82,4 | 7 175 | 17,6 | 40 698 | 100 |
| 08:07 in % | -0,8 | | -6,2 | | -1,8 | |

Quelle: Bundesarztregister der KBV

Die folgenden beiden Tabellen beschäftigen sich mit der Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzteschaft. Beide Tabellen zeigen, dass gerade in der Allgemeinmedizin in den nächsten Jahren mit deutlichen altersbedingten Abgängen zu rechnen ist. Am 31.12.2009 waren 10.955 Allgemein-/Praktische Ärzte, dies entspricht 21,5 Prozent, 60 Jahre und älter sowie 19.770 Ärzte 50 bis 59 Jahre alt (38,8 Prozent) (s. Tabelle 4). In beiden Altersgruppen liegt der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte über dem der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen. Deutlich geringer wiederum ist mit 30,1 Prozent der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte in der Altersgruppe der 40 bis 49-Jährigen im Vergleich zu 37,0 Prozent bei den Spezialisten.

Ein noch deutlicheres Bild zeigt Tabelle 5, die im Unterschied zur Tabelle 4 die Ärzte in Weiterbildung nicht enthält. Da Ärzte ohne Gebietsbezeichnung als Praktische Ärzte gezählt werden, sind die Ärzte in Weiterbildung in Tabelle 4 bei den Praktischen Ärzten mit enthalten und „verjungen“ diese.

Fast man die Ärzte in zwei Altersgruppen zusammen, so zeigt sich, dass in der Allgemeinmedizin 14.632 Ärzten in der ersten Altersgruppe (35 bis 49 Jahre) 29.462 Ärzten in der zweiten Altergruppe (50 bis über 60 Jahre) gegenüber stehen. Diese Gegenüberstellung zeigt deutlich die Problematik des fehlenden hausärztlichen Nachwuchses auf.

Tabelle 4: Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzte zum 31.12.2009 (gesamtes Bundesgebiet)

| Altersgruppe | | Allgemein- ärzte | Praktische Ärzte | Allgemein/ Praktische Ärzte | Ärzte mit übrigen Gebietsbe- zeichnungen | Summe Ärzte |
|---------------------------|------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------|---|----------------|
| 0 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bis 34 | Anzahl | 328 | 1 475 | 1 803 | 532 | 2 335 |
| | in Prozent | 0,9 | 10,9 | 3,5 | 0,6 | 1,7 |
| 35 bis 39 | Anzahl | 2 008 | 1 083 | 3 091 | 4 910 | 8 001 |
| | in Prozent | 5,4 | 8,0 | 6,1 | 5,5 | 5,7 |
| 40 bis 49 | Anzahl | 11 373 | 3 976 | 15 349 | 32 833 | 48 182 |
| | in Prozent | 30,3 | 29,4 | 30,1 | 37,1 | 34,5 |
| 50 bis 59 | Anzahl | 14 978 | 4 792 | 19 770 | 32 811 | 52 581 |
| | in Prozent | 40,0 | 35,4 | 38,8 | 37,0 | 37,7 |
| über 60 | Anzahl | 8 753 | 2 202 | 10 955 | 17 558 | 28 513 |
| | in Prozent | 23,4 | 16,3 | 21,5 | 19,8 | 20,4 |
| Summe Ärzte | Anzahl | 37 440 | 13 528 | 50 968 | 88 644 | 139 612 |
| | in Prozent | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Quelle: Statistik der BÄK | | | | | | |

Tabelle 5: Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte zum 31.12.2009 (gesamtes Bundesgebiet)

| Altersgruppe | | Allgemein- ärzte | Praktische Ärzte | Allgemein-/ Praktische Ärzte | Ärzte mit übrigen Gebietsbe- zeichnungen | Summe Ärzte |
|---------------------------|------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|---|----------------|
| 0 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bis 34 | Anzahl | 192 | 67 | 259 | 226 | 485 |
| | in Prozent | 0,5 | 0,7 | 0,6 | 0,3 | 0,4 |
| 35 bis 39 | Anzahl | 1 563 | 121 | 1 684 | 3 421 | 5 105 |
| | in Prozent | 4,4 | 1,3 | 3,8 | 4,2 | 4,1 |
| 40 bis 49 | Anzahl | 10 320 | 2 628 | 12 948 | 29 283 | 42 231 |
| | in Prozent | 29,3 | 28,7 | 29,2 | 36,2 | 33,7 |
| 50 bis 59 | Anzahl | 14 667 | 4 270 | 18 937 | 31 537 | 50 474 |
| | in Prozent | 41,8 | 46,8 | 42,7 | 39,0 | 40,3 |
| über 60 | Anzahl | 8 464 | 2 061 | 10 525 | 16 444 | 26 969 |
| | in Prozent | 24,0 | 22,5 | 23,7 | 20,3 | 21,5 |
| Summe | | | | | | |
| Ärzte | Anzahl | 35 206 | 9 147 | 44 353 | 80 911 | 125 264 |
| | in Prozent | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Quelle: Statistik der BÄK | | | | | | |

3.3.3 Deutsche Akademie der Gebietsärzte

Der Bericht über die Tätigkeit der Deutschen Akademie der Gebietsärzte wird in den Bereich der ambulanten Versorgung eingerechnet, da sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte primär mit Fragen der ambulanten fachärztlichen Versorgung befasst. Zugleich werden neben diesem Schwerpunkt immer auch Fragestellungen der stationären sowie der sektorübergreifenden Versorgung im Rahmen der Beratungen eingehend erörtert. Im Berichtszeitraum fanden unter dem Vorsitz von Dr. Martina Wenker die vierte und fünfte Sitzung der Deutschen Akademie der Gebietsärzte der Wahlperiode 2007 bis 2011 statt; die Sitzungen erfolgten am 25.04.2009 und am 05.12.2009.

Zwei Themen standen im Jahr 2009 im Mittelpunkt der Beratungen der Deutschen Akademie der Gebietsärzte. Dabei handelte es sich zum einen um die Erbringung ambulanter Leistungen im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V und zum anderen um die Zukunft der fachärztlichen Versorgung in Deutschland.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Die Trennung des deutschen Gesundheitswesens in verschiedene Versorgungssektoren und die bestehende Undurchlässigkeit der Sektoren werden seit Jahren kritisiert. Die deutsche Ärzteschaft hat sich mehrfach für eine stärkere Durchlässigkeit und die Förderung sektorübergreifender Versorgungskonzepte ausgesprochen. Zu entsprechenden

Maßnahmen gehört grundsätzlich auch die Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen.

Mit der Novellierung des § 116b SGB V im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) beabsichtigte der Gesetzgeber, mehr Krankenhäuser für die ambulante Versorgung von Menschen mit schweren und seltenen Erkrankungen und spezialisiertem Versorgungsbedarf zu öffnen. Bereits vorher konnten Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung wurde jedoch kaum genutzt. Über das GKV-WSG entfiel die bisher bestehende Vertragskompetenz der Krankenkassen. Derzeit gilt, dass ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten Leistungen berechtigt ist, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet bestimmt wurde.

In den Akademiesitzungen wurden im Zusammenhang mit dem § 116b SGB V insbesondere zwei Aspekte beraten. Erörtert wurden zum einen der in § 116b Abs. 3 SGB V genannte Katalog von Leistungen sowie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgenommene Weiterentwicklung im Sinne einer Ergänzung, Konkretisierung und Überprüfung des Katalogs von hochspezialisierten Leistungen und von seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Nach Einschätzung der Akademiemitglieder entspricht der Katalog nicht bzw. nicht mehr medizinischen Notwendigkeiten. Dies gilt insbesondere für die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, aber auch für weitere im Katalog genannte Erkrankungen. Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte ist der Auffassung, dass ambulante fachärztliche Leistungen primär in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden sollten. Eine Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen sei dann geboten, wenn sich hierdurch die Versorgungssituation betroffener Patienten tatsächlich verbessert. Gerade für Patienten mit onkologischen Erkrankungen sind in den letzten Jahren im ambulanten Bereich neue Versorgungsangebote (onkologische Schwerpunktpraxen) entstanden, durch die in vielen Regionen eine qualitativ hochstehende und flächendeckende Versorgung der betroffenen Patienten sichergestellt werden kann. Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte spricht sich von daher für eine Überarbeitung und Korrektur des Katalogs unter maßgeblicher Einbeziehung ärztlichen Sachverständs und unter Hinzuziehung von Vertretern des ambulanten und des stationären Versorgungssektors aus.

Weiterhin sehen die Akademiemitglieder einen Novellierungsbedarf bei den konkretisierenden Regelungen im § 116b SGB V. Als problematisch wird insbesondere der im Absatz 2 enthaltene Hinweis auf die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation gesehen. Zugleich hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass eine Bedarfsplanung nicht erfolgen soll. Nach Ansicht der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sind dies widersprüchliche Vorgaben, die bei einer Novellierung vom Gesetzgeber angepasst werden müssten. Die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation vor Bestimmung eines Krankenhauses wird als zwingend angesehen. Erörtert wurde weiterhin die Überprüfung der Eignung der Krankenhäuser. Hier stellt sich die Frage, inwieweit sichergestellt werden kann, dass ein Krankenhaus, das im Rahmen der Krankenhausplanung zur Erbringung entsprechender Leistungen bestimmt worden ist, die säch-

lichen und personellen Anforderungen dauerhaft erfüllt. Beispielsweise könnte durch personelle Veränderungen nach Antragsgewährung die Situation eintreten, dass in der entsprechenden Richtlinie des G-BA genannte Anforderungen vom Krankenhaus nicht mehr erfüllt werden. Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte sieht in der Zulassung von Krankenhausärzten anstelle von Krankenhäusern für die ambulante Behandlung bzw. in der Bindung der Bestimmung eines Krankenhauses an die Beschäftigung bestimmter Krankenhausärzte mögliche Lösungsansätze.

Zukunft der fachärztlichen Versorgung

Nicht nur die durch den § 116b SGB V erweiterten Möglichkeiten der Krankenhäuser, sich an der vertragsärztlichen Versorgung zu beteiligen, sondern auch zahlreiche weitere Aspekte wie insbesondere auch die zum 01.01.2009 in Kraft getretene Honorarreform haben bei den Vertragsärzten große Unsicherheiten und Befürchtungen bezüglich der Zukunftsfähigkeit der ambulanten fachärztlichen Versorgungsschiene ausgelöst. Vor diesem Hintergrund hat der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz den Beschluss gefasst, die Bundesärztekammer zu bitten, ein eigenes Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung zu erarbeiten. Dabei sieht der Beschluss vor, dass das Positionspapier insbesondere die Qualität und Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung in den Mittelpunkt stellt. Zugleich hat der Deutsche Ärztetag erneut betont, dass die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen eines der zentralen Anliegen der deutschen Ärzteschaft darstellt. Eine Optimierung der Versorgung kann jedoch nur unter Einbeziehung einer leistungsstarken und kosteneffektiven ambulanten Facharztebene erreicht werden.

Vom Vorstand der Bundesärztekammer wurde mit der Erstellung dieses Positionspapiers die Deutsche Akademie der Gebietsärzte in Kooperation mit den Krankenhausgremien der Bundesärztekammer beauftragt. Vorstand und Plenum der Akademie der Gebietsärzte haben sich im Berichtszeitraum bereits mehrfach mit Fragen der Zukunftsfähigkeit der fachärztlichen Versorgung befasst. Vom Vorstand wurden in mehreren Sitzungen ab Februar 2009 erste Thesen erarbeitet, die im Jahr 2010 weiter ausgearbeitet werden sollen.

Erste Thesen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung:

1. Überwindung der Sektorgrenzen
2. Perspektivenwechsel zur Patientensicht
3. Vom Leitsymptom zur richtigen Versorgungsebene
4. Systematisierter Zugang zu den Versorgungsebenen
5. Erhalt der Attraktivität des Arztberufes

Die Beschäftigung mit der Zukunft der fachärztlichen Versorgung in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte erfolgt vor dem Hintergrund der Entwicklung eigener Konzepte zur Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen durch verschiedene andere Institutionen. Zu nennen sind hier beispielsweise das Versorgungsebenenmodell der Kassenärztlichen Vereinigung, die Überlegung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu einem Gesundheitszentrum Krankenhaus, aber auch die Ausführungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu einem Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug. So kommt der Sachverständigenrat in einem Sondergutachten 2009 zu der Schlussfolgerung, dass das

Problem nicht primär in der hohen Zahl von ambulanten Fachärzten liegt, sondern in der mangelnden Verzahnung der Behandlung insbesondere mit dem stationären Sektor sowie in dem unzureichenden Wettbewerb zwischen den Vertragsärzten und den Krankenhäusern bei ambulanten Leistungen. Insbesondere in der Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung sieht der Sachverständigenrat das entscheidende ökonomische Entwicklungspotenzial.

Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte beabsichtigt, das Positionspapier dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden zur Beratung und ggf. zur Beschlussfassung vorzulegen. Für die nächsten Monate ist eine Abstimmung mit den Krankenhausgremien und dem Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Bundesärztekammer vorgesehen.

3.4 Stationäre Versorgung

Vorbemerkungen

Bei Fragen und Problemen der stationären Versorgung wird der Vorstand der Bundesärztekammer durch den Ausschuss und die Ständige Konferenz „Krankenhaus“ sachverständig beraten. Vorsitzender dieser Krankenhausgremien ist seit 2003 Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde im September 2008 Dr. med. Theo Windhorst, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, berufen. Zu den Sitzungen des Ausschusses werden neben den vom Vorstand der Bundesärztekammer berufenen Mitgliedern auch Gäste der maßgeblich an der stationären Versorgung beteiligten ärztlichen Verbände eingeladen. Der Abstimmung zwischen den Landesärztekammern in krankenhauspolitischen Fragen dient die Ständige Konferenz „Krankenhaus“, in welche die Landesärztekammern sachverständige Vertreter entsenden.

Mit dem weiter steigenden Durchschnittsalter in Deutschland wächst auch die Relevanz der stationären Versorgung. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Verbindung mit einer nach wie vor unterentwickelten Prävention führt zu einem wachsenden Behandlungsbedarf. Parallel dazu findet sich im Gesundheitswesen ein erhebliches Wachstums- und Beschäftigungspotenzial im Sinne eines hochrelevanten Wirtschaftsbereichs. Zuletzt betrug der Anteil am Bruttoinlandsprodukt 10,5 Prozent. Mehr als 4,5 Millionen Erwerbstätige sind im weiteren Sinn im Gesundheitswesen aktiv.

Mit einem Umsatzvolumen von ca. 65 Milliarden Euro und über einer Million Beschäftigten stellen in diesem Zusammenhang die deutschen Kliniken einen entscheidenden Anteil des Gesundheitswesens dar. In vielen Regionen und Kommunen sind Kliniken zudem der größte regionale Arbeitgeber. Weder die wirtschaftliche Entwicklung des Jahres 2009 noch die Schätzungen für das Jahr 2010 haben den Stellenwert der stationären Versorgung für die Sicherung einer hoch qualitativen Gesundheitsversorgung wie auch für den Arbeitsmarkt verringert.

Neben der Krankenversorgung sind Kliniken zudem Einrichtungen der Forschung und Entwicklung sowie Stätten der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten und weiterer Gesundheitsberufe. Die zukünftige Entwicklung der stationären Versor-

gung in Deutschland wird darüber hinaus auch einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Entwicklung der ärztlichen Berufsausübung und des zukünftigen Arztbildes haben.

Die seit 2007 intensiv geführte Debatte zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung und -versorgung mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat die genannten Rahmenbedingungen auch im Jahr 2009 maßgeblich geprägt.

Aktuelle Lage und Zielstellung 2009

Bedingt durch eine große Bandbreite in der finanziellen Situation der deutschen Kliniken sowie den steigenden Behandlungsbedarf der Bevölkerung befindet sich die stationäre Versorgung in einer entscheidenden und sehr dynamischen Umbruchphase.

Im Jahr 2008 standen in insgesamt 2.083 Krankenhäusern Deutschlands insgesamt 503.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Während sich die Zahl der Einrichtungen gegenüber 2007 um vier verringerte, sank die Zahl der aufgestellten Betten um rund 4.000 bzw. 0,8 Prozent. Sowohl der nur geringfügige Rückgang der Zahl der Häuser als auch der Bettenabbau haben sich damit deutlich verlangsamt. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands entspricht dies einer Bettendichte von 616 Betten je 100.000 Einwohner. Die durchschnittliche Bettenauslastung stieg erneut gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte auf 77,4 Prozent. 17,5 Millionen Patienten wurden 2008 vollstationär im Krankenhaus behandelt (+ 2,0 Prozent im Vergleich zu 2007).

Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, der bei Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 noch bei 14,8 Prozent lag, steigt seit Jahren kontinuierlich an und hat sich im Jahr 2008 verdoppelt (30,6 Prozent). Zurückgegangen ist im gleichen Zeitraum der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0 Prozent auf 31,9 Prozent. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser hat sich demgegenüber nur geringfügig geändert auf 37,5 Prozent (1991: 39,1 Prozent).

Die durchschnittlichen Behandlungskosten je Fall lagen bei 3.610 Euro. Zeitgleich sind u. a. die durchschnittlichen Aufwendungen für Sachkosten und Energie trotz verschiedenster Einsparbemühungen der Kliniken im Vergleich zum Vorjahr weiter gestiegen. Die ökonomisch erforderlichen Kompensationen werden bei gleichzeitig verschärftem Wettbewerb zwischen den Kliniken durch erlösorientierte Leistungsintensivierung und durch Einschnitte, insbesondere im Bereich der Personalbudgets, u. a. durch fehlende Nachbesetzungen von frei werdenden Stellen, Umstrukturierungen und Notlagetarifverträge angestrebt. Die Individualität der Patientenbetreuung und die Intensität persönlicher Zuwendung haben abgenommen. Umfragen zeigen, dass die Patientinnen und Patienten diese Entwicklung sehr kritisch registrieren. Da sich diese Entwicklung über Jahre fortgesetzt hat, ist absehbar, dass es zu Einbrüchen in der Qualität der Patientenversorgung und einer weiteren Belastung der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte kommt. Rückmeldungen zu Einzelfallbeschwerden an die Landesärztekammern bestätigen diesen Trend.

Neben den mit dem Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verbundenen Detaildebatten zu den finanziellen Rahmenbedingungen

der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009 gilt es nicht nur aus ärztlicher, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, Ärztinnen und Ärzten zeitnah vernünftiger Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Dies umfasst eine Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsbedingungen, den Zugang zu einer freien Forschung und Lehre, eine angemessene Vergütung von Ärztinnen und Ärzten (auch in Forschung und Wissenschaft), eine deutliche Reduktion der Leistungsverdichtung in den Kliniken durch Berücksichtigung der Arbeitszeitvorgaben und -richtlinien sowie die Umsetzung und Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle.

Im Berichtsjahr 2009 hat die Bundesärztekammer zur Erreichung dieser Ziele neben der Fortsetzung der Diskussionen und Stellungnahmen im Kontext der Erörterungen zum Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) insbesondere folgende Aktivitäten ergriffen:

- Fortsetzung und Ausbau des Seminars „Medizin und Ökonomie“ als Umsetzung der Empfehlung der Vorstandsarbeitsgruppe „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit“
- Beratung der Fachgesellschaften und der Selbstverwaltungspartner zur weiteren Ausgestaltung des G-DRG-Fallpauschalenkataloges 2010
- Erörterung der zentralen Probleme und des daraus resultierenden Änderungsbedarfes der Krankenhausfinanzierung in der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Weitere Ausgestaltung der Klassifikationssysteme ICD, OPS 2010 sowie der Deutschen Kodierrichtlinien 2010 in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information sowie den Selbstverwaltungspartnern
- Kritische Begleitung der Beratung der Selbstverwaltungspartner bei der Ausgestaltung der Begleitforschung zum G-DRG-System gemäß § 17b Abs. 8 KHG
- Ausbau der Kooperation in Fragen der Krankenhausplanung, -gesetzgebung und -finanzierung zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten mit der Fédération des Medicines Suisse (FMH), Bern
- Beratung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von in stationären Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich mit internationalen Gesundheitssystemen durch Erörterung im Weltärztebund, Genf
- Erörterung mit Vertretern der beteiligten Ministerien (BMG, BMWI) und Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zum Konjunkturpaket 2
- Aufbau des Geografischen Krankenhausanalysesystems in Kooperation mit den Landesärztekammern (GeKAS)
- Diskussion von Zahlen, Daten, Fakten und potenziellen Lösungsansätzen zur Thematik „Demografischer Wandel und ärztliche Versorgung in Deutschland“ im Rahmen des Symposiums der Bundesärztekammer am 27.08.2009 in Berlin
- Ausbau der Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Fragen der Begutachtung und Prüfung durch den MDK
- Diskussion zentraler Problemfelder zwischen Ärzteschaft und MDK im Kontext der stationären Versorgung
- Analyse und Erörterung potenzieller Optionen und Risiken der Gesundheitswirtschaft im Kontext der stationären Versorgung in Deutschland

Die im Jahre 2001 auf Beschluss des 104. Deutschen Ärztetages bei den Landesärztekammern eingerichteten Ombudsstellen gegen Ausbeutung und Überlastung junger Ärztinnen und Ärzte beraten Hilfesuchende in ihren Anliegen. Die steigende Zahl von Beschwerden, die dort eingeht, bestätigt die Notwendigkeit dieser Ombudsstellen. Ein Adressverzeichnis der Ansprechpartner bzw. Ombudspersonen wird fortlaufend aktualisiert und steht auf der Internetseite der Bundesärztekammer unter <http://www.baek.de/page.asp?his=1.144.760.762&all=true> zur Verfügung (s. auch Kapitel 13.1, S. 423 ff.).

3.4.1 Trägerstrukturänderung im Bereich der stationären Versorgung

Für 2010 ist in Folge der Sekundärwirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise und der damit verbundenen Einnahmeausfälle am Gewerbesteueraufkommen in einem Teil der kommunalen Haushalte mit einer erneuten Zunahme der Privatisierung zu rechnen. Die Konsequenzen dürften Ärztinnen und Ärzte in Kliniken aller Versorgungsstufen betreffen, auch für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte wird es zu Auswirkungen kommen. Trotz einiger Änderungen im Vorgehen der Träger behalten die durch die Arbeitsgruppe des Vorstandes bereits 2007 getroffenen Aussagen und Auswertungen im Ergebnisbericht „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit“ ihre Gültigkeit. (Download unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.144.5532>). Die aktuellen Diskussionen zeigen, dass die Zeit der „einfachen“ Privatisierung vorbei ist. Damit steigen die Anforderungen an alle Beteiligten, somit auch für Ärztinnen und Ärzte, da sie zunehmend ein Mitspracherecht bei Trägerstrukturänderungen haben. Insbesondere Mitarbeiter eines zur Veräußerung anstehenden Krankenhauses nehmen Trägerstrukturänderungen als fundamentale Veränderung und teilweise als Bruch mit traditionell gewachsenen Strukturen wahr. Nicht zuletzt in Verknüpfung mit dem steigenden Ärztemangel ergeben sich in der anstehenden Trägerdebatte sehr gute Chancen, dass die wichtigen Forderungen der Ärztinnen und Ärzte zur Strategie und Zukunft einer Klinik (Mitspracherecht, Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen, Beibehaltung von Gehalts- und Pensionsregelungen, Investitionsverpflichtungen, Förderung von Forschung und Lehre, Sicherstellung und Ausbau des Versorgungsauftrages, Standortsicherung etc.) deutlich mehr Berücksichtigung finden können.

Die Bundesärztekammer wird diese Umstrukturierung auch 2010 in enger Kooperation mit anderen Verbänden und Institutionen begleiten.

Medizin und Ökonomie

Auf Empfehlung der o. g. Arbeitsgruppe hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, ein Konzept einer Fortbildungsreihe unter der Leitung der zuständigen Dezernate 1 (Fortbildung) und 5 (Stationäre Versorgung) der Bundesärztekammer zu entwickeln und umzusetzen.

Nach Etablierung einer Basisversion im Jahr 2008 konnte im Jahr 2009 unter Berücksichtigung verschiedenster Anregungen von Teilnehmern und beteiligter Referenten ein jeweils einwöchiges Fortbildungsseminar im Frühjahr und Herbst angeboten werden. Das Seminar ermöglicht interessierten Ärztinnen und Ärzten, sich mit den aktuellen

Daten, Fakten, medizinischen und gesundheitspolitischen Trends sowie den verschiedensten betriebswirtschaftlichen Elementen und Ansätzen auseinanderzusetzen. Ermöglicht wird dies durch das persönliche Engagement hochkarätiger Referentinnen und Referenten, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen sehr direkten Kontakt zu den aktuellsten Fragen der Betriebswirtschaft, des Klinikmanagements, der neuesten Vertragsoptionen sowie der Gesundheitspolitik eröffnen.

Nicht zuletzt aufgrund des aus der Finanzkrise resultierenden und wachsenden ökonomischen Drucks sind Ärztinnen und Ärzte zunehmend gefordert, ihre Expertise in die ökonomischen und strategischen Fragestellungen medizinischer Einrichtungen zur Sicherung einer hochwertigen Patientenversorgung einzubringen. Die Nachfrage seitens anderer Institutionen wie z. B. Landesministerien, Planungsausschüssen oder Klinikgeschäftsführungen steigt.

Angesichts der sehr positiven Resonanz und der Nachfrage ist eine Fortsetzung und weitere Ausgestaltung dieses Fortbildungsangebotes zu den Schnittstellen zwischen Medizin und Ökonomie für interessierte Ärztinnen und Ärzte für das Jahr 2010 unter Einbeziehung schweizer Experten vorgesehen.

3.4.2 Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung – Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Nach ausgiebiger und differenzierter Diskussion folgte 2009 – auf Basis der Debatten und den Beschlusslagen des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Drucksache VI-03) die abschließende Positionierung der deutschen Ärzteschaft zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). Da im Gegensatz zur übergreifenden Gesundheitsreformgesetzgebung die Gesetzgebung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausversorgung in zeitlich sehr großen Abständen geändert wird (zuletzt in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 im Bundesgesetzblatt I, Seite 886 ff.), war es von beträchtlicher Bedeutung, dass hierfür entscheidende Positionen der Ärzteschaft Berücksichtigung gefunden haben. Nach Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag und Beschlussfassung im Bundesrat am 13.02.2009 erfolgte die Verkündung im Bundesgesetzblatt Nr. 15 am 24.03.2009. Somit sind die Vorgaben und Regelungen faktisch seit dem 25.03.2009 in Kraft. Die Änderungen zu § 120 Abs. 1a SGB V sind rückwirkend zum 01.01.2009 rechtsgültig geworden.

Da diese Neujustierung der Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung weitreichende Konsequenzen für die weitere Ausrichtung der stationären Versorgung in Deutschland und somit für die zukünftige Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte hat, werden die wesentlichen Regelungen nachfolgend kurz dargestellt:

Berücksichtigung der Tarifierhöhungen: Gemäß § 10 Abs. 5 in Verbindung mit § 10 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) erfolgt eine Berücksichtigung der Tarifierhöhung des Jahres 2008/2009 im Landesbasisfallwert. Damit werden ab dem Jahr 2009 die für 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen zu 50 Prozent durch die Krankenkassen refinanziert, soweit diese Tarifierhöhungen nicht

bereits durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen gedeckt sind.

Entkopplung Grundlohnbindung: Gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG wird das Statistische Bundesamt bis ca. Mitte 2010 einen Orientierungswert ermitteln, der die Kostenstrukturen und die Kostenentwicklung bei den Krankenhäusern abbilden und ab dem Jahr 2011 als Alternative zu der bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise dienen soll.

Pflege: Förderprogramm Pflege gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG – Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals. Innerhalb von drei Jahren sollen bis zu 17.000 neue Stellen im Pflegedienst geschaffen und zu 90 Prozent durch die Krankenkassen zusätzlich finanziert werden. Nach Beratungen im Kontext eines Pflegegipfels im Frühjahr 2009 konnte erreicht werden, dass der Eigenanteil der Kliniken von zunächst 30 Prozent auf 10 Prozent vermindert wurde. Allerdings erfolgte gleichzeitig eine Reduktion der vorgesehenen Stellen von 21.000 auf 17.000.

Sanierungsbeitrag: Entfall des GKV-Rechnungsabschlages gemäß § 8 Abs. 9 KHEntgG („Sanierungsbeitrag“)

Verlängerung der Konvergenzphase gemäß § 5 Abs. 6 KHEntgG: Die Konvergenzphase zur endgültigen Einführung der G-DRG-Fallpauschalen wird um ein Jahr verlängert. Mit dem Schritt sollen die aufgrund eines Ungleichgewichtes des letzten Konvergenzschrittes entstehenden weiteren Mehrausgaben im Jahr 2009 halbiert werden. Faktisch halbieren sich die konvergenzbedingten Mehreinnahmen bei Krankenhäusern und Budgetzuwächsen.

Mehrleistung: Vorgesehen sind krankenhausesindividuelle Abschläge für das Jahr 2009 gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG im Sinne von Kostendämpfungsmaßnahmen.

Ausbildungssystem: Finanzierung der Ausbildungskosten gemäß § 17a Abs. 1 bis 3 KHG. Alle Positionen der Ausbildungsstellen im Ausbildungsbudget sind zu berücksichtigen.

Investitionspauschalen gemäß § 10 KHG: Ziel der grundsätzlichen Umstellung der Investitionsfinanzierung ab 2012 auf Investitionspauschalen. Entscheidend ist das Wahlrecht der Länder, ob sie diesen Weg einschlagen oder die etablierte Einzelförderung beibehalten wollen. Die Grundsätze der Kriterien zur Ermittlung eines Investitionsfallwertes sollen bis Ende 2009 entwickelt werden (zum Zeitpunkt der Erstellung des Tätigkeitsberichtes noch nicht vorliegend).

Bundesbasisfallwert: Gemäß § 10 Abs. 8 und 9 KHEntgG sollen die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte in einem Zeitraum von fünf Jahren, beginnend ab dem Jahr 2010, in Richtung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors angenähert werden. Die Konvergenz auf einen Basisfallwertkorridor in Höhe von + 2,5 bis – 1,25 Prozent zwischen 2010 und 2014 ist vorgesehen. Neue Diskussionen werden in 2010 anstehen, da gemäß der Vereinbarung des Koalitionsvertrages vom 26.10.2009 eine grundsätzliche Einführung eines Bundesbasisfallwertes nicht intendiert ist.

Belegärztliche Vergütung: Über § 18 KHEntgG wird eine Wahloption für Kliniken eröffnet, die belegärztliche Versorgung durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können. Die Vergütung erfolgt hierbei durch G-DRG-Fallpauschalen für Hauptabteilungen mit einem 20-prozentigen Abschlag.

Im Weiteren wurden ergänzende Regelungen getroffen zur

- Berücksichtigung von Leistungsveränderungen bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)
- Übertragung des Einzuges von Zuzahlungen auf die Krankenhäuser (§§ 39d - 43 SGB V)
- Neujustierung der Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken (§ 120 SGB V)
- Unterjährige Vergütung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)
- Erhöhung der MDK-Aufwandspauschale für ungerechtfertigte Abrechnungsprüfungen von 100 auf 300 Euro (§ 275 SGB V in Verbindung mit § 17c KHG)
- Regelung zur Erfassung von Outsourcing-Personal (§ 3 KHStatV)
- Abschläge für die Notfallversorgung (§ 4 Abs. 2 KHEntgG)
- Konvergenz für „Besondere Einrichtungen“ (§ 4 Abs. 7 KHEntgG)
- Prüfungsauftrag bis zum 30.07.2009, ob für bestimmte Leistungen Zu- oder Abschläge erforderlich sind, um die Zusatzkosten der ärztlichen Weiterbildung sachgerecht finanzieren zu können; potenzielle Regelungen sollen in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung berechnet werden.
- Vereinbarung bilateraler Verträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und Verbänden der Praxiskliniken auf Bundesebene zu stationersetzenden Leistungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§ 122 SGB V).

Mit der Neueinführung des § 17d KHG wurde zudem die Grundlage zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems im Sinne von tagesbezogenen Entgelten gelegt. Grundstrukturen dieser neuen Vergütungssystematik, für die es weltweit keine beispielgebende Grundlage gibt, sollen durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene in Kooperation mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) schon bis zum Jahresende 2009 vereinbart werden. Die Vereinbarungen der resultierenden Entgelte und Bewertungsrelationen sollen zum 30.09.2012 vorgenommen werden. Der Umsetzungsbeginn ist ab 01.01.2013 vorgesehen.

Die Bundesärztekammer hat sich in den Diskussionen zu den vorgenannten Punkten wiederholt positioniert. Insbesondere zur Einführung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurde verdeutlicht, dass der vorgesehene Zeitrahmen als zu ambitioniert gewertet wird. Die Diskussionen bis Ende 2009 zeigen, dass diese Einschätzung sachlich mehr als begründet ist.

Viele der neuen Regelungen haben direkt oder indirekt Auswirkungen auf die zukünftige Patientenversorgung sowie die Rahmen- und Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten und erfordern eine weitere Positionierung der Ärzteschaft bei der anstehenden Umsetzung.

Die in § 17d Abs. 1 Satz 2 KHG vorgesehene Regelung, „... zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können“, und somit eine möglicherweise daraus resultierende Umwandlung tagesbezogener Entgelte in G-DRG-Fallpauschalen wird für den Bereich der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung strikt abgelehnt.

Auch der Diskussionsverlauf zur sachgerechten Finanzierung ärztlicher Weiterbildung durch potenzielle Zu- und Abschläge innerhalb des G-DRG-Systems hat im Kontext der

Vergabe des Prüfauftrages an die Selbstverwaltungspartner die Einschätzung der Bundesärztekammer bestätigt, dass die daraus resultierenden Dokumentationsvorgaben und Regelungen bei mangelnder Abstimmung zu einer erheblichen Steigerung der bürokratischen Belastung für Ärztinnen und Ärzte führen würde, ohne dass ansatzweise die Sicherheit besteht, dass faktisch auch nur annähernd mehr Finanzvolumen direkt für die ärztliche Weiterbildung zur Verfügung stehen würde. Eine vernünftige, nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung und eine darauf basierende Intensivierung gemeinsamer Bemühungen des Bundes und der Länder in Kooperation mit der Ärzteschaft zur Verbesserung der Bedingungen der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Arbeitsverhältnisse im ambulanten und stationären Sektor stehen daher im Fokus weiterer Debatten. Insbesondere die Ausführungen im Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 lassen hoffen, dass wesentliche Schritte in die richtige Richtung möglich werden.

Auch wenn in den Diskussionen und Erörterungen zur Zukunft der stationären Versorgung festgestellt werden konnte, dass trotz einiger widriger Regelungen im neuen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wesentliche ärztliche Positionen durchgesetzt werden konnten, gilt es dennoch, insbesondere unter Berücksichtigung der sekundären Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf den stationären Sektor, die Erörterungen zur weiteren Ausgestaltung mit den beteiligten Verbänden, Ministerien und Institutionen im Jahr 2010 fortzuführen. Die Sicherung einer hochwertigen, wohnortnahen Patientenversorgung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten stehen dabei im Mittelpunkt.

Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (Konjunkturpaket 2)

Im Rahmen der seit September 2008 sich abzeichnenden Wirtschaftskrise legten die Fraktionen der CDU/CSU und FDP zu Beginn des Jahres 2009 einen Gesetzentwurf zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vor (Bundestagsdrucksache 16/11740 „Konjunkturpaket 2“). Hintergrund der umfangreichen Bemühungen war, dass die andauernde wirtschaftliche Rezession Arbeitsplätze von Gering- wie Hochqualifizierten zunehmend in Gefahr bringt. Vor dem Hintergrund eines in Zukunft wachsenden Bedarfes an qualifizierten und spezialisierten Fachkräften, nicht zuletzt im Gesundheitswesen, einer Alterung der Gesellschaft und des Erhalts und Ausbaus der Konkurrenzfähigkeit Deutschlands beschloss der Koalitionsausschuss Maßnahmen in erheblichem Umfang, um Beschäftigung zu sichern und Beiträge zu stabilisieren. Das Volumen dieses Konjunkturpaketes umfasst ca. 50 Milliarden Euro.

Neben anderen Verbänden und Institutionen wurde die Bundesärztekammer zu einer schriftlichen Stellungnahme und nachfolgender Beteiligung an der öffentlichen Anhörung am 09.02.2009 aufgefordert.

Die Bundesärztekammer machte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens sowohl schriftlich als auch mündlich deutlich, dass angesichts des hohen Anteils an Erwerbstätigen und der steigenden Bedeutung des Gesundheitswesens, nicht zuletzt auch im Rahmen der Volkswirtschaft, die Berücksichtigung von Strukturen und Beschäftigten des Gesundheitswesens durch Maßnahmen des Konjunkturprogramms 2 positiv zu bewerten ist.

Bei einem jährlichen Investitionsbedarf im Bereich der stationären Versorgung von ca. sieben Milliarden Euro und einem Gesamtinvestitionsstau von ca. 20 bis 50 Milliarden Euro wurde begrüßt, dass gemäß § 9 Abs. 3 KHG bauliche Maßnahmen, wie z. B. die Adaptierung und Modernisierung von Stations- und Behandlungseinheiten, und die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, wie z. B. Informationstechnologie, Medizintechnik, Energietechnik etc., ermöglicht werden sollen. Die Bundesärztekammer wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass zur Sicherung einer zeitnahen Verfügbarkeit der Mittel des Konjunkturprogramms die vorgesehenen Mittel am ehesten auf Antrag pauschal (z. B. in Kopplung an die Betten bzw. an die Fallzahl einer Klinik) und somit im Rahmen der Zweckbindung so frei wie möglich zur Verfügung gestellt werden sollten. Zudem sollten diese Mittel trägerneutral verfügbar gemacht werden. Die Berücksichtigung des wachsenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen und die vorgesehenen Maßnahmen im Kontext des Konjunkturprogramms 2 sowie die Vergabe von Mitteln in Höhe von drei Milliarden Euro im Sinne eines Bundeszuschusses zu den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2009 und sechs Milliarden Euro für das Jahr 2010 wurden ebenfalls begrüßt.

Im Sinne der Mittelgerechtigkeit wies die Bundesärztekammer darauf hin, dass bei dem vorliegenden Entwurf zum Konjunkturpaket 2 vornehmlich die Einrichtungen des stationären Sektors berücksichtigt wurden. Im Sinne der zunehmend sektorübergreifenden Versorgungsansätze wurde vorgeschlagen, ergänzende Schritte auch für die Berücksichtigung des ambulanten Sektors und somit z. B. von Praxen zu ergreifen. Dies könnte z. B. eine Berücksichtigung im Kredit- und Bürgschaftsprogramm im Sinne einer Flexibilisierung des mittelstandsorientierten KfW-Sonderprogramms umfassen, um eine entsprechende nachhaltige Kreditierung zu ermöglichen (Vermeidung einer Kreditklemme bei Existenzgründung). Darüber hinaus sollte eine Integration in die geplante Initiative der Bundesregierung zur „Innovationsförderung des Bundes“ mit dem Ziel der Aufstockung des zentralen Innovationsprogramms „Mittelstand“ Berücksichtigung finden.

Insgesamt machte die Bundesärztekammer deutlich, dass die zu erwartenden beschäftigungsfördernden und gesundheitssystembelebenden Wirkungen des vorgesehenen Konjunkturprogramms 2 eher mäßig eingeschätzt werden.

3.4.3 Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF – Weiterentwicklung des G-DRG-Fallpauschalensystems

Die durch die Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) getragene Ständige DRG-Fachkommission wird gemeinsam von Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien, und Prof. Dr. Albrecht Encke, Past-Präsident der AWMF, geleitet. An den beiden Sitzungen der Fachkommission des Jahres 2009 nahm auch der Präsident der AWMF, Prof. Dr. Karl-Heinz Rahn, teil. Die DRG-Fachkommission dient den Repräsentanten der Fachgesellschaften, Trägerorganisationen, Vertretern der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik als Plattform, um die aktuellen medizinisch-fachlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit der regelmäßigen Anpassung des G-DRG-Fallpauschalensystems erörtern zu können. Damit wird es auch

möglich, die notwendigen Anregungen aus ärztlicher Sicht zeitnah mit den entscheidenden Repräsentanten zu diskutieren und den Anpassungsbedarf aufzuzeigen.

Die Bundesärztekammer und die AWMF unterstützen diese Anliegen auch im Rahmen eines etablierten Verfahrens, des sog. „strukturierten Dialogs“ im Sinne der direkten Diskussion und der Erörterung mit den Vertretern der Selbstverwaltungspartner sowie des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Im Fokus der diesjährigen Diskussionen standen z. B. die Problematik der Prüfungen zur „Unteren Grenzverweildauer“ sowie die bürokratische Belastung durch diese MDK-Prüfverfahren.

In der Frühjahrssitzung der Ständigen DRG-Fachkommission am 18.02.2009 wurden, bedingt durch das laufende Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, die Reformansätze der Großen Koalition zur Neugestaltung der Rahmenbedingungen der stationären Versorgung in Deutschland diskutiert. In diesem Kontext wurden insbesondere die neu vorgesehenen Regelungen einer zukünftigen Entgeltregelung für die Psychiatrie und die psychosomatische Medizin gemäß des neuen § 17d KHG thematisiert.

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel berichtete dem Gremium in seiner Funktion als Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde über die erste Einschätzung seitens der Fachgesellschaft. PD Dr. Ulrich Cuntz ergänzte eine erste Position aus Sicht der Psychosomatik und Psychotherapie. Die Beiträge zeigten deutlich, wie weitreichend die möglichen Auswirkungen auf Patienten und Ärzteschaft sein werden.

Bedingt durch die steigende Zahl an Prüfverfahren zu den „Unteren Grenzverweildauern“ seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), erfolgte sowohl in der Frühjahrs- als auch in der Herbstsitzung 2009 eine Erörterung mit Vertretern des Medizinischen Dienstes. Da die Problematik einen erheblichen Umfang bei den Auseinandersetzungen zwischen Ärzten, Kliniken sowie Krankenkassen und MDK einnimmt, erfolgte eine zusätzliche Fachdiskussion einer Delegation der Ständigen DRG-Fachkommission mit der Leitung des InEK.

Die Beratungen der Expertengruppe mit Vertretern des MDK wurden 2009 durchgehend fortgesetzt. Bedauerlicherweise konnten die MDK-Vertreter keine Autorisierung durch den GKV-Spitzenverband dafür erzielen, gemeinsam mit den Vertretern der Ärzteschaft einen Korridor von Kriterien zu erarbeiten. Diese sollen Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken eine deutliche Erleichterung im Umgang mit den Prüfverfahren zur „Unteren Grenzverweildauer“ und eine verbesserte Berücksichtigung sozialmedizinischer Rahmenbedingungen ermöglichen. Die Ständige DRG-Fachkommission sprach sich einhellig für die Etablierung eines regelmäßigen Fachaustausches mit dem MDK mindestens einmal jährlich aus, um mittelfristig eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte erreichen zu können.

Im Rahmen der Herbstsitzung am 26.11.2009 wurden darüber hinaus erörtert:

- Neuerungen im G-DRG-System 2010
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- Aktuelle Perspektiven der stationären Versorgung (Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes)
- Entgeltregelungen für die Psychiatrie und die psychosomatische Medizin – Update

Zur Fortsetzung der Diskussion zur Entwicklung von zukünftigen Entgeltregelungen (tagesbezogene Pauschalen) für die Psychiatrie und für die psychosomatische Medizin muss nach ersten Monaten der Entwicklungsarbeit konstatiert werden, dass sich nach Vorlage des neuen OPS durch das DIMDI für diesen Bereich nicht unerhebliche Umsetzungsprobleme abzeichnen. Diese wurden auch in einem Spitzengespräch am 17.11.2009 zwischen Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und den Trägern des InEK beraten. Gegebenenfalls folgen Neuformulierungsvorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens bis Ende März 2010. Die ab dem 01.01.2010 theoretisch vorgesehene Kodierung von OPS im Kontext des § 17d KHG dürfte mit nicht unerheblichen Umstellungs- und Bürokratiebelastungen für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sowie für die Kliniken verbunden sein.

Die Beratungen ergaben, dass derzeit diese Kliniken noch nicht ausreichend für die entsprechende Kodierung und den Umgang mit den neuen Tagespauschalen ab dem 01.01.2010 vorbereitet sind. Hintergrund ist, dass erstmals weltweit ein entsprechendes Entgeltsystem entwickelt wird und nicht, wie bei der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems, auf die Vorerfahrungen eines anderen Fallpauschalensystems zurückgegriffen werden kann. Mögliche Ansätze, die derzeit in Entwicklung befindlichen Tagespauschalen so zu gestalten, dass sie in das G-DRG-System gewandelt werden könnten, werden seitens der Bundesärztekammer abgelehnt. Bis zum 30.09.2012 ist eine Vereinbarung eines Entgeltkataloges vorgesehen, am 01.01.2013 soll laut KHRG eine budgetneutrale Umsetzung erfolgen.

Die Ständige DRG-Fachkommission und die Bundesärztekammer haben wiederholt darauf hingewiesen, dass die Einführung eines Entgeltsystems in dieser Form für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik einem zu engen Zeitkonzept unterliegt und somit erhebliche unerwünschte Effekte auf die Patientenversorgung, die finanzielle Planungssicherheit der betroffenen Kliniken, die Arbeitsbedingungen sowie die medizinische Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte haben werden. Eine ausreichende Pilotierung mit entsprechenden Auswertungen und Nachkorrekturen wäre zielführender. In Ergänzung wurde zudem angeregt, zeitnah die Begleitforschung zu der Einführung des neuen Entgeltsystems gemäß § 17d KHG einzuleiten. Entsprechende Ansätze sind derzeit jedoch noch nicht erkennbar.

Die Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und die AWMF hatten sich darüber hinaus bemüht, mögliche Fragen zur Methodik und Herangehensweise, ggf. auch die ersten Ergebnisse der gesetzlich schon für den 01.01.2006 eingeforderten Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG gemeinsam mit dem auftragnehmenden Institut (IGES) zu diskutieren. Leider wurde diese Erörterung durch die Selbstverwaltungspartner/das InEK (noch) nicht freigegeben. Die Erörterung wird daher erst im Jahr 2010 folgen.

Der Dialog zwischen Bundesärztekammer, AWMF und den Vertretern der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) in Fragen der Krankenhausfinanzierung wurde erfolgreich fortgesetzt. So konnte die FMH unter deutscher Mitwirkung erstmals einen umfassenden Entwurf zur Etablierung einer Begleitforschung bei der Einführung der Swiss-DRG vorlegen. Eine Fortsetzung dieses regelmäßigen Austausches ist auch für das Jahr 2010 vorgesehen.

G-DRG-Begleitforschung

Bereits am 01.01.2006 sollten – gesetzlich eingefordert – erste Ergebnisse der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG zu den möglichen positiven und negativen Auswirkungen der Einführung eines G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland vorgelegt werden. Bis Ende 2009 lagen jedoch noch keine aussagekräftigen Ergebnisse vor. Die Bundesärztekammer hat wiederholt in Stellungnahmen und in Kooperation mit der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF auf dieses Defizit hingewiesen. Seitens der Selbstverwaltungspartner/des InEK wurde erst im Jahr 2009 ein Auftrag zur Begleitforschung an das Institut IGES vergeben. Entsprechende Erhebungsbögen wurden an unterschiedlichste Institutionen, Verbände, Fachgesellschaften etc. versandt. Die Bundesärztekammer hat nochmals darauf hingewiesen, dass insbesondere die möglichen Auswirkungen auf die Patientenversorgung, die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich im Fokus der Analyse stehen müssen. Zudem haben die Beratungen des Jahres 2009 deutlich gezeigt, dass auch für den Bereich § 17d KHG eine zeitnahe Begleitforschung unerlässlich ist, um unnötigen Fehlentwicklungen vorbeugen zu können.

Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Die durch die Krankenkassen initiierten Prüfverfahren des MDK stellen für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die Kliniken eine zunehmende Belastung dar. Die hiermit verbundenen Dokumentationsprüfungen, Vor-Ort-Erörterungen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Geschäftsleitungen von Kliniken, MDK-Vertretern und weiteren Experten bleiben nach wie vor eine Ursache zunehmender Demotivation, insbesondere in den Kliniken, in denen die Personalverknappung im ärztlichen Bereich zwangsläufig eine Reduktion der für Patientinnen und Patienten verfügbaren ärztlichen Behandlungszeit nach sich zieht. Die Bundesärztekammer hat in Kooperation mit der AWMF den Dialog mit MDK-Vertretern intensiviert. Leider wurde im Kontext der Problematik „Untere Grenzverweildauer“ den Vertretern des MDK nicht ermöglicht, zusammen mit Experten der Ärzteschaft einen Entwurf eines Kriterienkataloges zu erarbeiten.

Gemäß einer Bestandsaufnahme 2008 und einer Trendanalyse 2009 zur Belastung der Ärztinnen und Ärzte und Kliniken mit dem Titel „MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern“ (bundesweite Umfrage in 136 Kliniken aus 16 Bundesländern) beträgt die mittlere Prüfquote für MDK-Prüfungen gemäß § 275 SGB V derzeit 11,1 Prozent (Stand 2008). Von den bereits abgeschlossenen MDK-Prüfungen der teilnehmenden Kliniken wurden immerhin 41 Prozent zugunsten der Kostenträger entschieden. Durchschnittlich verlieren die Kliniken jeweils ca. 440 Euro. Die häufigsten Prüfgründe sind die Verweildauer sowie die Hinterfragung der stationären Behandlungsnotwendigkeit. Die primäre Fehlbelegungsprüfung ist bei 19 Prozent der Kliniken vorrangiger Prüfgrund. Subsumiert bedeutet dies, dass 2008 ca. 93 Prozent der Kliniken MDK-Prüfungen erfahren haben, die in erster Linie einer Kürzung bereits erbrachter stationärer Leistungsinhalte diene. Mit erheblichem Abstand folgt die Prüfung der korrekten Kodierung von Haupt- bzw. Nebendiagnosen (Diskussion auf Basis der Erhebung M. Thieme/J. Schikowski, Frühjahr 2009).

In Kombination mit der gesundheitspolitisch intendierten Verweildauersenkung und den daraus resultierenden Leistungsverdichtungen in den betroffenen Abteilungen erleben insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte die laufenden Prüfverfahren als Ausdruck einer sich verschärfenden Misstrauenskultur und einer organisatorischen Überregulierung. Zudem hat die Diskussion zwischen den Beteiligten auch Jahre nach Etablierung des G-DRG-Fallpauschalensystems und der zugehörigen Steuerungs- und Kontrollinstrumente vielfach noch nicht die notwendige Ebene der Sachlichkeit gefunden: *„Der MDS und die Autoren des Leserbriefes bestätigen selbst, dass Überprüfungen der korrekten Kodierung nur eine Minderheit der Rechnungsprüfungen darstellen. Die hohen Angaben zu Prüf- und Erfolgsquoten in einen Zusammenhang mit „Upcoding“ und damit Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser zu stellen und damit die hohen Prüfquoten zu legitimieren, ist nicht seriös. Es wäre wünschenswert, wenn auch durch den MDK/MDS bzw. die Kostenträger bei Interviews mit den Medien Sachlichkeit an den Tag gelegt würde.“* (Dtsch Arztebl 2009; 106: A 2418 [Heft 48]).

Trotz dieser erheblichen Divergenzen ist es der Bundesärztekammer in Kooperation mit der AWMF gelungen, den Dialog mit wesentlichen MDK-Vertretern zu versachlichen und zu verstetigen. Nicht zuletzt dürfte die in den nächsten Jahren zu erwartende Prüfbelastung des MDK im Bereich der Pflege und weiterer Kodiervorgaben dazu führen, dass aufseiten des MDK eine Konzentration auf die wirklich relevanten Prüfvorhaben angestrebt werden wird. Für 2010 ist daher die Fortführung der Expertengespräche zu diesen Themen vorgesehen.

ICD-10-GM 2009

Unter Berücksichtigung der geplanten Änderungen des G-DRG-Fallpauschalen-Kataloges für das Jahr 2010 sind die notwendigen Anpassungen und Änderungen der Klassifikation ICD-10-GM unter Beteiligung der Bundesärztekammer beraten und vereinbart worden.

Wesentliche Änderungen in der Version 2010 erfolgten durch die Einführung einer neuen Schlüsselnummer für den septischen Schock, einer differenzierteren Kodierbarkeit der Appendizitis, des Morbus Crohn sowie der Colitis Ulcerosa, der Einführung einer neuen Schlüsselnummer für die HIV-Krankheit bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die Überarbeitung und Neuordnung der Schlüsselnummern für Blindheit und Sehbeeinträchtigung sowie der pandemiebedingten Neueinführung der Verschlüsselung für die „Neue Grippe“ (Schweinegrippe).

In der neuen Version 2010 sind über 40 Vorschläge aus der Ärzteschaft, den Fachgesellschaften sowie von Krankenkassen und Kliniken berücksichtigt worden. Darüber hinaus wurden 100 Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) integriert. Die ICD-10-GM 2010 wird in ihrer neuen Differenzierung eine entscheidende Grundlage für das pauschalierende Vergütungssystem G-DRG darstellen. Die Änderungen zwischen den Versionen 2009 und 2010 wurden neben der Gesamtversion ICD-10-GM 2010 unter www.dimdi.de verfügbar gemacht. Bedingt durch die wachsende Bedeutung eines modernen Klassifikationssystems – nicht zuletzt für die aus diesen Daten abgeleiteten Analysen zu Gesundheitssurvey, aber auch Finanzierungssystemen – bleibt es von entscheidender Bedeutung, dass sich Vertreter der Ärzteschaft und der Fachgesellschaften an den jährlich stattfindenden Vorschlagsverfahren beteiligen. Entsprechende Antragsunterlagen werden durch das DIMDI zur Verfügung gestellt.

OPS-Version 2010

Erfreulicherweise konnten seitens des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im OPS, Version 2010, ca. 220 Vorschläge von Experten aus Ärzteschaft und Fachgesellschaften, aber auch Kliniken und Krankenkassen bei der Weiterentwicklung in die neue Version des OPS 2010 integriert werden. Mit Hilfe dieser Vorschläge war es möglich, viele Prozeduren deutlich präziser und differenzierter darzustellen. Wesentliche Änderungen erstrecken sich auf

- spezifische Codes für viele Leistungen der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- differenzierte Kodierungsmöglichkeiten für Dialyseverfahren und Chemotherapie
- neue Codes für die Applikation zusatzentgeltpflichtiger Medikamente
- neue Codes für die Implantation und Stents und Gefäßprothesen
- neue Codes für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter

Darüber hinaus erfolgte erstmals die Integration neuer Codes für die hoch aufwendige Pflege von Patienten unter Integration von Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (s. Anhang des OPS). Ebenso werden erstmals Codes für die Diagnostik und Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (zur Vorbereitung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG) integriert.

Beide Neuerungen dürften 2010 noch mit erheblichem Diskussionsbedarf einhergehen. Gemäß des 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurde die Vorbereitung und Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG vorgesehen. Festzuhalten bleibt, dass es sich bei diesem Finanzierungsansatz um ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten, d. h. keine G-DRG-Fallpauschalen, handelt. Die beteiligten Fachgesellschaften wurden aufgefordert, entsprechende Vorschläge noch in 2009 vorzulegen. Angesichts des mehr als kurzen Zeitraums und der nicht verfügbaren Option, auf etablierten internationalen Konzepten aufsetzen zu können, wurden erstmals OPS-Codes für diesen Versorgungsbereich in Deutschland vorbereitet.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zum KHRG 2009 darauf hingewiesen, dass der vorgesehene Zeitraum zur Einführung dieses neuen Entgeltsystems mehr als ambitioniert ist. Umso mehr wäre eine Erprobung der neuen Codes und deren potenzielle Handhabbarkeit in einem ausreichenden Zeitraum dringend geboten.

Die Neueinführung von OPS-Codes für „besonders aufwendige Pflegeleistungen“ geht zurück auf die Pflegegipfel in den Jahren 2008 und 2009. Ziel der Vereinbarungen ist es, Pflegemaßnahmen, die mit einem besonders hohen Pflegeaufwand einhergehen, besser dokumentieren zu können. Die Bundesärztekammer hat in den Diskussionen des Pflegegipfels und der geplanten Einführung dieser Codes mehrfach darauf hingewiesen, dass dies nicht konträr zu dem eigentlichen Ziel des Pflegegipfels und der Steigerung der Verfügbarkeit von Pflegepersonal zur Patientenversorgung laufen darf. Zudem war es Konsens, dass dem Anliegen nur mit wenigen, sehr gut handhabbaren Codes Rechnung getragen werden sollte. Sollte die Anwendung der Codes 2010 zeigen, dass daraus ein erheblicher Schulungsaufwand für Pflegekräfte in deutschen Kliniken resultiert und

in Kombination mit dem Dokumentationsaufwand medizinisches Personal in Relation deutlich weniger für die Patientenversorgung zur Verfügung steht, ist ein dringender Anpassungsbedarf angezeigt. Auch im Kontext der jährlichen OPS-Anpassungen ist und bleibt es von entscheidender Bedeutung, dass insbesondere Verbesserungsvorschläge seitens der Bundesärztekammer und der Fachgesellschaften in die nächsten Überarbeitungen der Klassifikation einfließen.

Deutsche Kodierrichtlinien 2010

Im Kontext der Einigung zu dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2010 wurden zeitgleich die Deutschen Kodierrichtlinien in der adaptierten Version für das Jahr 2010 verabschiedet. Eine Veröffentlichung erfolgte durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus am 17.11.2009.

Nach wie vor bleiben die Deutschen Kodierrichtlinien mit einem erheblichen Arbeitsaufwand für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte verbunden. Die unterschiedlichen Ansätze, eine entsprechende Entlastung dieser Dokumentationsaufwendungen durch die zunehmende Einführung von dokumentationsunterstützenden Mitarbeitern zu erzielen, scheitert in einer Vielzahl von Kliniken an den zunehmend limitierten Gesamtbudgets und der angespannten Finanzlage. Dies ist umso mehr von Bedeutung, als Kliniken zunehmend ambulante Versorgung (z. B. § 116b SGB V) übernehmen und Ärztinnen und Ärzte damit auch mit wachsenden Dokumentationsanforderungen konfrontiert sind. Zudem wird – so das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 – ein zunehmender Fokus auf eine sektorübergreifende Behandlungserbringung gelegt. Diesem Anspruch werden zukünftig auch die Kodiersysteme und Richtlinien Rechnung tragen müssen, wenn die belastbaren Auswirkungen auf die Ärzteschaft noch einigermaßen tolerierbar bleiben sollen.

In der Version 2010 der Deutschen Kodierrichtlinien wurden folgende wesentliche Änderungen im Vergleich zur Vorversion 2009 integriert:

Im Bereich der allgemeinen Kodierrichtlinien wurde zur Klarstellung der „Hauptdiagnose“ neu geregelt, dass bei zwei oder mehreren Befunden/Symptomen bei der Beobachtung eines Verdachts diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen ist, welche die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hintergrund der Regelung ist die seit Jahren kontrovers geführte Diskussion zu einer sinnvollen Kodiermöglichkeit der „Symptome“, um die resultierenden Prüfanfragen des MDK soweit wie möglich reduzieren zu können. Ergänzend erfolgte eine Klarstellung für die Problematik der „Nebendiagnosen“.

Seitens der Selbstverwaltungspartner besteht Einigkeit, dass eine Überdokumentation von Symptomen vermieden werden soll. Ziel ist es, eine Vereinfachung der Kodiervorgaben zu erreichen. Die Umsetzung im Jahr 2010 wird zeigen, ob das Ziel mittels dieser Änderungen erreicht werden kann oder eine weitere Nachjustierung folgen muss.

Die Diskussion zu den Deutschen Kodierrichtlinien 2009 hat gezeigt, dass nicht zuletzt die Erfahrungen aus der Umsetzungspraxis in den Kliniken auch den Anpassungsbedarf und die Anpassungsmöglichkeiten beeinflussen müssen.

Für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Kliniken muss es zudem nach Implementierung des G-DRG-Fallpauschalensystems zukünftig möglich sein, in einer absehbaren Frist verlässliche Auskünfte über spezifische Kodieranfragen bzw. Probleme bei den da-

für Zuständigen im InEK bekommen zu können. Dies würde den Umfang der Auseinandersetzungen mit den Prüfungen des MDK vor Ort deutlich reduzieren können.

Kooperation mit den Schweizer Ärztinnen und Ärzten in Fragen der Krankenhausfinanzierung und -planung sowie der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte

In Fortsetzung der 2007 initiierten Kooperation konnte auch 2009 ein regelmäßiger Austausch zwischen Experten der schweizer und der deutschen Ärzteschaft ermöglicht werden. Repräsentanten der FMH nahmen regelmäßig an den Sitzungen der Ständigen DRG-Fachkommission teil. Ebenso erfolgte eine gegenseitige Beratung in Fragen des beginnenden Ärztemangels, Fachkräftemangels sowie der Etablierung von Begleitforschungen im Zusammenhang mit Krankenhausfinanzierungssystemen. Schwerpunkte der Beratungen waren u. a.:

- die Konkretisierung eines Begleitforschungskonzeptes für die Swiss-DRG
- der Austausch über die Krankenhausreformansätze in Deutschland und der Schweiz
- die Anpassung der Klassifikation OPS und ICD-10-GM
- die potenzielle Beteiligung schweizerischer Vertreter an den Beratungen von Klassifikationsgremien im Sinne eines Gaststatus
- die Etablierung weiterer Einzelkooperationen zwischen Fachgesellschaften, insbesondere im Bereich der Vorschlagsverfahren.

Darüber hinaus wurde der Austausch mit der Geschäftsführung des Verbandes der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) ausgebaut. Hintergrund sind Erörterungen von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Assistenz- und Oberärzten in der Schweiz und in Deutschland, Erfahrungen und die daraus resultierenden Anforderungen bei der Einführung von Fallpauschalensystemen sowie die Zukunft belegärztlicher Tätigkeit. Eine Fortführung dieses sehr konstruktiven Austausches ist für das Jahr 2010 vorgesehen.

3.4.4 Innovationen im Gesundheitswesen

In Fortsetzung der Diskussion im Jahr 2008 zur Thematik „Medizinisch technischer Fortschritt“ und „Zukunft von Innovationen im Gesundheitswesen“ hat sich die Bundesärztekammer im Berichtsjahr 2009 erneut mit diesem Themenbereich befasst. Hintergrund ist die sachgerechte Handhabung von Vorschlägen zu „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ und deren Berücksichtigung in den entsprechenden Finanzierungssystemen. Im Kontext einer durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) am 26.11.2009 präsentierten Studie wurde festgestellt, dass sich die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren und somit der Innovationstransfer hauptsächlich auf größere Kliniken bezieht. Die Befragung der 154 repräsentativ ausgewählten Kliniken zeigt, dass der Zugang gemäß § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz derzeit noch mit einigen Widrigkeiten verbunden ist.

Die Diskussionen zu den DKI-Untersuchungsergebnissen in Verbindung mit denen des Entgeltsystems im Krankenhaus (InEK) haben gezeigt, dass das Antragsverfahren dazu führt, dass ca. 33,5 Prozent der Beteiligten noch nie einen Antrag auf ein Neues Unter-

suchungs- und Behandlungsverfahren gestellt haben. Lediglich 34 Prozent der befragten Kliniken haben für die Innovation in ihrer Klinik einen entsprechenden Antrag gestellt. Als Hauptgründe für die Ablehnung der durch Ärzte und Kliniken beantragten Innovationen durch Kostenträger werden einerseits der Verweis auf MDK/MDS-Gutachten, andererseits die fehlende Evidenzbasierung angeführt. Die teilweise zugrunde liegenden MDK-Gutachten stehen in der Regel den ärztlich Beteiligten nur bedingt oder gar nicht zur Verfügung. Weitere Gründe für die Ablehnung von Innovationen waren z. B. der fehlende Versorgungsauftrag, eine gegebene Beschränkung auf andere ausgewählte Krankenhäuser, eine fehlende Mengenbegrenzung für die beantragten Innovationen oder das mit ihnen verbundene Finanzierungsrisiko für die Krankenkasse.

Die „besten“ Chancen für eine Vereinbarung eines Entgeltes zu Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Kostenträgern sind auf Basis der Diskussion 2009 derzeit gegeben, wenn eine hohe Evidenzbasierung, eine strikte Fallzahlbegrenzung sowie eine strikte Erlösbegrenzung dargelegt werden können. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass trotz der Vereinbarung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der stationären Versorgung in Deutschland viele Kostenträger entweder nicht, teilweise nur sehr beschränkt oder aber zu einem sehr späten Zeitpunkt des Budgetjahres eine Vereinbarung mit den kontrahierungswilligen Ärzten und Kliniken eingehen. Im Falle einer Vereinbarung wird in der Regel keine rückwirkende Erstattung ermöglicht. Insgesamt zeigte die Debatte in 2009, dass der Innovationstransfer im Krankenhaus massiv von dem Wohlwollen der Kostenträger abhängt.

Bedingt durch die gesamtwirtschaftliche Lage muss davon ausgegangen werden, dass sich der restriktive Umgang mit Innovationen auch 2010 fortsetzen wird. Diese Praxis steht in einem gewissen Kontrast zu der Bedeutungszumessung von Innovationen und der Innovationskraft des Gesundheitswesens in Deutschland. *„Deutschland soll verstärkt Innovationen hervorbringen und Leitmärkte prägen ... Forschung, Innovation und neue Technologien sind die Grundlage für den künftigen Wohlstand ... Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu sichern.“* (Koalitionsvertrag vom 26.10.2009).

Insbesondere Innovationen, die einerseits zu einer Verbesserung der Patientenversorgung und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten führen, andererseits kostenintensive Verfahren ersetzen können, müssen zeitnah Eingang in das System finden können.

3.4.5 Krankenhausbedarfsplanungsanalysen

Die Diskussionen zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2007 bis 2009 haben gezeigt, dass eine Integration ärztlichen Sachverständigen in die weiteren Diskussionen zur Ausgestaltung der stationären Versorgung, aber auch der neuen Ansätze zur sektorübergreifenden Versorgung, zunehmend unverzichtbar ist. In Fortführung des regelmäßigen Fachaustausches der Beteiligten wurde Ende 2008 eine Arbeitsgruppe zur Thematik „Krankenhausbedarfsplanungsanalyse“ eingerichtet. Vorsitzender dieser Arbeitsgruppe ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Krankenhausgremien.

Aufbauend auf den Beratungen des Jahres 2008 tagte die Arbeitsgruppe wiederholt im Berichtsjahr. Im Fokus der Diskussionen standen u. a. folgende Aspekte:

- Integration weiterer Daten in das Beta-Tool GeKAS
- Umgang mit externen Anfragen
- Datenschutz
- Integration von Klassifikationssystemen
- Beteiligung möglichst aller Landesärztekammern (soweit Interesse und Möglichkeit)
- Handhabung von Übergangsbereichen zwischen den Landesärztekammern (Diskussion zum 75-Kilometer-Korridor)
- Schulungen
- Potenzielle Berücksichtigung belegärztlicher Interessen
- Datenvalidität
- Verzahnung/Neue Versorgungsstrukturen
- Konkretisierung von Anforderungen an eine flächendeckende Versorgung.

Auf einhellige Empfehlung der Arbeitsgruppe wurde dem Ausschuss und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ laufend über den Projektstand berichtet. Die Krankenhausgremien begrüßten in ihrer Sitzung am 28.10.2009 den erreichten Entwicklungsstand des GeKAS-Beta-Tools und empfahlen die Aufnahme von Schulungen der zugangsberechtigten Mitarbeiter der Ärztekammern sowie die Berichterstattung gegenüber dem Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.12.2009.

Erfreulicherweise konnten an der ersten Schulung zu dem Krankenhausbedarfsplanungsanalysesystem schon über 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammern teilnehmen. In Vorbereitung des weiteren Ausbaus des Systems sind die Beteiligten gebeten worden, ihre Erfahrung bei der Anwendung des Beta-Tools im Rahmen eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches einzubringen. So soll einerseits die Optimierung des Beta-Tools ermöglicht werden, andererseits der Austausch der medizinischen und krankenhausesplanungstechnischen Expertise unter den Beteiligten sichergestellt werden. Übergeordnetes Ziel ist es, durch die verstärkte Integration ärztlicher Expertise in die Krankenhaus- und Bedarfsplanungsdebatten eine optimierte Versorgung der Bevölkerung im Bereich der stationären Versorgung und der Notfallversorgung sicherstellen zu können. Gleichzeitig sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sich positiv auf die Attraktivität der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten auswirken.

3.4.6 Demografischer Wandel und ärztliche Versorgung in Deutschland

Die zunehmende Problematik einer ausreichenden Sicherstellung der Nachbesetzung von ärztlichen Stellen im Bereich der stationären (aber auch ambulanten) Versorgung war im Jahr 2009 für die Bundesärztekammer ein entscheidender Anlass, den zukünftigen ärztlichen Versorgungsbedarf in Deutschland unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Bevölkerung sowie der demografischen Entwicklung der Ärzteschaft zu thematisieren. Unter Einbindung unterschiedlichster Repräsentanten des deutschen Gesundheitswesens konnte eine aktuelle Lageanalyse, eine Versachlichung der Diskussion sowie die Erörterung möglicher Lösungsoptionen und -ansätze erreicht werden. An dem Symposium der Bundesärztekammer in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung am 27.08.2009 in Berlin waren folgende weitere Institutionen beteiligt:

- Abteilung für Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer
- Bundesministerium der Verteidigung
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Marburger Bund
- Weltärztebund

Weitere Institutionen und Verbände waren als Teilnehmer der Veranstaltung in die gemeinsamen Diskussionen eingebunden. Neben der Erörterung zum wachsenden Bedarf an Ärztinnen und Ärzten stand insbesondere die Notwendigkeit eines Ausbaus von Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Arztberufes im Vordergrund. Nicht zuletzt die Förderung der Autonomie im Sinne des Freien Berufes „Arzt“ wurde als wesentliche Voraussetzung für eine Attraktivitätssteigerung thematisiert. Die Analysen zeigten, dass immer mehr ausgebildete Ärzte sich frühzeitig gegen eine weitere kurative Tätigkeit entscheiden und Alternativen in anderen Berufsfeldern oder aber im Ausland suchen. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, die häufig als ungerecht empfundene Vergütung, bürokratische Belastungen und die zunehmende Unvereinbarkeit von Beruf und Familie wirken abschreckend auf junge Ärztinnen und Ärzte. Weitere zentrale Punkte der Diskussion waren:

- der Trend zur Arbeitszeitverkürzung
- der wachsende Anteil von Ärztinnen
- die zunehmende Leistungsverdichtung bei sinkenden Verweildauern
- der steigende, generelle Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in Deutschland, Europa und weltweit
- die Nachbesetzungsproblematik im Bereich der Bundeswehr
- die Ausdünnung der ambulanten Versorgung
- die Zunahme von Wartelisten
- der Bedarf an regional adaptierten spezifischen Lösungsansätzen unter Einbeziehung von verschiedensten Institutionen

Erfreulicherweise konnten über Gespräche im Nachgang der Veranstaltung mit gesundheitspolitisch Verantwortlichen der politischen Fraktionen einige dieser wesentlichen Anliegen im Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 Berücksichtigung finden: *„Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung wirksam auch durch folgende Maßnahmen zu begegnen: Gezielte Nachwuchsgewinnung und -förderung von Medizinstudierenden und Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung, Ausbau der Anreize und Mobilitätshilfen bei Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten Gebieten und Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten.“*

Angesichts dieser neuen Ausgangsbasis gilt es auch im Jahr 2010 die Diskussion mit den Beteiligten zwecks Konkretisierung dieser Lösungsoptionen fortzuführen.

Gesundheitsmarkt/Gesundheitswirtschaft

Die stationäre Versorgung in Deutschland hat einen wesentlichen Stellenwert, gemessen an dem durch das Gesundheitswesen erzielten Anteil des Bruttoinlandsproduktes. Zudem stellen viele Kliniken in Kommunen und Gemeinden den größten Arbeitgeber. Nicht zuletzt durch die Akzentuierung der Thematik „Gesundheitswirtschaft“ im Koalitionsvertrag der Fraktionen von CDU/CSU und FDP vom 26.10.2009 bleibt es unerlässlich, dass sich die Ärzteschaft mit der Thematik sowie den Chancen und Risiken des Gesundheitsmarktes bzw. der Gesundheitswirtschaft verstärkt auseinandersetzt. *„Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Gesundheitswirtschaft erheblich an Bedeutung gewinnen. Wir wollen die Möglichkeiten ausbauen, dass auch außerhalb des gesetzlich finanzierten Bereiches Gesundheits- und Pflegeleistungen angeboten werden können. Dafür bedarf es einer Verbesserung der wettbewerblichen Strukturen. Außerdem wollen wir Innovationskraft und Investitionsbereitschaft der deutschen Medizintechnik stärken.“* (Koalitionsvertrag).

Auch wenn bis heute keine wirklich verlässliche Definition der Gesundheitswirtschaft vorliegt, wird allgemein davon ausgegangen, dass ihr Kernbereich die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Pflege umfasst. Somit definiert sich der Gesundheitsmarkt 1 als der Bereich, der letztlich dem Versorgungsbereich des SGB V entspricht. Neben Kliniken, Ärztinnen und Ärzten zählen dazu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, nichtärztliche medizinische Berufe, Apotheken sowie stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Bereiche der Medizintechnik, der pharmazeutischen Industrie, der Gerontotechnik, der Bio- und Gentechnologie, des Gesundheitshandwerks sowie des Groß- und Facheinzelhandels von medizinischen und orthopädischen Produkten stellen einen Übergangsbereich in Richtung zum Gesundheitsmarkt 2 dar, der Leistungen bis hin zu Gesundheitstourismus, wellness- und gesundheitsbezogenen Sport- und Freizeitangeboten und Life-Style-Produkten umfasst. Nicht zuletzt die Diskussion der deutschen Ärzteschaft zur Schönheitschirurgie hat gezeigt, dass es dringend geboten ist, über die Integration ärztlicher Expertise die notwendigen Grenzen aufzuzeigen.

Die so definierte Gesundheitswirtschaft (Gesundheitsmarkt 1 und 2) mit derzeit mehr als 4,5 Millionen Erwerbstätigen und einer Wirtschaftskraft von ca. 280 Milliarden Euro stellt die größte Branche in Deutschland dar. Angesichts des medizintechnischen Fortschritts und des demografischen Wandels in Kombination mit einem zunehmenden Gesundheitsbewusstsein ist davon auszugehen, dass ihre gesellschaftspolitische und volkswirtschaftliche Relevanz in den nächsten Jahren noch deutlich zunehmen wird.

In den Facherörterungen mit Vertretern des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) wurde seitens des Ministeriums verdeutlicht, dass davon ausgegangen wird, dass der Anteil des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft am Bruttoinlandsprodukt bis 2020 von heute ca. 10 Prozent auf fast 30 Prozent steigen wird. Die Anzahl der Beschäftigten von derzeit fünf Millionen wird entsprechend der Prognose des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie auf ca. sieben Millionen Erwerbstätige wachsen. Dies wird auch die deutsche Ärzteschaft betreffen.

Nicht zuletzt die anstehende Diskussion zu möglichen neuen Finanzierungswegen, die Entwicklung neuer Berufsfelder im Bereich des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft, die Notwendigkeit der Implementierung von evidenzbasierten Innova-

tionen sowie die Konfrontation mit zunehmend Life-Style-orientierten Ansätzen wird eine aktive kritische Rolle der Ärzteschaft in dieser Diskussion erfordern.

Die Botschaft des Koalitionsvertrages, das Gesundheitswesen nach langen Jahren nicht mehr nur als reduzierungsbedürftigen Kostenfaktor zu betrachten, wird begrüßt. Dennoch gilt es, dass in den weiteren Debatten einerseits der hohen gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft Rechnung getragen, andererseits aber auch unsinnigen und kontraproduktiven Entwicklungen vorgebeugt werden kann.

Die Bundesärztekammer hat daher im Jahr 2009 Gespräche mit verschiedenen Experten und Vertretern der Gesundheitswirtschaft geführt. Für 2010 ist eine Fortsetzung des Dialogs, insbesondere mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen, vorgesehen.

Freiberuflichkeit: Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft

Als Folge der zunehmenden externen Einflussnahmeversuche auf das Patienten-Arzt-Verhältnis, die ärztliche Therapiefreiheit und die ärztliche Selbstverwaltung wurde die Thematik „Ärztliche Freiberuflichkeit“ auf die Agenda des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz gesetzt.

Aus Sicht des Vorstandes und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer ist es von entscheidender Bedeutung, die Kernmerkmale des freien Berufes „Arzt“ gerade unter Berücksichtigung der durch die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre geschaffenen neuen Rahmenbedingungen zu thematisieren und deren gesundheits- und gesellschaftspolitische Relevanz nachdrücklich zu verdeutlichen.

Basierend auf einer Reihe von Expertengesprächen mit Ärztinnen und Ärzten, Juristen, Ethikern, Ökonomen, Soziologen etc. wurden die grundsätzlichen Positionen für den Deutschen Ärztetag vorbereitet. Die Bundesärztekammer hat diese Impulse auch in die Diskussionen des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) zum neuen Leitbild der freien Berufe im Kontext der Lissabon-Agenda einfließen lassen.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft“ wurden wesentliche Diskussionsergebnisse und Forderungen während des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz thematisiert. Es zeigte sich, dass der freie Beruf „Arzt“ und die ärztliche Freiberuflichkeit gerade für eine Gesellschaft des langen Lebens und eines steigenden Versorgungsbedarfes unerlässlich sind. Die eindrückliche Debatte ergab auch, dass die Rahmenbedingungen für die zukünftige Tätigkeit als „freier Arzt“ dringend neu ausgerichtet werden müssen. Dies ist nicht zuletzt zum Schutz der Patienten und zur Steigerung der Attraktivität des ärztlichen Berufes für angehende Ärztinnen und Ärzte unverzichtbar.

Im Mittelpunkt standen u. a. folgende Aspekte, die die Diskussionen der nächsten Jahre prägen werden:

- die Unterscheidung des freien Berufes „Arzt“ von gewerblicher Tätigkeit
- die Garantienpflicht und haftungsrechtliche Verantwortung des freien Berufes „Arzt“
- die Verdeutlichung der Freiberuflichkeit im Kontext angestellter ärztlicher Tätigkeit

- die unabdingbare Verknüpfung zwischen der Person und des Berufes als besonderer Ausdruck der Profession
- die Bedeutung der beruflichen Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit der Vermittlung ethischer Grundsätze (Code of Ethics)
- die zentrale Bedeutung einer hochwertigen Aus- und Weiterbildung als Kernbaustein der fachlichen Kompetenz
- die Unverzichtbarkeit der Berücksichtigung der Individualität und individuellen Bedürfnisse des Patienten
- die übergeordnete Bedeutung und Schutzwürdigkeit der Patienten-Arzt-Beziehung
- die besondere Rolle und Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung
- die Relation zwischen dem freien Beruf „Arzt“ und dem Gemeinwohlbezug: *„Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“* (§ 1 Satz 1 Bundesärzteordnung)
- die Bedeutung des freien Berufes „Arzt“ im Kontext der Vertretung von Patientenrechten, z. B. im Kampf gegen heimliche Rationierung
- die Merkantilisierung des Gesundheitswesens im Sinne einer Verengung des Blickwinkels auf eine reine Kosten-Nutzen-Relation (Vernachlässigung des Charakters medizinischer Leistungen im Sinne von Vertrauensgütern)
- die besondere Bedeutung und Schutzwürdigkeit der ärztlichen Autonomie
- Schutzwürdigkeit einer Vertrauenskultur im Umgang mit dieser Komplexität.

Im Nachgang des 112. Deutschen Ärztetages 2009 wurden die Diskussion und die Beschlussfassung des Ärztetages an die gesundheitspolitisch Verantwortlichen herangetragen. Erfreulicherweise fanden die impliziten Kernforderungen des Deutschen Ärztetages teilweise Berücksichtigung bei der Ausgestaltung des Koalitionsvertrages der neuen Regierungskoalition: *„Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit. Die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrecht erhalten. Die Besonderheiten einer wohnortnahen Versorgung in ländlichen Bereichen werden dabei Berücksichtigung finden.“* (Koalitionsvertrag vom 26.10.2009).

Das zentrale Anliegen des Schutzes des vertraulichen Patienten-Arzt-Verhältnisses, der Verbesserung der Rahmenbedingungen des freien Berufes „Arzt“ und der ärztlichen Autonomie bleibt ein übergreifendes Kernanliegen der weiteren Initiativen der Bundesärztekammer in Kooperation mit den Landesärztekammern. Insbesondere die Vermittlung dieser entscheidenden Grundlagen ärztlicher Arbeit gegenüber Medizinstudierenden bzw. angehenden Ärztinnen und Ärzten stehen dabei im Mittelpunkt, um ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, den Beruf „Arzt“ wieder als Berufung zu verstehen und sich mit ihm identifizieren zu können.

(Weitergehende Information und Vorträge zum Download unter www.baek.de, 112. Deutscher Ärztetag)

3.4.7 Einrichtung einer klinikeigenen Kinderbetreuung bei Neubauten und Neugestaltungen von Krankenhäusern

Mit einem mit großer Mehrheit verabschiedeten Beschluss hat der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz die Landesärztekammern gebeten darauf hinzuwirken, dass insbesondere bei neu entstehenden Krankenhäusern sowie der Errichtung neuer Abteilungen in Krankenhäusern eine familienfreundliche Gestaltung entsprechend der vom Deutschen Ärztinnenbund erarbeiteten Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“ erfolgt. Dazu gehört insbesondere die Einrichtung einer klinikeigenen Kinderbetreuung. Zur Begründung dieser Forderung wird angeführt, dass der ärztliche Beruf eine hohe arbeitszeitliche Belastung zu Unzeiten mit sich bringt, in denen die übliche, d. h. öffentliche Kinderbetreuung in der Regel nicht gewährleistet ist. Zur Sicherung des qualifizierten, fachärztlich weitergebildeten Nachwuchses sind familienfreundliche Neustrukturierungen an Krankenhäusern dringend erforderlich. Insbesondere Ärztinnen – aber auch zunehmend Ärzte – sind nicht in der Lage und auch nicht willens, ihre Weiterbildung erfolgreich abzuschließen bzw. ihren Beruf in der Klinik längerfristig auszuüben, wenn die Versorgung ihrer Kinder nicht gewährleistet ist. Der zunehmenden Gefahr, dass qualifizierter Nachwuchs gänzlich in andere Berufszweige ausweicht, muss so begegnet werden. Ein Verharren auf familienunfreundlichen Klinikstrukturen kommt insbesondere bei der zunehmenden Zahl weiblicher Absolventen des Medizinstudiums einem Nichterkennen oder einer Geringschätzung des heute bereits vorhandenen Potenzials ärztlicher Arbeitskraft gleich.

Vor dem Hintergrund dieses Ärztetagsbeschlusses sind die Landesärztekammern mit Rundschreiben vom 01.07.2009 nochmals ausdrücklich gebeten worden, im Rahmen ihrer Beteiligungsmöglichkeiten bei der Landeskrankenhausplanung auf eine Realisierung dieser Zielsetzung hinzuwirken.

3.4.8 Krankenhaushygiene

Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen

Mit Schreiben vom 14.01.2009 hat die beim Robert Koch-Institut gebildete Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention den beteiligten Verbänden und Organisationen ihren Entwurf einer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen“ mit der Bitte um Stellungnahme zugeleitet. In ihrer mit Schreiben vom 25.02.2009 zugeleiteten Stellungnahme hat die Bundesärztekammer nach vielfältigen Abstimmungen mit Sachverständigen aus ihren Krankenhausgremien sowie aus ihrem Wissenschaftlichen Beirat im Wesentlichen auf folgende auszugsweise dargestellten Bewertungen des Entwurfs abgehoben:

1. Zielsetzung

„Wenn sich der Empfehlungsentwurf der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zum Ziel setzt, die aus fachlicher Sicht notwendigen Rahmenbedingungen für alle organisatorischen und personellen Voraussetzungen einer effektiven In-

fektionsprävention sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Versorgung darzustellen, muss aus Sicht der Bundesärztekammer festgestellt werden, dass diese umfassende Zielsetzung insoweit zu weit greift, als die dargestellten personellen und organisatorischen Anforderungen vorrangig nur auf den stationären Bereich ausgerichtet sind und auf die überwiegend anders ausgerichteten Bedingungen in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte wenig bis gar nicht Bezug nehmen. Insofern ist eine Beschränkung der Empfehlung auf den stationären Versorgungsbereich notwendig.

2. Organisation

Völlig zu Recht weist der Empfehlungsentwurf darauf hin, dass Gründe wie die der hohen Arbeitsbelastung, des damit verbundenen Zeitmangels und der zunehmenden Dokumentationspflichten teilweise zu Widerständen der in den Krankenhäusern tätigen Berufsgruppen bei der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen zur Infektionsprävention führen. Es wird sogar auf Untersuchungen verwiesen, die einen direkten Zusammenhang zwischen der bettenbezogenen Personalbesetzung und der Rate nosokomialer Infektionen belegen. Der Empfehlungsentwurf zieht aus diesen zutreffenden Feststellungen jedoch nicht die Konsequenz, auf die vor diesem Hintergrund bestehende Notwendigkeit einer ausreichenden personellen Ausstattung der Krankenhäuser und deren erforderliche Finanzierung hinzuweisen. Soll der Empfehlungsentwurf einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Infektionsprävention in den deutschen Krankenhäusern leisten, muss nach Auffassung der Bundesärztekammer auch eine beleihbare Aussage zu Möglichkeiten der Behebung dieser Ursachen und damit zur Finanzierung des durch die vorgeschlagenen Maßnahmen bedingten Mehrbedarfs an Personal getroffen werden. Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang ebenso festzuhalten, dass der Entwurf es leider versäumt, den Evidenzgrad von Empfehlungen aufzunehmen. Dies ist umso bedauerlicher, als viele hierin vorgeschlagene Maßnahmen bei ihrer Umsetzung Kosten für Personal und Ausstattung verursachen werden.

3. Fachpersonal in der Hygiene- und Infektionsprävention

Die im Entwurf angeführten Voraussetzungen an einen Krankenhaushygieniker/eine Krankenhaushygienikerin, welche besser mit „Qualifikationsvoraussetzungen“ bezeichnet werden müssen, werden von der Bundesärztekammer in der dargelegten Form nicht mitgetragen. Begrüßt wird, dass als grundsätzliche Qualifikationsvoraussetzung ein approbierte/r Humanmediziner/in festgelegt wird. Allerdings muss die breit eröffnete Qualifikationsvoraussetzung einer Facharztweiterbildung jedweder Art mit Nachweis der Fähigkeit zur Erfüllung der angeführten Aufgaben als Krankenhaushygieniker/Krankenhaushygienikerin abgelehnt werden. Vor dem Hintergrund der in der (Muster-) Weiterbildungsordnung angelegten fachärztlichen Qualifikationen muss hier der Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin sowie der Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie als vorrangige Qualifikationsvoraussetzung angeführt werden. Statt durch den Empfehlungsentwurf weitere Qualifikationsvoraussetzungen für die Krankenhaushygiene zu schaffen, muss insoweit vorrangig auf die beiden genannten Facharzt-Qualifikationen abgestellt werden und diese Qualifikationen für diese Aufgaben in den Vordergrund gerückt werden. Andernfalls würden weitere parallele Strukturen und Qualifikationen geschaffen werden, welche lediglich Ersatzfunktionen darstellen können.

Darüber hinaus kann überlegt werden, ob zur Stärkung der Strukturen und zur Vermehrung von Weiterbildungsangeboten in Anbetracht der großen inhaltlichen Schnittfelder die beiden Gebiete in einem sogenannten „Common-Trunk-Gebiet“ zusammengeführt werden können. Hierüber diskutieren die betroffenen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften untereinander sowie auch mit der Bundesärztekammer bereits seit Jahren.

Für den Fall des Mangels an entsprechend qualifizierten Hygienikern und Mikrobiologen, die hauptamtlich als Krankenhaushygieniker tätig werden können, kann erforderlichenfalls für einen Übergangszeitraum für die Qualifikationsvoraussetzungen folgende Formulierung vorgesehen werden: Ärztin/Arzt mit anderer Facharztqualifikation, die/der im Rahmen der Tätigkeit die unter der Rubrik „Aufgaben“ beschriebenen Kenntnisse erworben hat. Diese Regelung soll lediglich als Öffnungsklausel genutzt werden, um in Einzelfällen und/oder übergangsweise entsprechend geeignetes ärztliches Personal einsetzen zu können. Keinesfalls dürfen hierbei die unter der Rubrik „Aufgaben“ genannten Tätigkeiten zu Inhalten zusätzlicher, geregelter Qualifikationsmaßnahmen ausgebaut werden.

Die für Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzten vorgesehenen Qualifikationsvoraussetzungen in Form von strukturierten curriculären Fortbildungen werden von der Bundesärztekammer als nicht notwendige Qualifikationsanforderungen abgelehnt. Die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Grundlagen der Hygiene- und Infektionsprophylaxe haben Ärztinnen und Ärzte in ihrer Aus- und jeweiligen Weiterbildung erworben. Geeignete, durch die Ärztekammern anerkannte Fortbildungsmaßnahmen können die für die Tätigkeit als Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte erforderlichen spezifischen Kenntnisse in der Infektionsverhütung auf der Grundlage ihrer Fortbildungsverpflichtung ergänzen. Ebenso können Fortbildungsmaßnahmen – ggf. ausgehend von dem/der Krankenhaushygieniker/in – intern innerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden. Darüber hinaus soll sich der/die Krankenhaushygieniker/in im Einzelnen vergewissern, dass der/die zu berufende Hygienebeauftragte Arzt/Ärztin über die Voraussetzungen zur Ausübung dieser Funktion verfügt und ggf. hierfür erforderliche Fortbildungsmaßnahmen individuell veranlassen.

Unklar bleibt bei der Feststellung, dass Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte in ihrem Gebiet weisungsbefugt sein sollen, worauf sich diese Weisungsbefugnis bezieht. Da ihre Tätigkeit nach dem Aufgabenkatalog im Wesentlichen eine beratende ist, ergibt sich ersichtlich keine Notwendigkeit für eine Weisungsbefugnis.

Ebenso unklar bleibt, worauf sich die Empfehlung der „fachlichen“ Zuordnung der Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem/der Krankenhaushygieniker/in bezieht, wobei dies zudem in betriebsinternen Vereinbarungen dokumentiert werden soll. Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sind in der Regel fachlich (im Sinne des Abteilungsfaches) und organisatorisch dem ärztlichen Leiter der zuständigen Einheit zugeordnet, sodass eine wie auch immer geartete Zuordnung zum/zur Krankenhaushygieniker/in für Konflikte sorgen kann. Sachdienlicher ist hier eher die Gewährleistung einer engen und kontinuierlichen Kooperation der Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte mit dem/der Krankenhaushygieniker/in.

Der Empfehlungsentwurf kennzeichnet ferner die Hygienefachkraft im klinischen Alltag als zentrale/n Ansprechpartner/in für alle Berufsgruppen. Diese Aufgabenbeschreibung

muss ein wie auch immer geartetes Weisungsrecht gegenüber insbesondere Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten sowie Hygienebeauftragten in der Pflege ausschließen. Wenn ferner der Hygienefachkraft insbesondere im Fall eines/einer nicht vorhandenen Krankenhaushygienikers/in „ein hohes Maß an Verantwortung“ eingeräumt wird, müssen hier insbesondere Probleme im Zusammenhang mit den für die Hygiene in ihren Fachabteilungen verantwortlichen leitenden Ärzten vermieden werden.

Das derzeit im Vergleich zu anderen Ländern in Deutschland noch in der Entwicklung befindliche Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege wird hier in Analogie zu anderen Verbindungsfachkräften gebracht, wobei insbesondere die Palliativmedizin, die Inkontinenzpflege, die Diabetesberatung sowie das Mundmanagement genannt werden. Diese Analogie ist im Hinblick auf derartige Weiterbildungsansätze in diesen Ländern nicht gerechtfertigt, da sie gänzlich anders ausgerichtet sind und z. T. mit einem eigenen Behandlungsauftrag dieser Spezialkräfte verbunden sind. Dies ist jedoch im Hinblick auf die hier neu vorzusehende Funktion einer Hygienebeauftragten in der Pflege nicht die Zielsetzung. Wenn weiterhin ausgeführt wird, dass diese Funktion nicht nur im Stations- bzw. Pflegebereich, sondern auch übertragbar auf weitere Berufsgruppen in medizinischen Einrichtungen vorstellbar ist, kann hier die Gefahr der Atomisierung oder Inflationierung der Infektionsprävention nicht von der Hand gewiesen werden. Der Zuständigkeits- und Aufgabenbereich der Hygienefachkraft würde bei einer derartigen Entwicklung zudem erheblich beeinträchtigt werden können.

Die für den stationären Bereich zu begrüßende Empfehlung, auf jeder Station einem/einer Mitarbeiter/in in der Pflege die Gelegenheit zu geben, sich zur/zum Hygienebeauftragten der Pflege zu qualifizieren, ist entgegen der hier getroffenen Aussage nicht uneingeschränkt auch auf den Bereich ambulanter Einrichtungen übertragbar. Hier bedarf es besonderer, spezifisch auf diesen Bereich auszurichtender Empfehlungen.

4. Personal-Bedarfsermittlung

Auch wenn die Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt, dass der Empfehlungsentwurf auf der Grundlage internationaler Erfahrungen die Ermittlung des Bedarfs an Hygienefachkräften auf eine individuelle Risikobewertung für jede medizinische Einrichtung ausrichtet, ist der vorgenommene Rückgriff auf die angeführten Untersuchungen in anderen Staaten kritisch zu bewerten, da die Übertragbarkeit der hier gewonnenen Erkenntnisse auf Grund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Organisationsstrukturen problematisch erscheint. Es bleibt unklar und nicht nachvollziehbar, wie sich aus den Ergebnissen dieser internationalen Studien die empfohlenen Personalrelationen ergeben haben. Diese nicht gegebene Nachvollziehbarkeit und die daraus folgende unzulängliche Transparenz der Basis für die Ableitbarkeit der vom vorliegenden Entwurf gegebenen Personalbedarfsempfehlungen schwächen die Belastbarkeit des Empfehlungsentwurfs im Hinblick auf die hieraus abzuleitenden Forderungen nach einer entsprechenden Personalausstattung in bundesdeutschen Krankenhäusern und deren verlässlicher Finanzierung. Insoweit beruhen die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention als angemessen erachteten Personal-Betten-Relationen auf nur unzureichend validen Grundlagen.“

Bedauerlicherweise hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut in ihren Beratungen des Empfehlungsentwurfs diese Bewertungen der Bundesärztekammer weitgehend nicht aufgegriffen und bei der Verab-

scheidung der Empfehlungen im Sommer 2009 insoweit unberücksichtigt gelassen. Ein Abdruck der Empfehlungen findet sich in Heft 9/2009 des Bundesgesundheitsblattes.

Umgang mit und Transport von Abfällen in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Der Umgang mit und die Entsorgung von Abfällen stellen Krankenhäuser oftmals vor organisatorische und finanzielle Herausforderungen. Wenn Abfälle unzutreffenderweise als besonders gefährlich oder infektiös eingestuft werden, können sie nicht mehr mit dem Hausmüll entsorgt werden, sondern sie sind als Gefahrgut unter besonderen Sicherheitskriterien zu transportieren und zu entsorgen und verursachen damit unnötig hohe Kosten für das Krankenhaus. Um dies zu vermeiden, beteiligt sich die Bundesärztekammer an der Erarbeitung von Empfehlungen zum Umgang mit und Transport von Krankenhausabfällen auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene. Seit 2001 wird die Bundesärztekammer regelmäßig vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung um Stellungnahmen zu Regelungen zum Transport infektiöser Substanzen gebeten.

Versand von medizinischem Untersuchungsmaterial

Etwa eine viertel Million diagnostische Proben und andere medizinische Untersuchungsmaterialien werden in großer Anzahl über öffentliche Verkehrswege täglich innerhalb Deutschlands transportiert. Dies erfolgt überwiegend zwischen den Entnahmeeinrichtungen, wie z. B. Arztpraxen, Krankenhäusern, Forschungsinstituten, Drogenberatungsstellen oder Blutspendezentren, und der jeweiligen Untersuchungseinrichtung, bspw. klinischen und mikrobiologischen Laboratorien. Neben eigenen Kurierdiensten vieler Laboratorien spielen kommerzielle Kurier- und Expressdienste, Subunternehmen, aber auch überregionale Gefahrgut-Transportdienstleister eine wesentliche Rolle. Ein nicht unbeträchtlicher Teil dieser Proben ist potenziell oder bekanntermaßen infektiös und gilt daher als ansteckungsgefährlicher Stoff. Alle an der Transportkette Beteiligten, d. h. vorrangig die Absender aus dem medizinisch-diagnostischen und mikrobiologischen Bereich und die Beförderer, aber auch die Laboratorien als Empfänger, die meist die Verpackungen stellen, haben – unbeschadet von Allgemeinen Geschäftsbedingungen – die nationalen und internationalen Gefahrgutbestimmungen für ansteckungsgefährliche Stoffe zu beachten.

Das Bundesverkehrsministerium hat zudem eine ständige Arbeitsgruppe eingerichtet, die das Ministerium im Hinblick auf Abfälle im Krankenhaus und im ambulanten Bereich sowie den Transport von infektiösen Materialien im Gesundheitswesen berät. An diesen Beratungen sind neben der Bundesärztekammer auch das Robert Koch-Institut und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beteiligt. Das Ergebnis der Beratungen wird in Informationsblättern formuliert und dem Ausschuss des UN-Subcommittee of Experts on the Transport of Dangerous Goods von den jeweiligen Ministerien der Länder zur Beratung und Verabschiedung zugeleitet. In dieser Arbeitsgruppe werden immer wieder Themen beraten, bei denen es notwendig ist, dass sich die Ärzteschaft positioniert. Die Beschlüsse auf nationaler Ebene werden dann auf internationaler Ebene eingebracht. Die Arbeitsgruppe tagte im Jahr 2009 zweimal. Gegenstand der Beratungen waren Verpackungsmodalitäten von diagnostischen Proben und der Transport von infektiösen Krankenhausabfällen.

3.5 Rehabilitation und poststationäre Versorgung

Die Arbeit des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ der Bundesärztekammer trägt der wachsenden Bedeutung der Rehabilitation in Klinik und Praxis Rechnung. Unter Vorsitz von Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, berät der Ausschuss die aus der ärztlichen Tätigkeit in der Rehabilitation erwachsenden Fragen und Themen wegen der engen Zusammenhänge mit der Gesundheitsförderung und der Prävention in einem deshalb bewusst derart integriert angelegten Gremium.

Im Jahr 2008 wurden nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes in den 1.239 (Vorjahr: 1.255) deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen rund 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt. Damit lag die Zahl der Behandlungsfälle um 66.960 höher als 2007. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,3 Tage nach 25,5 Tagen noch in 2007. Ende 2008 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 171.060 Betten vorgehalten – und damit nach jahrelangem Bettenabbau wieder rund 200 mehr als im Jahr 2007. Im Durchschnitt waren diese Betten zu 81,3 Prozent (2007: 79,4 Prozent) belegt. Für die Versorgung von je 10.000 Einwohnern standen durchschnittlich 208 Betten zur Verfügung. In den Einrichtungen waren im Jahr 2008 91.853 Vollzeitkräfte beschäftigt; dies entspricht einer leichten Steigerung gegenüber dem Vorjahr um rund 800. Im ärztlichen Dienst waren mit 8.242 Vollkräften geringfügig mehr als 2007 tätig.

3.5.1 Entwicklung der medizinischen Rehabilitation durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

In den Jahren 2008 bis 2009 hat das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) weitreichende Änderungen mit sich gebracht, welche den Bereich der medizinischen Rehabilitation für Versicherte, Leistungsträger und Leistungserbringer auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe beeinflusst haben und sich auch zukünftig auf das Rehabilitationsgeschehen auswirken werden.

Im Zusammenhang mit den Leistungen der Pflegeversicherung wurde der Anspruch auf geriatrische Rehabilitation als ein entscheidendes Instrument zur Vermeidung, Minderung und Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit sowie die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung verankert. Weiterhin wurden die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie Verbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung und der häuslichen Krankenpflege eingeführt. Die Rehabilitation für ältere Menschen wurde verbessert, damit die Betroffenen nach einem Unfall oder nach einer Krankheit nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen, sondern in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld bleiben können. Gerade mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung ist dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen Rechnung getragen worden, in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können. Ferner wurde im Zusammenhang mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch die Krankenkassen für Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf geregelt. Zudem ist die Einbeziehung der Pfl-

ge in die integrierte Versorgung vorgesehen. Dem entspricht, dass im SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) der durchgängige Verweis auf die medizinische Rehabilitation angelegt ist. So soll erreicht werden, dass es künftig auch im Bereich der Pflege zur Umsetzung des bestehenden Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege und dementsprechend zur Anwendung von Assessments bei der Bestimmung der Pflegestufen nach dem SGB XI kommen wird.

Insgesamt gibt das GKV-WSG zu erkennen, dass die große Zahl chronisch kranker Menschen und der demografische Wandel, der mit einem Anstieg chronischer Erkrankungen verbunden ist, eine stärkere rehabilitative Orientierung des Gesundheitssystems erfordern wird. Neben der vorerwähnten geriatrischen Rehabilitation und den sogenannten Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (§§ 24, 41 SGB V) sind nunmehr durch eine entsprechende Änderung des § 40 SGB V sämtliche Leistungen von bisher Ermessens- zu Regel- bzw. Pflichtleistungen bestimmt worden.

Unter der Zielsetzung, Qualitätssicherung auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen stärker zu etablieren, hat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit der Neueinfügung des § 20 Abs. 2 a SGB IX bestimmt, dass die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsbezogenes Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 Satz 1 sowie ein einheitliches unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren haben, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände sowie die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen haben im Rahmen der Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgabe Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Von besonderer Bedeutung ist vor allem für die Leistungserbringer, dass nach der neuen gesetzlichen Regelung stationäre Rehabilitationseinrichtungen künftig nur dann als geeignet anzusehen sind, wenn sie in diesem Sinne zertifiziert sind.

Die Vereinbarung grundsätzlicher Anforderungen an die Qualitätssicherung auf Ebene der Selbstverwaltung hat der Gesetzgeber vor dem Hintergrund der Erkenntnis vorge-schrieben, dass internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung Markenzeichen einer qualitativ hochwertigen medizinischen Rehabilitation sind. Die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ergibt sich aus § 135 a SGB V, wonach sie verpflichtet sind, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen sowie ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Ziel des Gesetzgebers ist es mithin, dass die Qualität der stationären Rehabilitation für alle Vertragseinrichtungen garantiert werden soll und dass zu diesem Zweck Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig unabhängig zu zertifizieren sind. Für die Zertifizierung sind gemeinsame Qualitätsstandards der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zugrunde zu legen.

Auf der Grundlage der o. g. Vorschrift des § 20 Abs. 2 a SGB V haben die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 SGB IX im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Jahr 2008 mit der Erarbeitung einer Vereinbarung grundsätzlicher Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sowie eines einheitlichen unabhängigen Zertifizierungsverfahrens begonnen, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsma-

nagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen werden muss. Nach intensiven Abstimmungen zwischen den Vereinbarungsbeteiligten und einer Vielzahl von Stellungnahmen der für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen haben die Vereinbarungsbeteiligten eine „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 a SGB IX“ zum 1. September 2009 abgeschlossen. Die Erbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben hiernach ein Qualitätsmanagement sicherzustellen, welches durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleisten und kontinuierlich verbessern soll. Die Vereinbarung insgesamt, das Glossar, eine Checkliste zum Antragsverfahren und weiteres Informationsmaterial sind auf der Webseite www.bar-frankfurt.de hinterlegt.

Auf der Grundlage entsprechender Beratungen ihres Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ wird die Bundesärztekammer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Entwicklungen im weiteren Verlauf kritisch beobachten und erforderlichenfalls Anregungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens einbringen.

3.5.2 Sachverständigenrat der Ärzteschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Ziel und Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Frankfurt/Main) ist es, die Vielfalt der Initiativen im Bereich der Rehabilitation sowie hierauf ausgerichtete Initiativen zu fördern, zu unterstützen und zu stärken. In der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation arbeiten die Spitzenorganisationen der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenversicherung, der Hauptfürsorgestellen und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unter Mitwirkung der Ärzteschaft mit Bund und Ländern zusammen. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft umfassen insbesondere die Konkretisierung und Harmonisierung der Voraussetzungen und Inhalte von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation Beteiligten. In dem vor allem für Fragen der medizinischen, aber auch der beruflichen und sozialen Rehabilitation zuständigen „Sachverständigenrat der Ärzteschaft“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch Dr. Wolfgang Aubke und die Bundesärztekammer durch Dr. Hans-Jürgen Maas als für diesen Bereich zuständiger Geschäftsführer vertreten. Hiermit ist zwar die Bundesärztekammer seit nunmehr drei Jahrzehnten neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Sachverständigenrat der Ärzteschaft bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vertreten, anders als die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist sie jedoch aus nach Auffassung der BAR satzungsrechtlich bestimmten Gründen nicht Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft und gehört somit weder deren Mitgliederversammlung noch deren Vorstand als Entscheidungsträger an.

Primär für die Zielgruppe der niedergelassenen Ärzte hat der Sachverständigenrat der Ärzteschaft als aktuelles Projekt im Berichtsjahr 2009 einen ICF-Praxisleitfaden in Broschürenform erstellt. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines solchen Leitfadens war die zunehmende Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Bereich der Rehabilitation und deren Schnittstellen (Reha-Zugangsverfahren und Reha-Nachsorge), an denen vor allem der niedergelassene Arzt eingebunden ist. Die ICF stellt

eine Konzeption dar, mit der die bio-psycho-sozialen Dimensionen chronischer Krankheiten und Behinderungen systematisch erfasst und die rehabilitativen Interventionen noch stärker auf den individuellen Bedarf ausgerichtet werden können. Dies bedeutet auch eine Ergänzung des bio-medizinischen Modells (ICD) um das bio-psycho-soziale Modell (ICF).

Besonderer Anlass für die Entwicklung eines ICF-Praxisleitfadens speziell für den Bereich der niedergelassenen Ärzte waren die auf die ICF abgestellten „Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bereits am 01.04.2004 in Kraft getreten sind. Diese sind Grundlage für die Verordnung von Reha-Leistungen im Recht der Krankenversicherung, sodass die meisten niedergelassenen Ärzte mit der ICF bereits konfrontiert worden sind. Die Kenntnisse hierüber sind allerdings immer noch unzureichend, sodass weiterhin großer Informations- und Schulungsbedarf zur ICF besteht.

Dieser Praxisleitfaden zur Nutzung der ICF, erstellt von einer Arbeitsgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR, wendet sich insbesondere an die in Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Therapeuten, um sie mit der Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit vertraut zu machen und sie ihnen als eine Grundlage für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen.

Die Orientierung der medizinischen Rehabilitation an der ICF-Konzeption wird zunehmend vorausgesetzt. Der trägerübergreifend konzipierte Praxisleitfaden bedient sich verschiedener Textmodule aus dem ersten ICF-Praxisleitfaden und vermittelt einen Einblick in die Bedeutung und Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der praktischen Rehabilitationsarbeit und zeigt damit Lösungen auf, wie die theoretischen Konzepte praktisch umgesetzt werden können. Er ist insbesondere auch auf die ICF-bezogenen Anforderungen und die daraus resultierenden zukünftigen Herausforderungen der weiteren Organisationsentwicklung von Rehabilitationseinrichtungen ausgerichtet.

Zusätzlich zum „ICF-Praxisleitfaden 1“ für Vertragsärzte und zum „ICF-Praxisleitfaden 2“ für die in Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Therapeuten erarbeitete der Sachverständigenrat der Ärzteschaft einen im November 2009 vorgelegten Entwurf eines „ICF-Praxisleitfadens 3“, welcher Krankenhausmitarbeitern in akutmedizinischen Einrichtungen Möglichkeiten aufzeigen soll, wie sie möglichst ohne wesentlichen Mehraufwand ihrer seit dem 01.04.2007 bestehenden Verpflichtung nach § 11 Abs. 4 SGB V nachkommen können, nämlich dem Anspruch der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, von Krankenhäusern insbesondere auch bei der Problemlösung im Zusammenhang mit ihrer Entlassung beim Übergang in andere Versorgungsbereiche unterstützt zu werden. Im Focus dieses Leitfadens stehen in erster Linie die Aktivitäten, die für die Einleitung einer Rehabilitationsleistung notwendig sind. Insbesondere den an der Schnittstelle zur Rehabilitation (Rehabilitationszugang und -nachsorge) tätigen Mitarbeitern soll die Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit näher gebracht werden. Der „ICF-Praxisleitfaden 3“ setzt sich zum Ziel, die Grundlage für eine systematische und ganzheitliche Erfassung sowohl der zur Krankenhausaufnahme führenden Erkrankung und ihrer Auswirkungen als auch der für die weitere Versorgung relevanten Aspekte zu schaffen. Eine Veröffent-

lichung des „ICF-Praxisleitfadens 3“ stand zum Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichtes noch aus.

Ebenso im Vordergrund der Arbeit des Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stand in 2008/2009 die Erarbeitung eines Positionspapiers zu „Perspektiven der Rehabilitation“. Mit diesen Eckpunkten zur Weiterentwicklung der Rehabilitation soll nach der Zielsetzung des Sachverständigenrates ein Beitrag zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen, die sich beispielsweise aus der demografischen Entwicklung ergeben, sowie zur Zukunftssicherung der Rehabilitation im Gesundheitswesen geleistet werden. Im Verlaufe der Erarbeitung wurde vor dem Hintergrund der komplexen Strukturen und Versorgungsabläufe sowie der ökonomischen und politischen Implikationen der Rehabilitationsversorgung rasch deutlich, dass eine Beschränkung auf die besonderen sozialmedizinischen Kompetenzbereiche des Sachverständigenrates und seiner Mitglieder notwendig war. Ausgehend von den veränderten Rahmenbedingungen in der Rehabilitationsversorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Qualität ist der Fokus auf eine stärkere Berücksichtigung individueller Bedarfskonstellationen, auf die Strukturierung von Leistungen an Hand von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin und auf Erfahrungen aus entsprechenden Leitlinien und Empfehlungen gelegt worden.

Das nach über dreijähriger Vorarbeit vom Sachverständigenrat der Ärzteschaft und dem Vorstand der BAR im Berichtsjahr verabschiedete Positionspapier „Perspektiven der Rehabilitation“ geht davon aus, dass vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs auch für rehabilitative Leistungen innerhalb der Europäischen Union sich die in Deutschland ausgebildete rehabilitative Versorgung im internationalen Vergleich für die Herausforderungen der Zukunft gut gerüstet sehen kann. Die Zunahme chronischer Erkrankungen, von Multimorbidität und altersassoziierten Erkrankungen gehen mit einer Zunahme von aktivitäts- und teilhaberelevanten Schädigungen und Beeinträchtigungen einher, die ihrerseits erheblichen Unterstützungsbedarf bei Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie nach sich ziehen. Gleichzeitig nimmt bei zunehmender Eigenständigkeit vieler Menschen und weiter fallenden Bevölkerungszahlen die Bedeutung von Autonomie und Fähigkeiten zu selbstständigem Handeln im Einzelfall zu. Der Wunsch, auch durch präventive Maßnahmen den komplexer werdenden Belastungen des Alltags gewachsen zu bleiben, verstärkt sich. Dies erfordert in Ergänzung zur Förderung adäquater präventiver Maßnahmen eine Zielorientierung der Rehabilitation von der Herstellung der Erwerbsfähigkeit bis hin zum Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie auch bei fehlender Aussicht auf Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und der geriatrischen Rehabilitation, welche weiterentwickelt und ausgebaut werden müssen, wird darüber hinaus eine zunehmende Bedeutung zukommen. Die wesentlichen Kernaussagen dieses Positionspapiers können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rehabilitation und Teilhabe müssen sich „wie aus einer Hand“ über alle Versorgungsbereiche erstrecken.
- Die Ausrichtung der Rehabilitation auf individuelle Bedarfe muss auf der Grundlage einer konsequenten Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgen.
- Wunsch- und Wahlrecht sowie das Persönliche Budget können die Autonomie der Betroffenen stärken.

- Sozialmedizinisch nicht begründbare Unterschiede in der frührehabilitativen Versorgung müssen beseitigt werden.
- Zugangssteuerung und Durchführung der Rehabilitation sollen wissenschaftlich fundiert erfolgen.
- Die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen muss erhöht werden.
- In der Aus-, Fort- und Weiterbildung besteht Handlungsbedarf für alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen.
- Prävention und Rehabilitation müssen stärker aufeinander abgestimmt sein.

Das Positionspapier kann auf der Internetseite www.bar-frankfurt.de heruntergeladen werden.

Bezug auf die Arbeit des Sachverständigenrates der Ärzteschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nimmt ferner ein im Herbst 2009 von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Fachübergreifende Frührehabilitation, dem Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation vorgelegtes „Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation“. Ziele dieses von der Bundesärztekammer nachhaltig unterstützten Positionspapiers sind die Beschreibung des erreichten Stands der Umsetzung des gesetzlichen Behandlungsauftrages der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus, der Perspektiven und Weiterentwicklung sowie der hierfür notwendigen Maßnahmen. Das Papier richtet sich an alle politisch zuständigen Verbände und Organisationen, die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände, die Verbände der Pflege und Therapeutengruppen sowie an die Interessenverbände der Patienten.

3.5.3 REHACare International 2009

Seit der REHA '81 als dem ersten internationalen Rehabilitationskongress in der Bundesrepublik Deutschland ist die Bundesärztekammer neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien kontinuierlich an diesem weltweit größten Fachkongress als zugleich auch wichtiger nationaler Plattform für die Rehabilitationswelt beteiligt.

Die diesjährige REHACare International fand – wieder unter ideeller Mitträgerschaft der Bundesärztekammer – vom 14. bis 17.10.2009 in der Messe Düsseldorf statt. Über 47.000 Besucher informierten sich über die von 706 Ausstellern aus 29 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen sowie über Hilfsmittel aus dem Bereich von Rehabilitation und Pflege. Die REHACare International 2009 und mit ihr der REHACare-Kongress – diesmal unter dem Motto „Innovative Wohnkonzepte für Senioren und Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf“ – stießen auf großen Zuspruch der Besucher und Teilnehmer. In den fachspezifischen Vorträgen und Workshops wurde eine Vielzahl in diesem Zusammenhang stehender sozialpolitischer Themen erörtert. Bevölkerungsrückgang und Alterung führen zu neuen Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Der Kongress nahm Bezug zu dieser Thematik und stellte innovative – nicht nur technische – Lösungsansätze vor. Im Fokus standen „intelligente“ Technologien, die das Leben älterer und/oder hilfebedürftiger Menschen erleichtern und unterstützen, sodass diese die Chance erhalten, selbstbestimmt in ihrem häuslichem Umfeld leben zu können.

3.5.4 Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen

Seit mehr als einem Jahrzehnt hat in der Politik ein Paradigmenwechsel für die Belange behinderter Menschen stattgefunden. Bundesregierung und Gesetzgeber haben die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass behinderte Menschen ihr Leben so weit wie möglich in freier Selbstbestimmung gestalten und am Leben in der Gesellschaft umfassend teilhaben können. Mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ am 01.07.2001 hat dieser Paradigmenwechsel seinen legislativen Ausdruck gefunden. Mit dem SGB IX wurde ein Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gebildet, der es in Fragen der Teilhabe behinderter Menschen berät und bei Aufgaben der Koordinierung unterstützt. Zu den Aufgaben des Beirates gehören insbesondere auch die Unterstützung bei der Förderung von Rehabilitationseinrichtungen und die Mitwirkung bei der Vergabe der Mittel der Ausgleichsfonds sowie die Anregung und Koordinierung von Maßnahmen zur Evaluierung der gesetzlichen Regelungen im Rahmen der Rehabilitationsforschung. Als forschungsbegleitender Ausschuss unterstützt er das BMAS bei der Festlegung von Fragestellungen und Kriterien. Das BMAS trifft Entscheidungen über die Vergabe der Mittel des Ausgleichsfonds nur auf Grund von Vorschlägen des Beirates.

Der Beirat besteht aus 48 Mitgliedern. Mit Inkrafttreten des SGB IX wurden als Mitglieder die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgenommen. Der vorher bestehende Beirat für behinderte Menschen sah diese Mitgliedschaft nicht vor. Für die Bundesärztekammer ist Rudolf Henke, Vorsitzender des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ als Mitglied sowie Dr. Annegret Schoeller als seine Stellvertreterin vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales berufen worden. Weitere Mitglieder sind Vertreter der Arbeitnehmer und Arbeitgeber im Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Arbeit, Behindertenverbände, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Integrationsämter, die Bundesanstalt für Arbeit, die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Spitzenvereinigungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der Verband deutscher Rentenversicherungsträger, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft für unterstützte Beschäftigung, die Arbeitsgemeinschaften der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, die Berufsförderungswerke, die Berufsbildungswerke, die Werkstätten für behinderte Menschen und der Integrationsfirmen sowie Interessenvertreter ambulanter und stationärer Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene.

In seinen zwei Sitzungen im Berichtsjahr 2009 am 16.06. und 09.12. hat sich der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen intensiv mit den aktuellen Problemen der Integration und Eingliederung behinderter Menschen auf nationaler wie auf europäischer Ebene befasst.

Ausblick

Vordringliche Aufgabe muss es sein, dass die Versicherungsträger ihre Zusammenarbeit zum Wohle des zu Rehabilitierenden verbessern. Im Mittelpunkt muss der zu rehabilitierende Mensch stehen; er muss möglichst ohne Reibungsverluste durch das System geführt werden.

3.6 Betriebsärztliche Versorgung

Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz hat der Unternehmer die Aufgabe, Gefahren durch die berufliche Tätigkeit von Beschäftigten abzuwenden. Für diese Aufgabe kann er Experten, wie Betriebsärzte für gesundheitliche Belange, oder für technische Fragen Fachkräfte für Arbeitssicherheit, bestellen. Die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, aus dem Arbeitsleben resultierende schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten und Gesundheitsschäden früh zu erkennen sowie eine berufliche Wiedereingliederung nach länger dauerndem krankheitsbedingtem Ausfall zu begleiten, ist Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Insbesondere vor dem Hintergrund neuer rechtlicher Grundlagen haben die hierauf ausgerichteten Bemühungen der Arbeitsmedizin an Bedeutung gewonnen. Angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten die Arbeitsmedizin zu einer quasi vierten Säule im Gesundheitswesen neben der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt. Aus diesem Grund erfährt die Arbeitsmedizin eine besondere Unterstützung in der ärztlichen Selbstverwaltung, indem Besonderheiten der betriebsärztlichen Versorgung in den Arbeitsmedizin-Gremien der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Dr. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, erörtert und Maßnahmen eingeleitet werden. Stellvertretender Vorsitzender ist Dr. Wolfgang Panter, Präsident des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte.

3.6.1 Arbeitsmedizinische Fort- und Weiterbildung

Realität und Perspektiven der Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin

Arbeitsmediziner benötigen in der heutigen Zeit neben den fachlichen zunehmend weitergehende Fähigkeiten und Kenntnisse als in der Vergangenheit. Standen früher Arbeitsunfälle und klassische Berufskrankheiten im Vordergrund, sind heute eher psychosoziale Stressfaktoren und die Integration von Arbeitnehmern mit chronischen Leiden zu bewältigen. An Bedeutung gewonnen haben in der Arbeitsmedizin die Primärprävention und die Gesundheitsförderung. Das medizinische Fachwissen alleine reicht nicht mehr aus, um im Betrieb bestehen zu können. Betriebsärzte benötigen vor allem Kommunikationsvermögen, Durchsetzungskraft, Teamgeist, Führungsqualitäten und Kooperationsbereitschaft sowie auch wirtschaftliche Kenntnisse. Die Vermittlung dieser Kenntnisse und Fähigkeiten kann nicht allein den Akademien überantwortet werden. Es sind auch die Kammern, die Weiterbilder, die Betriebe, aber auch die Ärztinnen und Ärzte selber in der Pflicht. Die Realität in den Weiterbildungsstätten sieht jedoch besorgniserregend aus. Die Praxis in den Betrieben kontrastiert mit den im Grundkurs vermittelten Mindeststandards. Von den Aufsichtsorganen mehr Einflussnahme oder eine Qualitätssicherung einzufordern, ist zwar politisch korrekt, aber wenig aussichtsreich.

Mehrere Möglichkeiten der Einflussnahme und der Qualitätssicherung der Weiterbildung wurden von den Arbeitsmedizin-Gremien in ihrer Sitzung am 12.02.2009 identifiziert:

- Die Kammern sollen überprüfen, ob sie einen Nachweis verlangen, der gewährleistet, dass im Hinblick auf die Einsatzzeiten wie auch andere Tätigkeiten eine zumindest annähernd rechtskonforme Praxis bei den Weiterzubildenden besteht.

- In den arbeitsmedizinischen Akademien muss mehr Gruppenarbeit angeboten werden.
- Die Weiterbilder sollen einen Nachweis über die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln führen, in denen sie die Möglichkeit des Austausches haben.
- Die Prüfer sollen sich einer Beurteilung durch die Geprüften stellen und müssen sich der Frage stellen, ob sie – auch beim Scheitern in der Prüfung – fair geprüft und nachvollziehbar geurteilt haben.
- Wenn ein Prüfling durch die Prüfung gefallen ist, soll die Ärztekammer den Weiterbilder in seinem Betrieb aufsuchen und sich vergewissern, ob die Weiterbildungsstätte und -strukturen den arbeitsmedizinischen Standards entsprechen.

Handlungsoptionen zur Nachwuchsförderung

Folgende Handlungsoptionen zur Begegnung der Nachwuchsproblematik in der Arbeitsmedizin wurden in der o. g. Sitzung des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“ aufgezeigt:

Verbesserte Studienbedingungen:

- mehr Möglichkeiten der Berufserkundung im vorklinischen Teil des Studiums,
- Famulaturmöglichkeiten in werksärztlichen Diensten,
- bessere Vermittlung spezifisch arbeitsmedizinischer Aspekte im Studium. (Das Fach Arbeitsmedizin ist durch die letzte Novelle eigenständig in der Approbationsordnung aufgeführt.)

Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf die ärztliche Kernkompetenz:

- Delegation auf nichtärztliches Personal nur unter Durchführungs- und Anordnungsverantwortung des Arztes (unter Beachtung, dass Aufklärung, Diagnostik, Differenzialdiagnose, Therapie und ärztliche Beratung nicht delegierbar sind).

Optimierung der arbeits- bzw. betriebsmedizinischen Weiterbildung:

- Evaluation der Weiterbildungsbedingungen als Ist-Analysen,
- Qualifizierung der Weiterbilder durch die Ärztekammer,
- bei fehlender qualifizierter Weiterbildung durch den Befugten Entzug der Befugnis,
- Weiterentwicklung des Kursbuches für den dreimonatigen theoretischen Kurs in Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin; Weiterentwicklung der didaktischen Werkzeuge zur Vermittlung der Inhalte,
- adäquate Weiterbildungsstätten,
- Anwendung der Logbücher,
- verbesserte Weiterbildungsbedingungen in Teilzeit, insbesondere für Ärztinnen,
- adäquate Vergütung der Tätigkeit.

Gezielte Imagekampagnen:

- Präsentation einzelner Betriebe sowie arbeitsmedizinischer Dienste in Hochschulen,
- Imagekampagnen in Betrieben, um darzulegen, welchen Gewinn eine betriebsärztliche Betreuung für den Betrieb darstellt – Wertschöpfung durch Arbeitsschutz und Primärprävention.

Die Ärzteschaft in Deutschland kann von Weiterbildern im Ausland lernen, die dort eine viel bessere Weiterbildung für die jungen Ärztinnen und Ärzte gewährleisten. Zudem werden sie dort für ihre Leistungen auch weitaus besser bezahlt. Deswegen strömen sehr viele junge Ärztinnen und Ärzte ins Ausland ab.

Famulatur in der Arbeitsmedizin

Die derzeitige Situation für das Fach Arbeitsmedizin in deutschen Universitätskliniken ist erschreckend. So werden viele Lehrstühle in Deutschland abgebaut, obwohl wissenschaftliche Erkenntnisse dringend notwendig sind, um die praktische Arbeitsmedizin weiterzuentwickeln. Darüber hinaus wird die betriebsärztliche Betreuung vor Ort qualitativ immer schlechter, da aufgrund von Dumpingpreisen für die arbeitsmedizinische Betreuung eine qualitativ hochwertige Leistung nicht mehr zu gewährleisten ist.

Auf Beschluss der Arbeitsmedizin-Gremien am 12.02.2009 haben Dr. Groß und Dr. Wolter (Drucksache VIII-94) einen Antrag auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz gestellt, der zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen wurde:

„Die Approbationsbehörden und die Prüfungsämter der Länder werden aufgefordert, Famulaturen im Bereich der Arbeitsmedizin in Übereinstimmung mit § 7 Abs. 2 Nr. 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) einheitlich anzuerkennen.

§ 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄAppO bestimmt, dass die Famulatur für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird, oder einer ärztlichen Praxis abgeleistet wird. § 7 Abs. 1 ÄAppO ergänzt hierzu, dass die Famulatur den Zweck hat, die Studierenden mit der ärztlichen Patientenversorgung in Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut zu machen.

Ein Teil der Landesprüfungsämter bejaht eine Erfüllung dieser Voraussetzungen auch für den arbeitsmedizinischen Bereich ausdrücklich (z. B. Prüfungsamt Medizin bei der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte bei der Ludwig-Maximilians-Universität München), andere lehnen dies ab (z. B. Landesprüfungsamt Rheinland-Pfalz, Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Berlin).

Arbeitsmediziner betreuen Arbeitnehmer medizinisch an ihrem Arbeitsplatz, es besteht ein Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies wird u. a. daran deutlich, dass der Arbeitsmediziner gem. § 3 Abs. 1 Nr. 2 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) die Arbeitnehmer zu untersuchen und zu beraten hat. Ambulante Einrichtungen der Krankenversorgung sind auch arbeitsmedizinische bzw. betriebsärztliche Praxen, werksärztliche Dienststellen oder überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste.

Die durch eine einheitliche Auslegung des § 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄAppO zu erreichende vermehrte Durchführung von Famulaturen im arbeitsmedizinischen Bereich ist gesundheitspolitisch besonders wünschenswert, um dem derzeit bestehenden Nachwuchsman gel auf diesem Gebiet entgegenzutreten.“

Die Weiterbildungsgremien haben den Antrag in ihrer Sitzung am 24.09.2009 beraten. Das Ergebnis der Beratung war, dass grundsätzlich keine Bedenken in Bezug auf die Ableistung von Famulaturen im Bereich der Arbeitsmedizin gesehen werden. Die Anerkennung von Famulaturen im Bereich der Arbeitsmedizin ist allerdings davon abhängig, ob die ärztliche Patientenversorgung im Mittelpunkt steht, wobei dies immer nur im Einzelfall entschieden werden kann.

3.6.2 Betriebsärztliche Berufsausübung

Demografische Herausforderung in der Arbeits- und Betriebsmedizin/ Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ durch (s. Kapitel 13.1, S. 426 ff.). Sie bildet die Entwicklung regional nach Ärztekammer-Bereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene ab. Die Angaben beziehen sich dabei auf die nach §§ 3 und 6 BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ in der Fassung vom 01.10.2005 möglichen betriebsärztlichen Qualifikationen. Ausgewiesen wird somit nicht nur die Zahl der Ärzte, welche die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu führen berechtigt sind, sondern auch die Zahl derjenigen Ärzte, die nach Erfüllung der Voraussetzungen der Übergangsregelungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) sowie Nr. 1 und 2b) BGV A2 weiterhin über die arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen. Die Zahl dieser Ärzte nimmt entsprechend der Konstruktion dieser Vorschriften als Übergangsregelungen seit 1988 ständig ab.

Darüber hinaus ist die Zahl derjenigen Ärzte ausgewiesen, welche noch die nach § 6 Abs. 2 BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, um – befristet in der Regel auf drei Jahre – im Rahmen einer zweijährigen selbstständigen betriebsärztlichen Tätigkeit in einem „geeigneten Betrieb“ die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ erwerben zu können. Auch diese Zahl wird sich kontinuierlich verringern, da diese Qualifizierungsmöglichkeit von den Weiterbildungsordnungen der Kammern nicht mehr vorgesehen wird. Zudem haben einige Landesärztekammern die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ nach § 3 Nr. 2 und § 6 Abs. 2 BGV A2 (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen) vollständig abgeschafft.

Aufgrund der schon Ende 1987 erfolgten Fristenabläufe für die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen entfallen für die neuen Bundesländer zwar Angaben über die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Fachkunde gemäß der o. g. Übergangsregelung, die in den neuen Bundesländern früher erteilten sogenannten staatlichen Anerkennungen als Betriebsarzt sind nur in einigen Kammerbereichen – und dort auch nur teilweise – in Anerkennung für die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ umgewandelt und somit in dieser Statistik berücksichtigt worden. Sofern keine Umwandlung in die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ erfolgte, ist dennoch auch wiederum nur in einigen Kammerbereichen diese nach den Bestimmungen des Einigungsvertrages für eine betriebsärztliche Tätigkeit ebenso ausreichende Qualifikation bzw. die Zahl der so qualifizierten Ärzte unter dieser Rubrik ausgewiesen worden.

In dieser Statistik nicht enthalten ist die Zahl derjenigen Ärzte, die in den Bereichen einiger Landesärztekammern über die nach §§ 3 und 6 BGV A2 vorgegebenen Fachkundevarianten hinausgehend eine sogenannte unternehmensbezogene Fachkunde gemäß länderspezifischer und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften und den zuständigen Sozialministerien getroffenen Regelungen besitzen und auf dieser Grundlage in ihren langjährig betreuten Betrieben noch betriebsärztlich tätig sind.

Aktuell versorgen 12.271 Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde die Beschäftigten in den Betrieben. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl konstant ge-

blieben (Stand: 31. Dezember 2008). Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztqualifikation „Arbeitsmedizin“ hat sich dagegen um 2,2 Prozent erhöht. Erwartungsgemäß hat sich der Anteil der Betriebsärzte mit der arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 6 Abs. 2 Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ um 31 Prozent verringert, da die „Learning-by-Doing“-Weiterbildung aus Qualitätssicherungsgründen von allen Landesärztekammern abgeschafft wurde. Diejenigen, die noch aufgeführt sind, begannen ihre Weiterbildung nach der vorherigen (Muster-)Weiterbildungsordnung von 1992.

Da es von Interesse ist, die Erhebung auch nach Altersgruppen zu differenzieren, wurde die Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ der Bundesärztekammer für das Jahr 2007 erstmalig um eine weitere Analyse nach Altersgruppen erweitert. Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2009 führt zu einer besorgniserregenden Bilanz. 1.604 Ärztinnen und Ärzte sind 60 bis 64 Jahre alt und 4.424 Ärztinnen und Ärzte sind bereits 65 Jahre alt und älter. Damit sind 49,1 Prozent aller Betriebsärztinnen und Betriebsärzte 60 Jahre alt oder älter. Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich tätig, jedoch ist abzu-sehen, dass sie mittelfristig der betriebsärztlichen Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen werden.

Das Fach Arbeitsmedizin scheint wenig attraktiv für den ärztlichen Nachwuchs zu sein. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in einem Alter unter 35 Jahren mit arbeitsmedizinischer Fachkunde betriebsärztlich tätig sind, hat sich gegenüber dem Vorjahr um 11,4 Prozent verringert – es waren bundesweit nur 39. Die Zahl der 35- bis 39-Jährigen beträgt nur 348 und verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 15,1 Prozent, die der 40- bis 44-Jährigen beträgt 1.021 und nahm gegenüber dem Vorjahr um 7,9 Prozent ab.

Diese Zahlen zeigen, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus der betriebsärztlichen Tätigkeit ausscheiden als nachwachsen werden. Trotz dieser Zahlen ist derzeit aber noch kein erhöhter Mangel an Betriebsärzten zu beobachten. Zu erklären ist dieses Phänomen damit, dass viele Betriebsärzte auch über das 65. Lebensjahr hinaus betriebsärztlich tätig sind. Es ist davon auszugehen, dass ein Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten erst mittelfristig sichtbar wird.

Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung (GQB)

Ein wichtiger Bestandteil der Berufsausübung ist die Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit. Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) gründete nach eingehenden Vorarbeiten bereits Anfang 1999 eine unabhängige Gesellschaft mit dem Namen „Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung“ (GQB). Als Gesellschafter dieser Gütegemeinschaft stellt der Berufsverband sicher, dass die Qualitätssicherung betriebsärztlicher Berufsausübung in ärztlicher Hand bleibt. Die Gütegemeinschaft hat die Geschäftsform einer GmbH mit Sitz in Karlsruhe und ist Trägerin des Qualitätssicherungssystems. Sie führt auf Antrag Qualitätsprüfungen durch, dazu bedient sie sich qualifizierter Auditoren. Die Schulung der Auditoren orientiert sich an dem Leitfaden für das Audit für Qualitätssicherung sowie an dem „Curriculum für ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer. Der Aufbau der GQB wurde insbesondere in den ersten Jahren von der Bundesärztekammer aktiv mit Ressourceneinsatz unterstützt.

Der Gütegemeinschaft ist ein Beirat unter Beteiligung der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Schleswig-Holstein, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, des Verbandes Deutscher Sicherheitsingenieure, der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin sowie des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte zur Seite gestellt. Die Bundesärztekammer hat für jeweils drei Jahre, wechselnd mit Vertretern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), den Vorsitz in diesem Beirat. In der Sitzung des Beirates am 08.10.2009 hat die Bundesärztekammer die Möglichkeit genutzt, die Aktivitäten der Gesellschaft zu begleiten und aktuelle Themen zu forcieren. So wurde eine von der Bundesärztekammer mehrfach eingeforderte Evaluation des Qualitätssicherungsinstruments durchgeführt und der Bericht dem Beirat vorgelegt. Die Bundesärztekammer nutzte die Gelegenheit, um konkrete Anregungen für die Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsinstruments einzubringen.

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Das seinerzeitige Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit hat bereits im Jahr 2004 durch eine Bundesratsinitiative (Drucksache 413/04) den Auftrag bekommen, zu überprüfen, ob zukünftig die Anforderungen an die arbeitsmedizinische Vorsorge in einer eigenen Verordnung zu regeln ist. Weniger Bürokratie, weniger staatliche Reglementierung – so lautete auch eine Bundesratsinitiative aus Baden-Württemberg. Der ehemalige Bundesminister Clement hatte sich diese Initiative zu Eigen gemacht. Die Ärzteschaft, insbesondere die Arbeitsmediziner, bewerteten diese politischen Strömungen anfangs mit Besorgnis. So griff das Deutsche Ärzteblatt im Jahr 2005 sogar in einem Leitartikel diese Thematik auf: „Bürokratieabbau im Arbeitsschutz – Über das Ziel hinausgeschossen – Der deutsche Arbeitsschutz steht auf dem Prüfstand“.

Das Bundesarbeitsministerium gründete eine Arbeitsgruppe mit arbeitsmedizinischen Experten, an der auch die Bundesärztekammer beteiligt war. Es wurde geprüft, ob eine Zusammenführung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen aus den vielfältigen Gesetzes- und Verordnungstexten sinnvoll ist und welche Vorsorgeuntersuchung eine Pflicht- oder Angebotsuntersuchung sein soll. Das Ergebnis der Prüfung war, dass eine solche Verordnung erarbeitet werden soll. Nach langwierigen Verordnungsgebungsverfahren ist am 24.12.2008 die „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (ArbMedVV) in Kraft getreten. Die Beratungen haben eine Verordnung hervorgebracht, die zukunftsorientiert konzipiert ist. Früher stand der Schutz vor Berufskrankheiten, der Arbeitsschutz mit vorwiegender Betrachtung der Gefährdungsrisiken im Vordergrund, heute ist eher der Erhalt der Gesundheitsressourcen und die Förderung der Gesundheit das Ziel, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Der durch diese Rechtsverordnung zu gründende „Ausschuss für Arbeitsmedizin“ - (AfAMed) hat sich am 19. März 2009 konstituiert. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) berief Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie der arbeitsmedizinischen Wissenschaft in den neuen Ausschuss. Zum Vorsitzenden wählte der Ausschuss Prof. Dr. med.

Stephan Letzel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e. V. Die Bundesärztekammer ist in diesem Ausschuss durch Dr. Udo Wolter als Mitglied und Dr. Annegret Schoeller als stellvertretendes Mitglied vertreten. In dem Ausschuss ist breiter arbeitsmedizinischer Sachverstand vereint. Die Mitglieder sollen – mit dem Ziel des „ganzheitlichen Gesundheitsansatzes“ bzw. des „erweiterten Präventionsauftrages“ vor Augen – Regeln und Erkenntnisse zur Anwendung der neuen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ermitteln, Empfehlungen zu Wunschuntersuchungen aussprechen, Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge erstellen und das BMAS in allen Fragen der arbeitsmedizinischen Vorsorge und des medizinischen Arbeitsschutzes beraten. Damit soll die Verbesserung der Präventionskultur in den Betrieben und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten erreicht werden.

Der Ausschuss ist für die Arbeitsmedizin eine Chance, die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge mit Leben zu füllen. Die im Ausschuss erarbeiteten Regeln sollen eine neue Präventionskultur einleiten. Sie sollen präventivmedizinisch sinnvoll und ohne übermäßige Formalismen ausgerichtet sein. Dies kann nur mit ärztlichem, insbesondere mit arbeitsmedizinischem Sachverstand erfolgen. Die bisherigen Regeln gelten weiterhin, bis der Ausschuss neue technische Regeln verabschiedet hat.

Gebührenordnung für Betriebsärzte

Die Bundesärztekammer erarbeitet derzeit ein vollkommen neues Konzept der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Hierbei soll auch ein eigenes Kapitel für Arbeitsmediziner vorgesehen werden, wie von den Arbeitsmedizinern seit Jahren gefordert. Bis eine neue GOÄ zur Anwendung gelangt, kann die vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) erarbeitete Gebührenordnung angewandt werden, die zwar lediglich als Empfehlung gilt, aber schon derzeit für Unternehmen und Betriebsärzte sehr hilfreich ist.

Für die Arbeit an dem GOÄ-Konzept der Bundesärztekammer ist es äußerst hilfreich, wenn die Fachgesellschaft und der Berufsverband die Leistungslegenden präzisieren, damit keine Missverständnisse entstehen. Auch Laien müssen diese Gebührenpositionen nachvollziehen können. Der VDBW hat die Aufgabe in Begleitung mit der Fachabteilung der Bundesärztekammer übernommen, bei der Erstellung des Kapitels arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Leistungen mitzuarbeiten.

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)

Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist zur Beratung in allen Fragen des Arbeitsschutzes nach § 17 Biostoffverordnung (BioStoffV) im Jahr 2000 ein Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) gebildet worden, in dem sachverständige Mitglieder der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Wissenschaft angemessen vertreten sein sollen. Das Bundesministerium räumt der Bundesärztekammer seit dem Jahr 2003 ein Vorschlagsrecht zur Besetzung eines Mitglieds des Ausschusses ein. Der Berufszeitraum beträgt vier Jahre. Im Juni 2008 wurde Dr. Annegret Schoeller auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer als Mitglied bestellt. Diese Mitarbeit ist insbesondere erforderlich, da die Beschlüsse des ABAS sich direkt auf Arbeitsbedingungen von

Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen auswirken. Die erste und konstituierende Sitzung erfolgte am 24.06.2008. Am 27.10.2009 fand erstmals ein gemeinsames Symposium mit der Krankenhaushygienekommission am Robert Koch-Institut (RKI) statt. Die neue Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitsschutz (BMAS) und Gesundheitsschutz/Hygiene (BMG) wird von der Bundesärztekammer positiv begleitet und bewertet.

AG 2 Betriebliche Gesundheitsförderung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)

Auf Bundesebene wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Jahr 2000 eine Plattform geschaffen, um die Akteure der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenzuführen, Transparenz zu schaffen, Synergien zu erreichen, fehlenden Erfahrungsaustausch und gemeinsame Projekte zu ermöglichen sowie Qualität zu sichern.

Nach der Ende November 2007 offiziell vollzogenen Fusion des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) führt die BVPG die Arbeitsgruppen 1 bis 4 zur Thematik „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ weiter. Die AG 1 „Gesunde Kindergärten und Schulen“ wird geleitet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die AG 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, unterstützt durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die AG 3 „Gesund altern“ von der BVPG sowie die AG 4 „Qualität entwickeln und sichern – Plattform für Wissens- und Praxistransfer“ von der Berlin School of Public Health an der Charité in Berlin. Die Arbeitsgruppen sind auf Settings und Lebensphasen zugleich bezogen und werden geleitet von Organisationen, die mit der Thematik vertraut und Garant für Überparteilichkeit sind. Bei der Arbeitsgruppenarbeit innerhalb der BVPG sollen vor allem die auf Prävention und Gesundheitsförderung bezogenen Strategien, Programme und Aktionspläne im europäischen und im nationalen Bereich, die bereits existieren oder zukünftig beginnen werden, berücksichtigt werden.

Mitglieder der AG 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sind Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter, der Bertelsmann-Stiftung, des Fachbereichs Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld, der freiberuflichen Gesundheitsmanagement-Gesellschaften, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, des Berufsverbandes der Physiotherapeuten und weiterer Akteure im Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sowie Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin, des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte und der Bundesärztekammer.

Nach wie vor gestaltet es sich nicht einfach, in diese Arbeiten den Sachverstand der Arbeitsmedizin als präventivmedizinisches Fach im erforderlichen Umfang einzubringen. Die AG 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ tagte im Berichtsjahr 2009 am 01.04.2009. Vorgeschaltete Workshops sollten bewirken, dass die Akteure gegenseitig ihre Positionen austauschen und kooperieren können.

Aktivitäten

Symposium „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“

Der Ausschuss und die Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ haben die Federführung für die Durchführung eines Symposiums „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ der Bundesärztekammer und des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit in ihrer Sitzung am 12.02.2009 übernommen. Weitere Ausführungen s. Kapitel 5.5.5, S. 273 f.

Ausblick

Die arbeitsmedizinische Versorgung der Bevölkerung ist derzeit nicht ausreichend. Es besteht die ernste Gefahr, dass das Niveau des Gesundheitsschutzes vor allem in kleinen und mittleren Betrieben sinkt. Es wird deshalb weiterhin vorrangig Aufgabe der Bundesärztekammer und ihrer Arbeitsmedizin-Gremien sein, das präventivmedizinische Fach Arbeitsmedizin und mit ihr die betriebsärztliche Versorgung der Beschäftigten als quasi vierte Säule des Gesundheitswesens gegenüber der Politik in Bund und Länder zu stärken.

Ziel muss es vor allem auch sein, die Arbeitsmedizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass die Arbeitsbedingungen und die Honorierung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte deutlich verbessert werden müssen. Aber es muss auch deutlich werden, dass das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als die Kompetenz in der Primär- Sekundär- und Terziärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutz und im Gesundheitssystem einnehmen.

3.7 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) werden zunehmend durch die Entwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik, die wachsende Bedeutung des Umwelt- und Verbraucherschutzes sowie die fortschreitende Gesundheits- und Sozialgesetzgebung geprägt. Neben der ambulanten und stationären Versorgung kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention und der Gesundheitsförderung und Beratung ein besonderer Stellenwert zu. Die „subsidiären“ bzw. „komplementären“ Leistungsangebote der Gesundheitsämter – insbesondere in ihren sozialkompensatorischen Funktionen – ergänzen den ambulanten und stationären Bereich zu einem in allen Zweigen zusammenwirkenden Gesundheitswesen. Ein wichtiger Ausgangspunkt bei allen Überlegungen ist die Stellung des Arztes im ÖGD nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern vor allem auch in der Beziehung zu den im Krankenhaus und in freier Praxis tätigen Ärzten. Vorsitzender des bei der Bundesärztekammer gebildeten Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst“ ist Dr. Udo Wolter, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer; stellvertretender Vorsitzender ist Dr. Klaus Walter, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, weitere Mitglieder sind Dr. Bernhard Blüher, Landratsamt Altenburger-Land, Dr. Jan Leidel, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, und Dr. Wolfgang Müller, Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.

3.7.1 Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Fortführung der Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie geboten

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-11) fasste der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz folgende EntschlieÙung, die insbesondere fordert, dass der öffentliche Gesundheitsdienst im Hinblick auf eine Influenzapandemie gestärkt wird. Nachfolgend die EntschlieÙung im Wortlaut:

„Eine Influenzapandemie würde alle Lebensbereiche betreffen und könnte sich je nach Ausmaß zu einer Katastrophe entwickeln. Staat und Gesellschaft müssen deshalb mit erheblichen Beeinträchtigungen rechnen. Die Entstehung und Ausbreitung der neuen Grippe „Influenza A (H1N1)“ zeigen deutlich, dass dies keine theoretische Gefahr, sondern ein reales Risiko ist. Die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie sind in Deutschland – basierend auf einem Aufruf der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – zwar mittlerweile vorangeschritten, aber bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Die Vorbereitung auf einen Pandemiefall muss gerade in der gegenwärtigen interpandemischen Phase vorangetrieben werden, um für den Krisenfall möglichst gut gewappnet zu sein.

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 begrüÙt

- die länderübergreifende Krisenmanagementübung „Exercises“ (LÜKEX) „Influenzapandemie“ im November 2007, bei der Einrichtungen des Bundes und der Länder zusammenarbeiteten. So konnten Schnittstellen- und logistische Probleme identifiziert werden. Der zugehörige Auswertungsbericht von LÜKEX 2007 zeigt bestehende Vorbereitungslücken hilfreich auf;*
- das Impfkonzept des Landes Hessen, in dessen Mittelpunkt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) für die Organisationen der dann notwendigen Massenimpfungen gegen das Pandemievirus steht. Mit diesem Konzept können dringende logistische, haftungsrechtliche und finanzielle Fragen gelöst werden.*

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 fordert

- Bund und Länder auf, die im Auswertungsbericht von „LÜKEX 2007“ aufgezeigten Handlungsfelder zielstrebig zu bearbeiten;*
- die bundesweite Einführung des Impfkonzepts des Landes Hessen;*
- die Länder auf, den ÖGD dringend zu stärken, da er durch Personalabbau empfindlich geschwächt ist. Im Pandemiefall hätte der ÖGD wichtige koordinierende und ausführende Arbeiten zu leisten, wofür er dringend mehr Personal benötigt, um diese verantwortungsvolle Aufgabe auch bewältigen zu können;*
- Bund und Länder auf, darauf hinzuwirken, dass die Refinanzierung der Pandemie-vorbereitung durch die Gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet wird;*
- Bund und Länder auf, die ambulante und stationäre Versorgung im Pandemiefall in den jeweiligen Pandemieplänen zu konkretisieren; dabei ist angesichts des Bedrohungspotentials auch zu prüfen, ob die Bettenkapazitäten im stationären Sektor mit den Anforderungen einer medizinischen Versorgung u. a. von beatmungspflichtigen Patienten im Katastrophenfall in Einklang stehen;*
- dass die Erhebungen zur Bedarfs- und Ressourcenermittlung auf Bundesebene zusammengeführt werden, damit eine der jeweiligen Lage angemessene Ressourcenverteilung (z. B. die Verteilung von antiviralen Arzneimitteln) umsichtig erfolgen kann;*

- *dass Bund und Länder die Forschung vorantreiben und dafür die notwendigen Finanzmittel bereitstellen. Nur auf dieser Grundlage können adäquate Schutzmaßnahmen gewährleistet und der tatsächliche Ressourcenbedarf ermittelt werden. So sollten vor allem konkrete evidenzbasierte Studien bzgl. des Nutzens von Mund-Nasen-Schutz bzw. Masken für die Allgemeinbevölkerung durchgeführt werden. Ebenso werden im Arbeitsschutz dringend Studien bzgl. wirksamer Hygienemaßnahmen und der persönlichen Schutzausrüstung wie Atemschutz, Schutzkittel unter Berücksichtigung von Anwendbarkeit, Dauer und Haltbarkeit benötigt.“*

3.7.2 Qualitätssicherung im amtsärztlichen Gutachtenwesen

Durch die föderalistische Struktur des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland sind die Länder für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zuständig und somit ist der ÖGD nicht bundeseinheitlich organisiert. Dies bedeutet, dass je nach Land unterschiedliche Formulare, Empfehlungen und Gesetzesgrundlagen existieren und hier keine Vergleichbarkeit vorhanden ist. Im öffentlichen Gesundheitswesen ist eine Vereinheitlichung durch die kommunale Struktur noch schwieriger. Sie führt dazu, dass jeder Landkreis in den Flächenländern in eigener Organisation die amtsärztliche Begutachtung inhaltlich und formal gestalten kann, sofern nicht – wie dies bei der Begutachtung von Beamtinnen und Beamten zur vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand geschehen ist – mit ministeriellem Erlass ein bestimmter Standard für die Begutachtung gefordert wird. Bei der Vorbereitung eines entsprechenden Erlasses im Land Niedersachsen als bislang ersten Ansatz sind Amtsärztinnen und Amtsärzte unter Einbeziehung der Bundesärztekammer maßgeblich beteiligt. Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ prüft derzeit auf der Grundlage eines ihm eingereichten Vorschlages einer Gruppe von Amtsärzten, inwieweit – ähnlich wie bei der Entwicklung von Behandlungsleitlinien durch die ärztlichen Fachgesellschaften – eine bundesweite Empfehlung von Standards für die amtsärztliche Begutachtung über die Bundesärztekammer möglich ist.

Ausblick

Die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als dritte Säule des Gesundheitswesens ist ein besonderes Anliegen der Bundesärztekammer. Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ betrachtet insbesondere mit großer Besorgnis den immer weiter um sich greifenden Abbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Aufgabe der Bundesärztekammer wird es zukünftig verstärkt sein müssen, weiterhin gegen die zunehmende Schwächung des öffentlichen Gesundheitsdienstes anzugehen.

3.8 Nationale Pandemieplanung

Grundsätzlich ist zu beachten, dass im Gegensatz zu der jedes Jahr wiederkehrenden saisonalen Influenza bei einer neuen Influenzapandemie die fehlende Grundimmunität in der Bevölkerung zu einer erhöhten Zahl von schweren Erkrankungen und Toten führen kann. In einem realistischen Szenario muss mit einer etwa zehnfach höheren Zahl von Krankenhauseinweisungen und Todesfällen gerechnet werden. Dies kann schnell die Funktionstüchtigkeit des Wirtschaftslebens und der öffentlichen Ordnung gefährden sowie zu einer Überlastung der Gesundheitsversorgungsstrukturen führen. Die Kapazität von Krankenhäusern kann schnell ausgeschöpft sein und die Versorgung der Erkrankten überwiegend den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten obliegen. Aus diesen Gründen stehen bei der Planung und Vorbereitung auf ein solches Ereignis die Reduktion der Zahl von Erkrankungen und Todesfällen sowie eine gut organisierte Versorgung der Patienten vor Ort im Mittelpunkt. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sich umfassend auf eine Influenzapandemie vorzubereiten. Die Ärzteschaft stellt sich dieser Aufgabe im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

Pandemiewarnphase 6 bei einer neuen Influenza A (H1N1) in Deutschland

Erstmals bekannt wurde die sogenannte „Mexiko“- oder „Schweinegrippe“ in Mexiko im März 2009. Die Ausbreitung erfolgte über die Vereinigten Staaten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dieses Influenza A-(H1N1)-Virus am 25.04.2009 als gesundheitliches Risiko von internationaler Bedeutung eingestuft. Eine vergleichbare Einstufung gab es beim Auftreten von SARS im Jahr 2003. Die WHO hat am 27.04.2009 die pandemische Warnstufe 4 und am 29.04.2009 die Phase 5 ausgerufen. Die Warnphase 6 wurde von der WHO und folgend auch international am 11.06.2009 ausgerufen. Die erste Pandemie dieses Jahrhunderts ist die sogenannte „Schweinegrippe“. Die Pandemiewarnstufe 6 bedeutet, dass intensive Maßnahmen von Bund und Ländern sowie gesamtgesellschaftlich zur Eindämmung einer Pandemie gemäß dem nationalen Pandemieplan getroffen werden müssen.

Hierfür musste im Jahr 2009 eine Infrastruktur von Bund und Ländern geschaffen werden. So wurden zahlreiche Verordnungen vom Bund erlassen, die eine gesetzliche Möglichkeit der Pandemiebekämpfung eröffneten. In Form von schriftlichen Stellungnahmen, mündlichen Äußerungen in Anhörungsverfahren aber auch im Gespräch mit Bund und Ländern hat die Bundesärztekammer ihre Expertise zur Begegnung einer Influenzapandemie eingebracht. Zudem wurden die Landesärztekammern und Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Rundschreiben und Artikeln zum Beispiel im Deutschen Ärzteblatt über neue Aktivitäten, Meldeverfahren oder Impfflogistik informiert. Ferner war die Bundesärztekammer in engem Kontakt mit dem Robert Koch-Institut (RKI) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), damit eine einheitliche Risikokommunikation gewährleistet ist. Aktiv beteiligt war die Bundesärztekammer auch in der Influenza-Kommission für den Pandemiefall beim Robert Koch-Institut.

Ein besonderes Anliegen der Bundesärztekammer in 2009 war, konstruktive Vorschläge zur Durchführung der Impfung der Bevölkerung gegen das Influenzavirus A (H1N1) dem Bundesministerium für Gesundheit zu unterbreiten. So hat die Bundesärztekammer empfohlen, dass die Ständige Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut

als Beratungsgremium im Hinblick auf die Impfprävention zur Pandemiebekämpfung etabliert wird, welche insbesondere unter medizinischen Aspekten Priorisierungsempfehlungen nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitet. Über die Akzeptanz dieser Empfehlung für verschiedene Patientengruppen haben dann Bund und Länder zu entscheiden. Diese Aufgabe ist nicht der Ärzteschaft zu übertragen, da sie in erster Linie den Patienten verpflichtet ist. Dieser Einschätzung haben Bund und Länder entsprochen. Darüber hinaus wurde den Ländern empfohlen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst die Koordinierung der Verabreichung des Pandemieimpfstoffes übernimmt. Hierzu soll allerdings eng mit der Ärzteschaft, einschließlich der Rekrutierung pensionierter Ärzte zum Beispiel auf Basis von Dienstleistungsverträgen, kooperiert werden. Ein möglichst ländereinheitliches Vorgehen wurde als geboten angesehen. Viele Bundesländer haben dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine koordinierende Rolle bei der Verimpfung des Pandemieimpfstoffes zugewiesen.

Dem Vorschlag der Bundesärztekammer, ausreichend Impfstoff für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, wurde insofern entsprochen, dass 50 Millionen Impfstoffdosen bestellt wurden und es sich erwiesen hat, dass eine einmalige Impfung genügt, um einen ausreichenden Schutz gegen die Influenza A (H1N1) zu entwickeln. Jedoch ist festzustellen, dass die Impfbereitschaft der Bevölkerung nicht sehr groß war. Erklärbar ist dies mit der kontroversen Berichterstattung in den Medien und damit, dass das Virus zwar hoch kontagiös ist, aber keine große Krankheitslast in sich birgt. Dies könnte sich aber im Rahmen einer zu erwartenden dritten Infektions- und Erkrankungswelle ändern.

3.8.1 Einbeziehung der Ärzteschaft in die nationale Influenzapandemieplanung von Bund und Ländern

Bund-Länder-Abteilungsleiter-Arbeitsgruppe „Influenzapandemieplanung“

Die Einbeziehung der Ärzteschaft in die nationale Influenzapandemieplanung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgte Mitte 2005. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurden aufgefordert zu prüfen, inwieweit bereits bestehende klinische Leitlinien in die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie eingebunden werden können bzw. welche neuen Leitlinien noch erstellt werden müssen, die zur Verteilung und zum Umgang mit knappen Mitteln, d. h. mit antiviralen Arzneimitteln und Impfstoffen, Aussagen treffen. Im Kern forderten Bund und Länder die ärztlichen Spitzenorganisationen auf, für den Fall einer Pandemie Risikogruppen zu definieren, aus denen eine Priorisierung von Patienten ableitbar wird, die dann bevorzugt medikamentös versorgt werden sollten, wie z. B. Polizisten, die die öffentliche Sicherheit aufrechterhalten. Dieses Ansinnen lehnten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung strikt ab, da dies auf der Ebene der unmittelbaren Patient-Arzt-Beziehung auf eine harte Rationierung hinausgelaufen wäre. Priorisierungsentscheidungen sind allein Aufgabe der Politik. Die Darlegung dieser Position von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in vielen Gesprächen mit der Bund-Länder-Abteilungsleiter-Arbeitsgruppe „Influenzapandemieplanung“ (BL-AL-AG) ergab, dass die Auffassung der Ärzteschaft letztlich akzeptiert wurde. Die

jährlichen kontinuierlichen Gespräche verlaufen seither in konstruktiver und vertrauensvoller Atmosphäre.

Das letzte Gespräch mit Vertretern von Bund und Ländern sowie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fand am 30.07.2009 statt. Dieses Treffen erfolgte zur Abstimmung eines gemeinsamen Vorgehens bei der Massenimpfung gegen die neue Influenza A (H1N1). Die Bundesärztekammer stellte klar, dass der gesamten Bevölkerung die Impfung angeboten werden muss und die Priorisierung von Risikogruppen Aufgabe von Bund und Ländern ist.

Influenza-Kommission für den Pandemiefall beim Robert Koch-Institut

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung sind als Mitglieder in die Influenza-Kommission für den Pandemiefall beim Robert Koch-Institut (RKI) berufen worden. Die konstituierende Sitzung der Influenza-Kommission für den Pandemiefall fand Anfang 2007 im Robert Koch-Institut statt. Die Kommission übte im Rahmen einer Telefonkonferenz bei LÜKEX 07 – „Länderübergreifende Krisenmanagementübung Exercises“ Ende 2007 mit. Diese Influenza-Kommission für den Pandemiefall soll den Krisenstab (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium des Innern) beim Bundesministerium des Innern in fachlichen Fragen zur Influenzapandemie in den Phasen 4 bis 6 beraten.

Gesetzliche Regelungen zur Pandemiebekämpfung

Die Bundesärztekammer war eingebunden im Stellungnahmeverfahren zum „Entwurf einer Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweinegrippe“) hervorgerufen wird“. Diese Verordnung beinhaltet eine erweiterte namentliche Meldepflicht bei einer Influenza A (H1N1) auf den Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie auf Tod. Die Bundesärztekammer hatte das Ziel dieses Verordnungsentwurfes begrüßt.

Am 19.07.2009 ist der Bundesärztekammer der „Verordnungsentwurf zur Stellungnahme über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) (Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV)“ zugeleitet worden. Dieser Verordnungsentwurf beinhaltete klassische Priorisierungen:

- Kostenübernahme durch die GKV für ihre Versicherten;
- Impfung nur an Risikogruppen etwa 22,5 Millionen Bürger;
- Chronisch Kranke, Adipöse, Schwangere sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen, Polizei und Feuerwehr;
- Bescheinigungen der GKV sollen die Priorisierung von Risikogruppen gewährleisten;
- der öffentliche Gesundheitsdienst soll die Impfung koordinieren;
- Arbeitgeber können Sachkosten erstattet bekommen;
- ein Fonds zur Kostenübernahme soll gebildet werden, PKV und Beihilfe können sich an diesem Fonds beteiligen;
- die Impfkosten sollen 9 Euro für Sachkosten und 5 Euro pro Dienstleistung betragen.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu diesem Verordnungsentwurf gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit beinhaltete folgende Punkte:

1. *„In Anbetracht dessen, dass das derzeit sehr kontagiöse aber gering pathogen wirkende Virus zu einer pathogeneren Variante mutieren kann, bleibt ein vollständiges Impfangebot für die gesamte Bevölkerung geboten. Die Impfung von ausgewählten Patienten- und Bevölkerungsgruppen kann nur ein erster Schritt sein. Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Entscheidung staatlicherseits zunächst 50 Millionen Impfdosen zu bestellen, sind die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung der Auffassung, dass es Aufgabe von Bund und Ländern ist, im Sinne der Daseinsvorsorge den Pandemieimpfstoff nach einer Prioritätenliste zu vergeben. Dies kann nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein.*
2. *Die Länder können sich des Sachverstandes von Experten bedienen. Empfohlen wurde daher, die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut als Beratungsgremium im Hinblick auf die Impfprävention zur Pandemiebekämpfung zu etablieren, welche insbesondere unter medizinischen Aspekten Priorisierungsempfehlungen nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitet. Über die Akzeptanz dieser Empfehlungen für verschiedene Patientengruppen haben dann Bund und Länder zu entscheiden. Dies gilt gerade auch vor dem Hintergrund, dass einzelne Berufsgruppen, die die tragende Funktion für die Gesellschaft erfüllen, unabhängig von ihrer individuellen Gesundheitssituation, vorrangig geimpft werden sollen. Zugleich ist zu bestimmen, in welcher zeitlichen Reihenfolge Patienten- oder Berufsgruppen zu versorgen sind.*
3. *Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung gehen davon aus, dass die Pandemieimpfstoffe vor deren Anwendung ausreichend auf Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit geprüft sind.*
4. *Das Besondere an der Impfung der Bevölkerung mit dem Pandemieimpfstoff A (H1N1) ist, dass dieser nur von den Ländern bestellt werden kann und deren Eigentum ist. Der Impfstoff wird aller Voraussicht nach nicht auf dem Arzneimittelmarkt verfügbar sein.*
5. *Ein Konzept, wie am effizientesten der Impfstoff zu verimpfen ist, existiert bislang nicht. Es gibt offenkundig unterschiedliche Überlegungen der Länder. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung plädierten dafür, dass der öffentliche Gesundheitsdienst die Koordination der Verabreichung des Pandemieimpfstoffes übernimmt. Dazu sollte allerdings eng mit der Ärzteschaft einschließlich der Rekrutierung mit pensionierten Ärzten z. B. auf der Basis von Dienstleistungsverträgen kooperiert werden. Möglicherweise können auch Betriebsärzte von Krankenhäusern und Polizeidienststellen etc. einbezogen werden. Ein möglichst länder einheitliches Vorgehen erscheint geboten.“*

Die Anhörung zum Verordnungsentwurf am 05.08.2009 im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erbrachte insgesamt für das Anliegen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein positives Ergebnis. Die Gespräche verliefen in ruhiger und konstruktiver Atmosphäre. Die o. g. Punkte wurden in die Anhörung eingebracht und im Wesentlichen auch durch die Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere des Spitzenverbandes Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt.

Insgesamt ist positiv festzustellen, dass das BMG folgende Konzeption für die priorisierte Impfung der Bevölkerung unter Änderung des bisherigen Entwurfes vorgesehen hat:

1. Festlegung der detaillierten Priorisierungskriterien, möglichst ICD, im Verordnungsentwurf auf Grundlage einer RKI-Empfehlung;
2. Feststellung des Zutreffens dieser Kriterien bei Versicherten der GKV/PKV/Beihilfe durch Auswertung der bei den Kassen/PKV/Beihilfe vorliegenden ICD-Diagnosen (und ggf. DMP-Daten);
3. Benachrichtigungsschreiben der Kassen an die Versicherten, die eine Impfung in Anspruch nehmen können;
4. Einrichtung von „Anlaufstellen“ für Versicherte, die wegen neuerer Diagnostik nicht über die bei den Kassen für 2008 vorliegenden Diagnosen als Impfberechtigte identifiziert werden konnten oder die aus anderen Gründen entsprechend der Priorisierungsliste anspruchsberechtigt sind, jedoch keine Benachrichtigung erhalten haben. Der Anspruch wird bei diesen Anlaufstellen pragmatisch geprüft und entschieden.
5. Abschluss regionaler Impfvereinbarungen (wie bei anderen bisherigen Impfungen) auf Landesebene zur Organisation und Durchführung der Impfungen, unter Federführung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, und Einbindung aller für die eigentliche Impfung infrage kommenden Ärzte, also auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Damit sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht selbst für die Priorisierungsfeststellung sowie für die koordinierte Lagerung und Impfstoffverteilung in der Verantwortung.

Es ist deutlich geworden, dass in der Anhörung eine konsequente bundeseinheitliche Erfassung der Nebenwirkungen des Pandemieimpfstoffes gefordert wurde. Dazu hat das BMG auf Vorarbeiten des PEI und des RKI verwiesen.

Der dann am 19.08.2009 verabschiedete Kabinettsentwurf beinhaltet gravierende Änderungen gegenüber dem Vorentwurf:

- aufgrund des politischen Drucks soll nun allen Versicherten eine Impfung angeboten werden (Richtungswechsel durch die Kanzlerin);
- die GKV muss die Impfkosten für ihre Versicherten übernehmen;
- die Risikogruppen sollen vorrangig geimpft werden;
- es gibt keine Benachrichtigungen der GKV an Risikogruppen, dies soll über Aufrufe durch die Länder geregelt werden;
- ein Fonds soll eingerichtet werden.

Die Verordnung trat am 21.08.2009 durch die Verkündung im Bundesanzeiger in Kraft. Im Rahmen einer gesonderten Vereinbarung zwischen Ländern und der GKV wurde geregelt, dass die GKV für 50 Prozent der Versicherten die Kosten übernimmt. Darüber hinaus entstehende Kosten sollen Bund und Länder übernehmen. Entsprechende Verträge wurden von den Ländern mit der GKV erarbeitet.

Ein weiterer „Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweinegrippe“) hervorgerufen wird, vom 04.11.2009“ wurde von der Bundesärztekammer begrüßt. Dieser Entwurf beinhaltet nur noch die Ausrichtung auf eine namentliche Meldepflicht bei tödlichem Verlauf einer neuen Influenza A (H1N1) und war erforderlich geworden aufgrund der epidemiologischen Lage.

Anfang Oktober 2009 wurde der Entwurf der Mitteilungen der STIKO am Robert Koch-Institut „Impfung gegen die neue Influenza A (H1N1)“ der Bundesärztekammer zugesandt. Zu diesem Entwurf verfassten die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft eine dezidierte Stellungnahme, deren Inhalte in dem o. g. Entwurf Berücksichtigung fanden.

Am 24.11.2009 wurden die „erneuten Bewertungen der Daten der STIKO-Empfehlungen“ der Bundesärztekammer zur Stellungnahme übersandt. In ihrer gemeinsam verfassten Stellungnahme mit der Arzneimittelkommission wurde diese begrüßt.

Impfgipfel am 07.12.2009

Am 07.12.2009 fand ein Gespräch des Bundesministers für Gesundheit mit Vertretern der Ärzteschaft zur Thematik „Impfungen gegen die pandemische neue Influenza A (H1N1)“ statt. Initiiert wurde der Impfgipfel vom Bundesgesundheitsminister, Dr. Philipp Rösler. Anlass für dieses Gespräch mit der Ärzteschaft war, dass angesichts der aktualisierten STIKO-Empfehlungen vom 24.11.2009 zur Schutzimpfung gegen die neue Influenza A (H1N1) Bund, Länder, Gesundheitsbehörden sowie die Ärzteschaft gemeinsam die Überlegung anstellen sollen, die Kommunikation über die Impfung gegen die pandemische neue Influenza A (H1N1) zu verbessern und Verunsicherungen in der Bevölkerung zu vermeiden sowie die Impfbereitschaft zu fördern. In diesem Zusammenhang wurde auch beraten, wie die Impfbereitschaft der im Gesundheitswesen Beschäftigten erhöht werden kann. Im Rahmen dieses Gespräches kamen Vertreter des Robert Koch-Institutes sowie des Paul-Ehrlich-Institutes zur Epidemiologie und zu epidemiologischen Aspekten der Impfung zu Wort. Sie berichteten über bisherige Erfahrungen mit der Impfung einschließlich der Dosierungsempfehlungen. Die neue STIKO-Empfehlung stellte Prof. Dr. Dr. Friedrich Hofmann, Vorsitzender der STIKO, vor.

3.8.2 Empfehlungen zum infektionshygienischen Management bei der medizinischen Versorgung im Falle einer Influenzapandemie

Im Rahmen der Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Erarbeitung von „Empfehlungen zum Einsatz antiviraler Arzneimittel für die Postexpositions- und Langzeitprophylaxe während einer Influenzapandemie“ wurde der Bedarf gesehen, auch Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum infektionshygienischen Management bei der medizinischen Versorgung im Falle einer Influenzapandemie evidenzbasiert nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erarbeiten und zu veröffentlichen.

Hierzu wurde am 28.04.2009 eine Arbeitsgruppe gebildet mit Experten der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Robert Koch-Institutes, des Bundesinnenministeriums, des Bundesarbeitsministeriums, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, wobei der Bundesärztekammer die Federführung für diese Empfehlungen obliegt.

Inhalt dieser Empfehlungen soll der Wissensstand zur Evidenz der Wirksamkeit von Hygienemaßnahmen/Expositionsmaßnahmen sein, wie Standardhygiene, Distanzierung, Atemschutz, Schutzkleidung, sowie Vorgehensweisen bezogen auf die Phasen 4 respektive 5/6 zur Erstellung einrichtungsspezifischer risikoadaptierter Organisations- und Ablaufschemata. Darüber hinaus soll ein Kapitel erarbeitet werden, das sich mit infektionshygienischem Management in der ambulanten medizinischen Versorgung in der Arztpraxis, in der ambulanten Pflege, in Pflegeeinrichtungen sowie im häuslichen Bereich beschäftigt. Zudem soll ein Kapitel „Rettungsdienst“ erarbeitet werden. Zu den einzelnen Kapiteln sollen knapp gehaltene Checklisten zum infektionshygienischen Management erarbeitet werden, die eine praktische Handreichung sein sollen.

Aus Aktualitätsgründen wurde der bereits erstellte Entwurf „Empfehlungen zum infektionshygienischen Management bei der medizinischen Versorgung im Falle einer Influenzapandemie – Rettungsdienst“ inklusive einer Checkliste vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.12.2009 zustimmend zur Kenntnis genommen und einer Vorabveröffentlichung durch die Bundesärztekammer und das Bundesministerium des Innern bzw. das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zugestimmt. Insbesondere die Checkliste ist kurz und übersichtlich gehalten und unterstützt die im Rettungsdienst verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte, z. B. die „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“, bei ihrer Arbeit.

3.8.3 Vorstandsberatungen zur Pandemieplanung

Der Vorstand hat sich im Jahr 2009 regelmäßig mit der Influenzapandemieplanung befasst. So nahm er in seiner Sitzung im Februar 2009 die fertiggestellte Broschüre „Influenzapandemie – Risikomanagement in Arztpraxen. Eine gemeinsame Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege“ zustimmend zur Kenntnis und bat um die Verbreitung dieser Broschüre in der niedergelassenen Ärzteschaft.

In der Sitzung im Mai 2009 wies Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, im Rahmen eines Sachstandsberichtes über die neue Grippe „Influenza A (H1N1)“ darauf hin, dass sich die Vorbereitung auf die neue Grippe sowohl national als auch international bewährt hat, auch wenn keine Entwarnung gegeben werden kann.

In der Sitzung im August 2009 wurde im Rahmen eines Sachstandsberichts zur Influenzapandemieplanung von Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, berichtet, dass das Bundeskabinett einer Rechtsverordnung über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) zugestimmt hat, die am 21.08.2009 in Kraft getreten ist. Die Bundesärztekammer war in Gesprächen mit Ländervertretern im Bundesministerium für Gesundheit als auch bei der Anhörung mit eigener Stellungnahme beteiligt.

In der Sitzung des Vorstandes im September 2009 wies Prof. Hoppe auf die Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zur Schutzimpfung gegen die neue Influenza A (H1N1) hin, die auch von der Presse positiv aufgenommen wurde. In der anschließenden Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass sich die von

der Bundesärztekammer abgegebene Stellungnahme zur neuen Influenza an die Empfehlungen der in Deutschland ausgewiesenen Institutionen und Gremien, vor allem des Robert Koch-Instituts, des Paul-Ehrlich-Instituts und der Ständigen Impfkommision, anlehnt. Die von den Mitgliedern des Vorstands positiv hervorgehobene Stellungnahme der AkdÄ zeigt einige kritische Punkte auf, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den vorab genannten Institutionen erörtert wurden.

In der Sitzung im Oktober 2009 berichtete Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer, vom aktuellen Stand der vor Kurzem gestarteten Impfung gegen die neue Influenza A (H1N1). Die Mitglieder des Vorstandes erörterten die Konsequenzen der kontroversen öffentlichen Diskussion für die Impfbereitschaft der Bevölkerung. Sie baten, die aktuelle Situation der Kommunikationsproblematik innerhalb der Ärzteschaft zu analysieren.

In der Sitzung im November 2009 wurde eine Bestandsaufnahme der unterschiedlichen Meinungen aus den Reihen der Ärzteschaft kritisch beleuchtet. Es wurde eine einheitliche Kommunikation eingefordert.

In der Dezember-Sitzung berichtete Prof. Fuchs über den Impfgipfel mit dem Bundesgesundheitsminister am 07.12.2009.

3.8.4 Pandemiebeauftragte der Landesärztekammern

Zur Koordinierung der Influenzapandemie-Vorbereitung der Ärzteschaft wurde Anfang 2006 eine Influenza-Pandemiebeauftragten-Arbeitsgruppe bei der Bundesärztekammer geschaffen. Die deutsche Ärzteschaft hat nicht nur sehr früh auf eine drohende Influenzapandemie hingewiesen, sondern von Anfang an auch ihre Bereitschaft signalisiert, an der Erarbeitung und Umsetzung entsprechender Arzt- und Patienteninformationen mitzuwirken. Dieses Gremium setzt wichtige Impulse für den Aufbau einer Pandemieplanung der Ärzteschaft.

Am 3. März fand die erste Sitzung der Pandemiebeauftragten der Landesärztekammern des Jahres 2009 statt. Eine weitere und gemeinsame Sitzung der Pandemiebeauftragten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer folgte am 16.09.2009. Der erstmalig gemeinsame Erfahrungsaustausch wurde als positiv bewertet.

Etablierung eines Systems in den Arztpraxen zur Erfassung von respiratorischen Erkrankungen (SEED^{ARE})

Es bestehen zwei Surveillance-Systeme des Robert Koch-Instituts (Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza und das elektronische Erfassungssystem SEED^{ARE}). Insbesondere bei Veränderung der Meldepflicht oder dem verbreiteten Verzicht auf eine labor-diagnostische Abklärung von Krankheitsfällen muss die Krankheitsbelastung durch andere, nicht meldepflicht-basierte Systeme erfasst werden können. An dem AGI-Sentinel beteiligen sich 600 bis 800 Ärzte, die einerseits ILI-Fälle (Influenza-like Illness) wöchentlich an das Robert Koch-Institut (RKI) melden und andererseits auch Abstriche zur genaueren virologischen Charakterisierung an das RKI schicken. Im Rahmen des SEED^{ARE}-Systems ist es für Arztpraxen möglich, wöchentlich automatisiert auf Basis

von ICD-10-Diagnosen eine anonymisierte Meldung über die respiratorischen Krankheitsfälle und die Gesamtkonsultationsfrequenz an das RKI weiterzuleiten. Das System ist datenschutzrechtlich geprüft. Obwohl die Praxissoftwaresysteme von rund 40 bis 45 Prozent aller Praxen diese Erhebung bereits unterstützen, machen bislang lediglich rund 50 Ärzte bundesweit Gebrauch hiervon. Bei einer höheren Beteiligung von Ärzten wären regional kleinräumige Analysen des Krankheitsgeschehens möglich.

Es wurde als sinnvoll angesehen, dass die Pandemiebeauftragten im Bereich ihrer Ärztekammer bzw. Kassenärztlichen Vereinigung für die Teilnahme von Ärzten an diesen Systemen werben. Für diese Tätigkeit werden nach eingehender Prüfung des Deutschen Senats für Fortbildung keine Fortbildungspunkte aus systematischen Gründen erteilt, obwohl dies Karin Knufmann-Happe, Ministerialdirektorin beim Bundesministerium für Gesundheit, begrüßt hätte.

Informationsgestaltung für Ärztinnen und Ärzte auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts

Die Pandemiebeauftragten haben darauf hingewirkt, dass die Internetseiten des Robert Koch-Instituts (RKI) überarbeitet werden. Es sollen eine Übersicht auf aktualisierte Dokumente erstellt und möglichst die grundlegenden Abweichungen zu den Vorläuferdokumenten dargestellt werden.

Zu folgenden Aspekten erfolgte eine Rechtsabwägung: Inwieweit können Vertragsvereinbarungen eine Vergütung für die Impfung vorsehen, die unterhalb der vorgesehenen Impfungvergütung in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegt? Wie ist die Aufklärungspflicht des Arztes in Zusammenhang mit der Delegationsfähigkeit der Impfung und dem angekündigten bundesweit einheitlichem Aufklärungsbogen zu beurteilen? Ist es berufsrechtlich zulässig, Personengruppen zu priorisieren und somit Personen abzuweisen, die nicht zu den zunächst ausgewiesenen Gruppen gehören? Die Gemeinsame Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nahm hierzu dahingehend Stellung, dass für einen längeren Zeitraum geschlossene Verträge im Sinne eines Dauerschuldverhältnisses die Vergütung frei verhandelt werden kann. Die GOÄ ist dort keine verbindliche Vorgabe. Solche Verträge verstoßen nicht gegen das Berufsrecht, wenn dort eine Prioritätenliste für zunächst zu impfende Personengruppen vorgesehen bzw. geplant ist, z. B. durch den Verweis auf die STIKO-Empfehlung. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Rechtsverordnung einen Leistungsanspruch auf die Impfung für jeden Bürger gewährt, und die Regelungen lediglich die (unumgängliche) zeitliche Reihenfolge bezüglich der vorrangig zu impfenden Gruppen betreffen. Auch besteht bei der Pandemie-Massenimpfung eine persönliche Verpflichtung des Arztes zur Aufklärung und zum Erheben der Impfanamnese. Es ist nicht ausreichend, dass lediglich ein Anamnese- und Aufklärungsblatt verteilt wird und der Impfung dort schriftlich einwilligt. Ebenso kann die Notwendigkeit einer persönlich durch den Arzt erbrachten Aufklärung nicht dadurch unterlaufen werden, dass der Patient im Einwilligungsbogen schriftlich auf diese verzichtet.

Entschließung auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009

Auf Empfehlung der Pandemiebeauftragten der Landesärztekammer und nach Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-11) fasste der 112. Deutsche Ärztetag im Mai 2009 eine Entschließung „Fortführung der Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie geboten“.

Ausblick

National und international besteht die Aufgabe, sich auf eine Influenzapandemie vorzubereiten. Die Ärzteschaft wird hierzu ihren Beitrag auf vielen Ebenen leisten. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in politischen Erklärungen zur Verantwortung der Ärzteschaft bekannt, im Pandemiefall alle Anstrengungen zu unternehmen, um die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung der Patienten soweit wie möglich zu gewährleisten. Eine besondere Herausforderung ist der Umstand, dass die Bekämpfung einer Influenzapandemie im Rahmen der Regelversorgung stattfinden soll und damit finanzielle und haftungsrechtliche Fragen für Ärztinnen und Ärzte zu klären sind. Die Bundesregierung muss gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen sowie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen festschreiben und klären, wer die Kosten für die Vorbereitung einer Pandemie und die Behandlung der Patienten mit dem damit verbundenen ärztlichen Mehraufwand übernimmt.

Mit dem Ausrufen der Pandemiestufe 6 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Juni des Jahres 2009 wurden internationale Maßnahmen gegen die Influenza A (H1N1) ergriffen. In Deutschland zeigten sich einige Probleme bei der Bekämpfung des A-(H1N1)-Virus. Eine nicht einheitliche Risikokommunikation auf allen Ebenen hat die Bevölkerung, aber auch Ärztinnen und Ärzte verunsichert. Aus den gelungenen und weniger gelungenen Maßnahmen resultieren Erfahrungen, die Grundlagen darstellen zur Optimierung der Kommunikation auf Bundes- wie auch Landesebene. Das gleiche gilt für das Fehlermanagement.

3.9 Notfall- und Katastrophenmedizin

Die Bundesärztekammer begleitet die Themen Notfall- und Katastrophenmedizin, auch im Kontext Bevölkerungsschutz, unter zahlreichen Gesichtspunkten, von denen hier nur eine Auswahl beispielhaft aufgeführt ist:

- Medizinischer gesundheitlicher Bevölkerungsschutz
- Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten im Rettungswesen
- Massenanfall von Verletzten

Der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ berät den Vorstand der Bundesärztekammer in allen entsprechenden Fachfragen.

3.9.1 Qualifikation „Leitender Notarzt“

Bereits 1988 hat sich die Bundesärztekammer für die bundesweite Etablierung des Leitenden Notarztes eingesetzt. Leitende Notärzte sollten den medizinischen Einsatz bei den damals zunehmend häufiger werdenden Großschadensereignissen, bei denen sich der Rettungsdienst einer größeren Anzahl Verletzter oder akut Erkrankter gegenüber sah, unterhalb der Katastrophenschwelle koordinieren und leiten. Die Bundesärztekammer hat damals Voraussetzungen für den Einsatz als Leitender Notarzt sowie seine Aufgaben und Stellung und die dafür notwendige Fortbildung definiert.

Leitende Notärzte haben sich mittlerweile bundesweit etabliert. Nach mehr als 20 Jahren sind im Berichtsjahr die damaligen Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt (LNA) 1988 und die 1999 von der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) publizierten Empfehlungen zur LNA-Fortbildung auf den Prüfstand gestellt worden. Dazu wurden zunächst die von den Landesärztekammern zur Verfügung gestellten Curricula zur LNA-Fortbildung im Sinne einer Bestandsaufnahme gesichtet. Die Auswertung der Curricula bzw. Kursprogramme ergab, dass sich diese auch heute noch überwiegend an den o. g. Empfehlungen orientieren. Die damals vorgegebenen Hauptthemenblöcke sowie viele Einzelthemen werden weiterhin berücksichtigt, da sie immer noch aktuell sind. Neue Themen, wie der Massenanfall von Verletzten, chemische, biologische, radiologische, nukleare und explosive Gefahren (CBRNE), die Öffentlichkeitsarbeit oder die psychosoziale Notfallversorgung wurden problemlos in die vorgegebenen Themenblöcke eingeordnet. Deshalb wird derzeit weder eine Aktualisierung noch eine bundesweite Harmonisierung der Fortbildung zum Leitenden Notarzt für zwingend notwendig erachtet.

Angeregt durch die Umfrage der Bundesärztekammer wird voraussichtlich im Frühjahr 2010 ein Erfahrungsaustausch der Kursleiter entsprechender LNA-Fortbildungen, organisiert durch die Sächsische Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der BAND, stattfinden.

3.9.2 Rettungsassistentenausbildung

Die im Jahr 2007 begonnene Diskussion um die Novellierung des Rettungsassistentengesetzes mit einer Ausweitung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre wurde auch im Jahr 2009 fortgesetzt. Die Bundesärztekammer, die eine Novellierung der Rettungsassistentenausbildung seit Jahren für dringend geboten und längst überfällig hält, begleitete im Jahr 2009 zweimal die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingeladene Expertenrunde zum Thema „Ausbildungsziel, Ausbildungsinhalte, Kompetenzen“. Die begonnene Diskussion um die zukünftigen Kompetenzen von Rettungsassistenten wurde, vor dem Hintergrund der Delegierbarkeit sowie Übernahme ärztlicher Leistungen an/durch nichtärztliches Rettungsfachpersonal, weiterhin erwartungsgemäß kontrovers geführt. Die Einigkeit über das ärztliche Primat in der Notfallrettung wurde von allen Beteiligten aufrechterhalten. Bedauerlich ist allerdings, dass sich, entgegen mündlicher Zusagen im BMG, die in den Expertenrunden erzielte Übereinstimmung bezüglich der zukünftigen Kompetenzen von Rettungsassistenten, nicht im schriftlichen Entwurf wiederfindet. Vielmehr wird hier eine regelhafte Substitution ärztlicher Tätigkeit vorgese-

hen. Nach eingehender Beratung hat der Vorstand der Bundesärztekammer den jetzigen Entwurf des Ausbildungsziel-Paragrafen aufgrund der vorgesehenen weitreichenden Substitution notärztlicher Maßnahmen abgelehnt.

3.9.3 Bevölkerungsschutz

In Deutschland hat sich der Begriff Bevölkerungsschutz als Übersetzung der international verwendeten Bezeichnung „Civil Protection“ etabliert. Der Begriff wird als zusammenfassende Bezeichnung für alle Einrichtungen und Maßnahmen aus dem Bereich des Katastrophen- sowie des Zivilschutzes benutzt. Bei Einbeziehung der Themen Massenansturm von Verletzten/Erkrankten (MANV) und Massenansturm von Infizierten (MANI) wird die Brücke zur Notfallmedizin geschlagen.

Beim MANV ist die ärztliche Sichtung ein unverzichtbares Instrument. Die 2008 begonnene Diskussion um zunehmende Tendenzen, die ärztliche Sichtung durch eine nichtärztliche Erstbeurteilung von Betroffenen zu substituieren, fand ihren Abschluss in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sichtung Verletzter/Erkrankter bei Großschadenslagen/Katastrophen vom 24.04.2009 (s. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.7526>). Die Empfehlung unterstreicht die Notwendigkeit einer ärztlichen Erstbeurteilung und Entscheidung über die Priorität der Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung. Das bei einer Großschadenslage bzw. Katastrophe ersteintreffende Rettungspersonal wird aber ungeachtet des o. g. Erfordernisses einer ärztlichen Sichtung schon in der Frühphase gezwungen sein, eine erste Zustandsbeurteilung vornehmen zu müssen. Dafür sollte der Begriff „Vorsichtung“ gewählt werden, weil er auf die vorläufige Beurteilung hinweist, die in jedem Fall durch die erforderliche ärztliche Sichtung zu ergänzen ist. Die Bundesärztekammer votiert dafür, das Rettungsdienst-Fachpersonal (Rettungsassistentin/Rettungsassistent) in einer gesonderten, mit einer Prüfung abzuschließenden Fortbildung auf diese Situation vorzubereiten.

3.9.4 Reanimationsempfehlungen

Turnusmäßig wird im Herbst 2010 ein neuer Consensus of Science der ILCOR (wissenschaftlicher Konsens „on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care“ des International Liaison Committee on Resuscitation) erwartet. Die Bundesärztekammer plant in Vorbereitung darauf, zwei Sitzungen des Deutschen Beirats für Erste Hilfe und Wiederbelebung bei der Bundesärztekammer durchzuführen. Erfahrungsberichte zu Herausforderungen bei der Umsetzung der jetzigen Reanimationsleitlinien und die Vorbereitung auf den 2010 zu erwartenden Consensus of Science der ILCOR sowie der schnellstmöglich zu fassende Nationale Reanimationskonsens sollten dort diskutiert werden. Eine erste Sitzung wird schon im Februar 2010 stattfinden.

3.9.5 Forschung im Zivilschutz

Die Bundesärztekammer begleitet die vom Bundesministerium des Innern (BMI) initiierte Forschung im Zivilschutz seit 2005 durch die Mitarbeit in Projekt begleitenden Arbeitskreisen.

2009 erfolgte die Veröffentlichung der Ergebnisse der Konsensus-Konferenz zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) bezüglich Qualitätsstandards und Leitlinien (Teil 1)¹. Die Bundesärztekammer war am Entstehungsprozess beteiligt.

Neben Ergebnissen wurden offene, noch zu bearbeitende Fragen dargestellt und in einem 2009 fortgeführten Konsensusprozess bearbeitet. Im November 2009 hat erneut eine Konsensus-Konferenz Psychosoziale Notfallversorgung stattgefunden. Dort wurde die Notwendigkeit gesehen, den Konsensus-Prozess auch 2010 fortzuführen. Die Bundesärztekammer wird den Prozess auch 2010 weiterhin konstruktiv im Expertengremium begleiten. Im November 2010 wird die nächste Konsensus-Konferenz Psychosoziale Notfallversorgung stattfinden.

Seit April 2006 begleitet die Bundesärztekammer in einer Projekt begleitenden Arbeitsgruppe auf Bundesebene das Forschungsprojekt im Zivilschutz „Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes“. Das Projekt wurde im September 2009 abgeschlossen. Untersucht wurde die psychische Gesundheit von haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräften in Landes- und Bundespolizei, Feuerwehr, Rettungsdienst und in der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk. In Verbindung mit einer weiteren Fragestellung zur Förderung des langfristigen Engagements im Ehrenamt wurden bei ehrenamtlichen Einsatzkräften neben persönlichen, beruflichen und sozialen Einflüssen auch die Haltekraft im freiwilligen Engagement im Bevölkerungsschutz und innerorganisatorische Einflüsse untersucht. Besondere Berücksichtigung fand der Wandel vom „Ehrenamt“ zum „bürgerschaftlichen Engagement“. Obwohl die im Rettungsdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht in die Untersuchung einbezogen waren, konnte die Bundesärztekammer dieses Projekt, welches folgende Themenbereiche umfasst:

1. Organisationsklimaprofile
2. Langfristige Einflüsse auf Merkmale der Gesundheit und des Engagements
3. Relevante Aspekte der Förderung von Engagement und Haltekraft im Ehrenamt
4. Potenziell traumatisierende Erfahrungen in extremen Einsätzen und im Alltag,

insbesondere durch fachkundige Fragestellungen begleiten. Der Abschlussbericht, der unter www.gesundheit-im-einsatzwesen.de zur Verfügung steht, kann ärztlichen Führungskräften in den o. g. Bereichen wertvolle Hinweise zur eigenen sowie zur psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden geben. Den Ärztinnen und Ärzten, die Erkrankte aus den o. g. Bereichen behandeln, werden mögliche Zusammenhänge der Krankheitsentstehung und Ressourcen dargestellt.

¹ s. http://www.bbk.bund.de/cln_027/nn_402296/SharedDocs/Publikationen__extern/NOAH/Konsensus__Qualitaetsstandards__PSNV__Vorab,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Konsensus_Qualitaetsstandards_PSNV_Vorab.pdf