

3. Ärztliche Versorgung

3.1 Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2010

Im Jahre 2010 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 439.090 gestiegen. Dies sind 2,1 Prozent mehr als im Jahre 2009; damit liegt der Zuwachs etwas über den Steigerungsraten der vorherigen Jahre. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2010 in der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 44,1 Prozent der Gesamtzahl (2009: 43,5 Prozent) erreicht.

Im Jahre 2007 war neben die drei schon länger existierenden Trends ein vierter getreten: Im ambulanten Bereich stieg 2007 die Zahl der angestellten Ärzte im Vergleich zu 2006 um knapp 15 Prozent auf 10.406. Diese Tendenz hält weiter an. Im Jahr 2010 betrug der Zuwachs 2.428 (+ 16,9 Prozent), womit sich die Gesamtzahl auf 16.776 erhöhte. Damit hat sich deren Zahl seit 1993 (5.397) mehr als verdreifacht. Zu den schon länger existierenden Trends ist festzustellen: Erstens verharrt die Abwanderung weiter auf einem hohen Niveau. Im Jahre 2010 haben 3.241 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 2010 22 Prozent. Die Zuwanderung betrifft zwar das gesamte Bundesgebiet, ist aber prozentual in den neuen Bundesländern ausge-

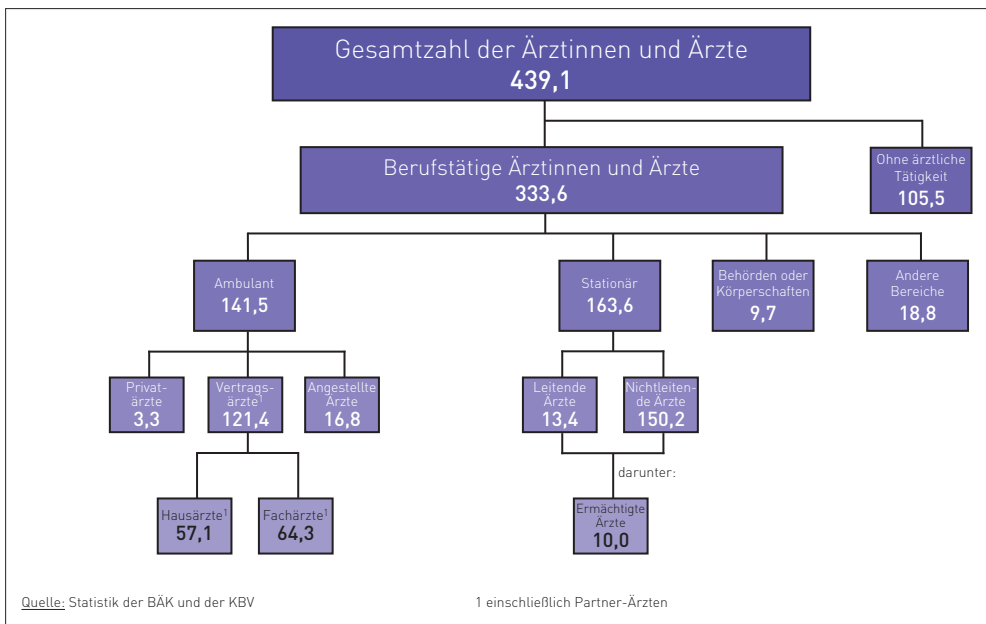


Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2010 [Zahlen in Tausend]

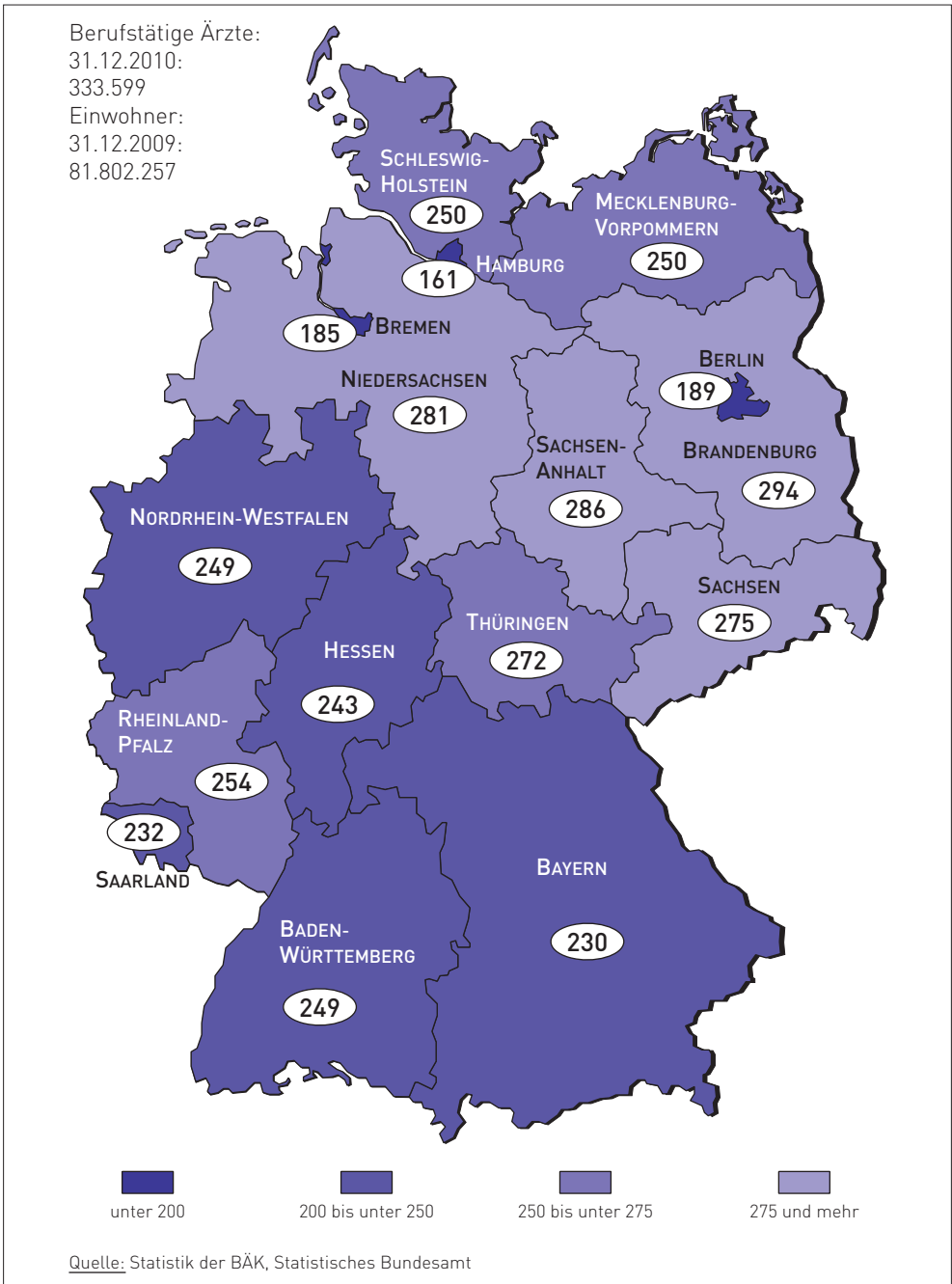


Abbildung 2: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2010 (Einwohner je berufstätigem Arzt)

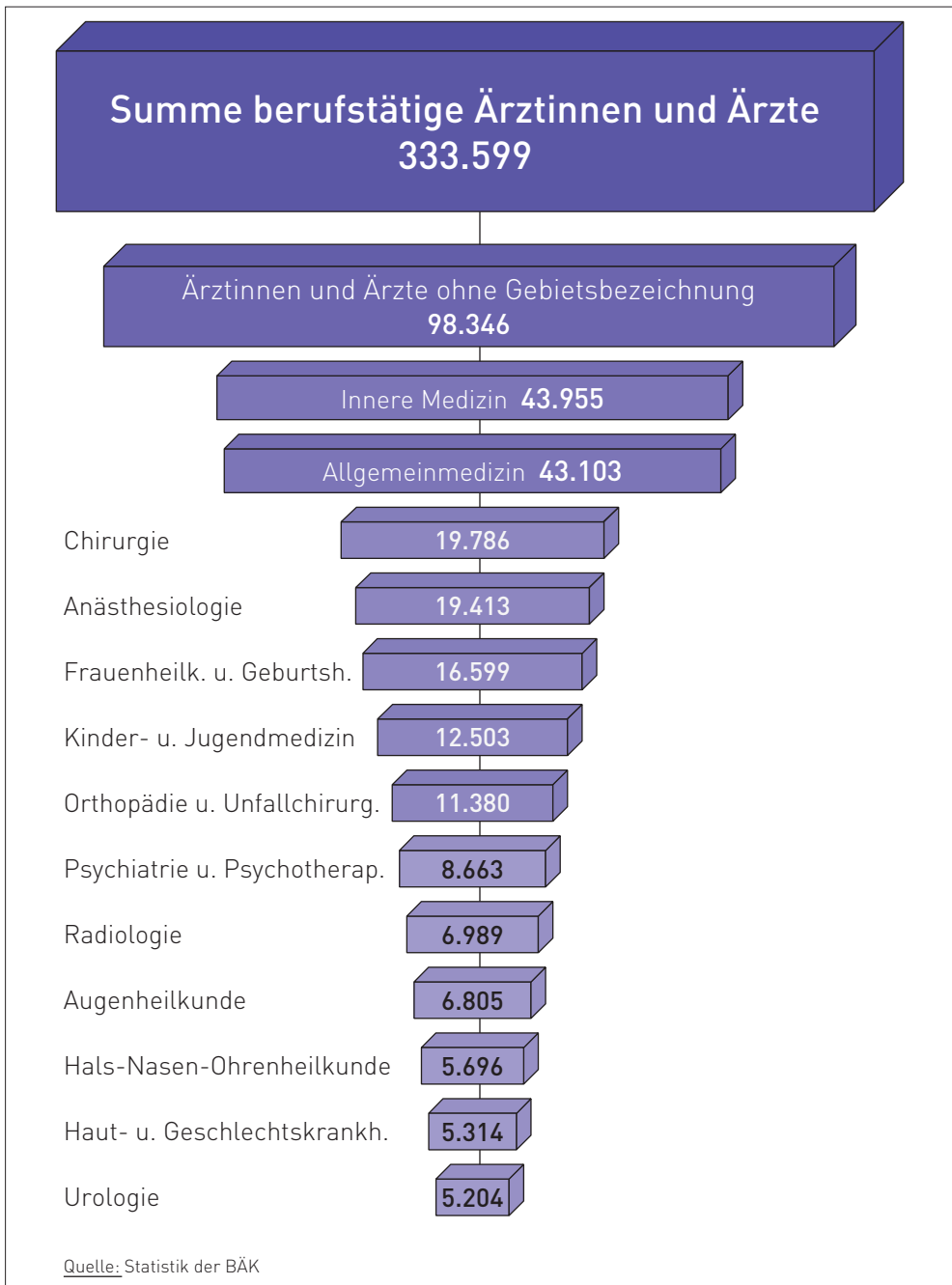


Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2010

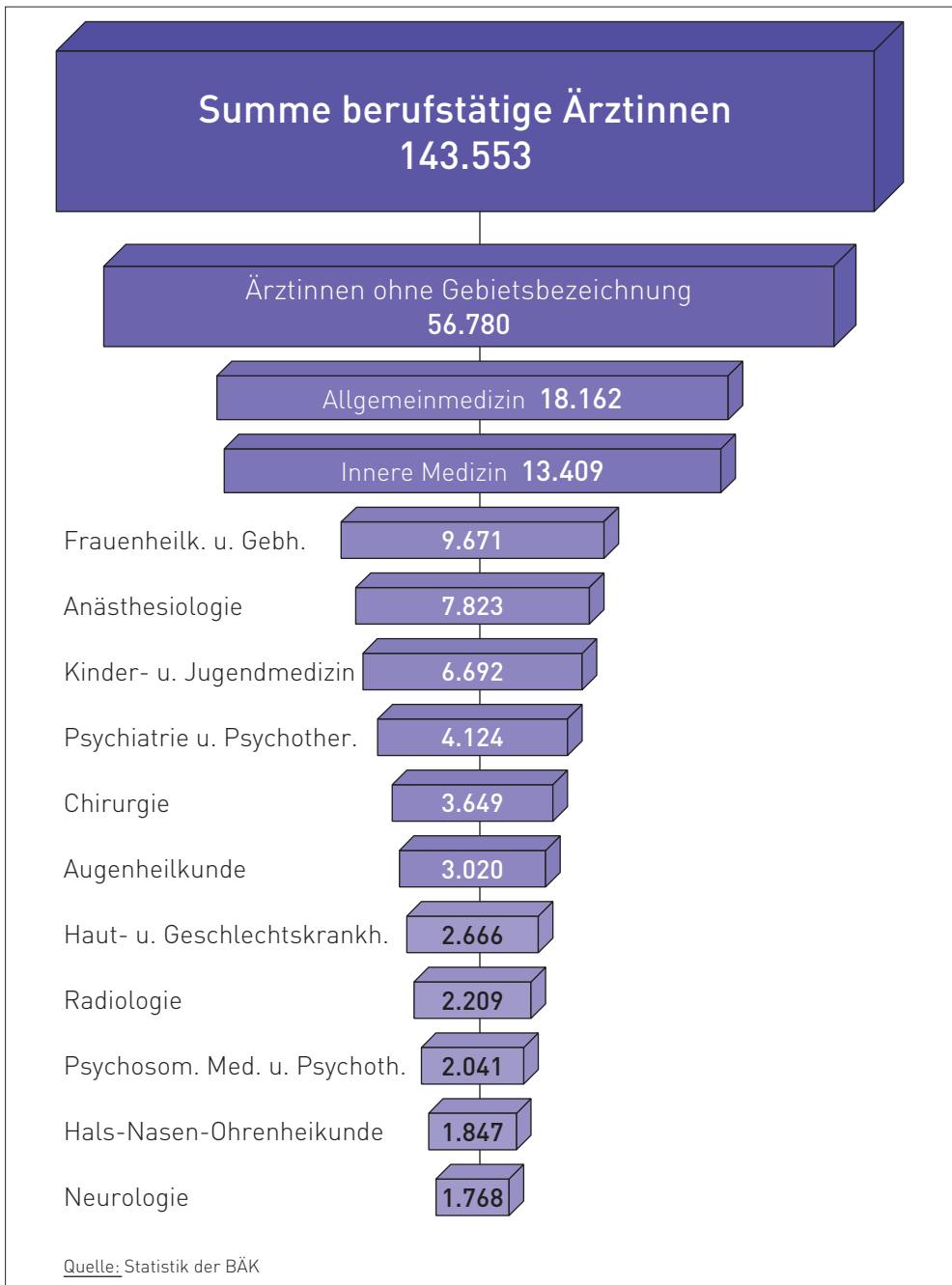


Abbildung 4: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen zum 31.12.2010

präger. So waren im Jahre 2000 erst 5,9 Prozent aller ausländischen Ärzte in Deutschland in den neuen Bundesländern tätig, im Jahre 2010 waren es bereits 16,2 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 2010 bei 58,7 Prozent (Vorjahr: 58,1 Prozent). Nimmt man nur die deutschen Ärztinnen und Ärzte, sind es sogar 61,7 Prozent.

3.1.1 Berufstätige Ärzte

Ohne die 105.491 nicht ärztlich Tätigen waren im Jahre 2010 im Bundesgebiet 333.599 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies waren 7.654 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate betrug damit 2,3 Prozent.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2010 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 43,0 Prozent der Gesamtzahl (2009: 42,2 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 27 Prozent erhöht.

Die Verteilung der berufstätigen Ärzte auf die Altersgruppen hat sich weiter angenähert. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte ist um 0,4 Prozentpunkte auf jetzt 17 Prozent angestiegen. Der Anteil der über 59-Jährigen ist auf 13,5 Prozent angestiegen (Vorjahr: 12,6 Prozent). Dagegen ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen von 32,2 Prozent auf 31 Prozent zurückgegangen.

Bei den einzelnen Arztgruppen fallen die Zuwachsraten unterschiedlich aus. Recht große Steigerungsraten sind bei den Gebieten Strahlentherapie (+ 7,1 Prozent), Human-genetik, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (6,0 Prozent), Neurologie (+ 5,8 Prozent) sowie Psychiatrie und Psychotherapie (jeweils + 4,4 Prozent) zu finden.

Die größten Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Physiologie (- 4,2 Prozent), Nervenheilkunde (- 2,2 Prozent), Hygiene und Umweltmedizin (- 1,5 Prozent) sowie Öffentliches Gesundheitswesen (- 1,1 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 49,1 Prozent (Vorjahr: 48,5 Prozent). Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg – zum fünften Mal in Folge – recht deutlich um 3,4 Prozent (absolut: 5.409) auf 163.629. Am deutlichsten nahm die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte in Hessen (5,7 Prozent), Sachsen (4,8 Prozent), Baden-Württemberg und Bayern (jeweils 3,3 Prozent) zu.

Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2009 weiter angestiegen, von 43,4 Prozent im Jahre 2009 auf nun 44,5 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 31,7 Prozent auf 32,2 Prozent angestiegen. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der über 59-Jährigen von 4,8 Prozent auf 5,0 Prozent. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg dadurch nur leicht von 41,1 Jahre im Jahre 2009 auf 41,12 im Jahre 2010.

3.1.3 Ambulant tätige Ärzte

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2009 um 1,3 Prozent angestiegen, was 1.849 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Zum Stichtag sind 141.461 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist um 579 auf 124.685 zurückgegangen, dies entspricht – 0,5 Prozent.

Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem in den Jahren 2003 bis 2009 bereits deutliche Anstiege zu verzeichnen waren, im Jahre 2010 weiter gestiegen, von 39,1 Prozent auf 39,8 Prozent.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 4,5 Prozent im Jahre 2009 auf 4,0 Prozent im Berichtsjahr. Zugleich ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 21,5 Prozent auf 23,4 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 28.506 rund 1,4 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,5 Prozent und ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken.

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 2010, wie die Jahre zuvor, erhöht. Die Steigerungsrate betrug 1,5 Prozent. Dies entspricht 1.510 Ärztinnen und Ärzten.

Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 62,7 Prozent im Ruhestand (Vorjahr: 61,7 Prozent), 2,1 Prozent sind berufsunfähig (Vorjahr: 2,2 Prozent), 0,6 Prozent befinden sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,6 Prozent), 4,8 Prozent sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 4,9 Prozent), 2,4 Prozent sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,5 Prozent), 5,4 Prozent befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,7 Prozent), 7,0 Prozent sind arbeitslos (Vorjahr: 7,6 Prozent) und schließlich geben 14,9 Prozent einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 14,8 Prozent).

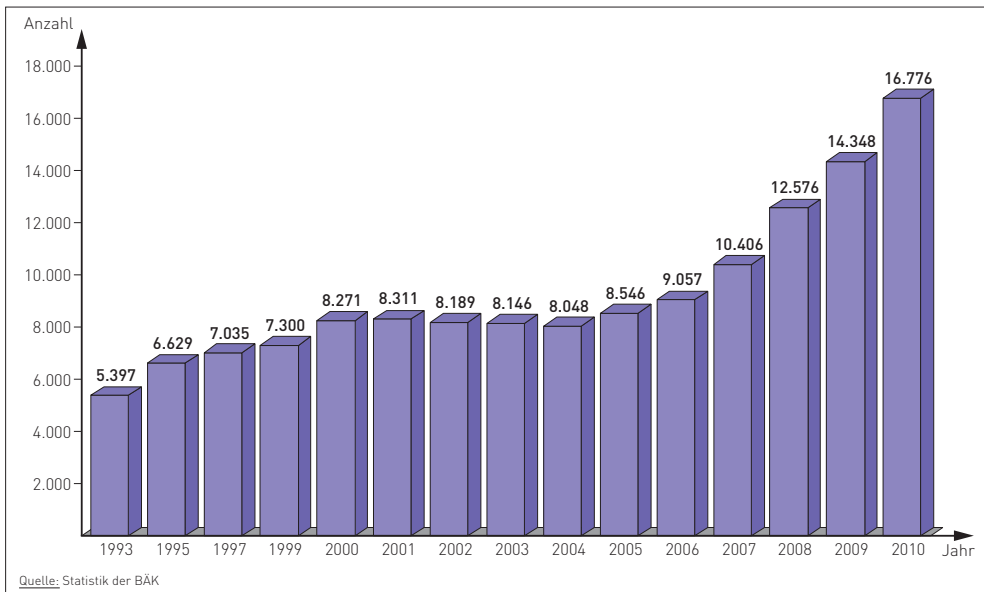


Abbildung 5: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen vor, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden. Daraus ergibt sich, dass bis September 2010 ein weiterer deutlicher Rückgang der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte festzustellen ist. Es wurden nur noch 2.408 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet, wobei der Ärztinnenanteil 63,4 Prozent (Vorjahr: 64,1 Prozent) beträgt. Dies entspricht einer Abnahme um 241 Ärztinnen und Ärzte bzw. 9,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem Höhepunkt der Ärztearbeitslosigkeit im Jahre 1997 hat die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte um 6.988 bzw. 74,4 Prozent abgenommen.

Bezieht man die aktuelle Zahl der Arbeitslosen auf die Zahl der berufstätigen Ärzte insgesamt, ergibt sich eine sensationell niedrige Arbeitslosenquote von nur 0,7 Prozent (Vorjahr: 0,8 Prozent). Wird als Bezugsgröße die Zahl der abhängig beschäftigten Ärzte genommen, liegt sie bei 1,2 Prozent (Vorjahr: 1,3 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 32,2 Prozent (Vorjahr: 32,5 Prozent), stationär 37,3 Prozent (Vorjahr: 36,8 Prozent), in Behörden/Körperschaften 2,2 Prozent (Vorjahr: 2,2 Prozent), in sonstigen Bereichen 4,3 Prozent (Vorjahr: 4,3 Prozent), und nicht ärztlich tätig 24,0 Prozent (Vorjahr: 24,2 Prozent).

3.1.6 Anzahl der erteilten Anerkennungen

Im Jahre 2010 wurden 10.460 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Damit lag die Zahl deutlich unter den 11.510 Anerkennungen des Jahres 2009. Die meisten Anerkennungen wurden mit 1.872 im Fach Innere Medizin ausgesprochen, die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Inneren Medizin mit Schwerpunkt beträgt insgesamt nur 495. Die Zahl der Anerkennungen in den Fächern Allgemeinmedizin sowie Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) ist gegenüber dem Vorjahr von 1.168 auf 1.085 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 hochgeschnellt ist und 2009 noch immer bei 1.339 lag. Im Jahr 2010 ging sie auf 810 zurück, ist damit aber immer noch sehr hoch. Die allermeisten Anerkennungen dürften hierbei allerdings auf Umschreibungen zurückzuführen sein.

Im Jahre 2010 wurden für insgesamt 1.274 Schwerpunktbezeichnungen Anerkennungen ausgesprochen, damit lag die Zahl deutlich niedriger als im Jahre 2009 mit 1.632.

3.1.7 Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2010 um 1.847, das entspricht 7,9 Prozent, auf 25.316 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2010 bei 9,1 Prozent (Vorjahr 9,6 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 12,2 Prozent (Vorjahr 11,9 Prozent).

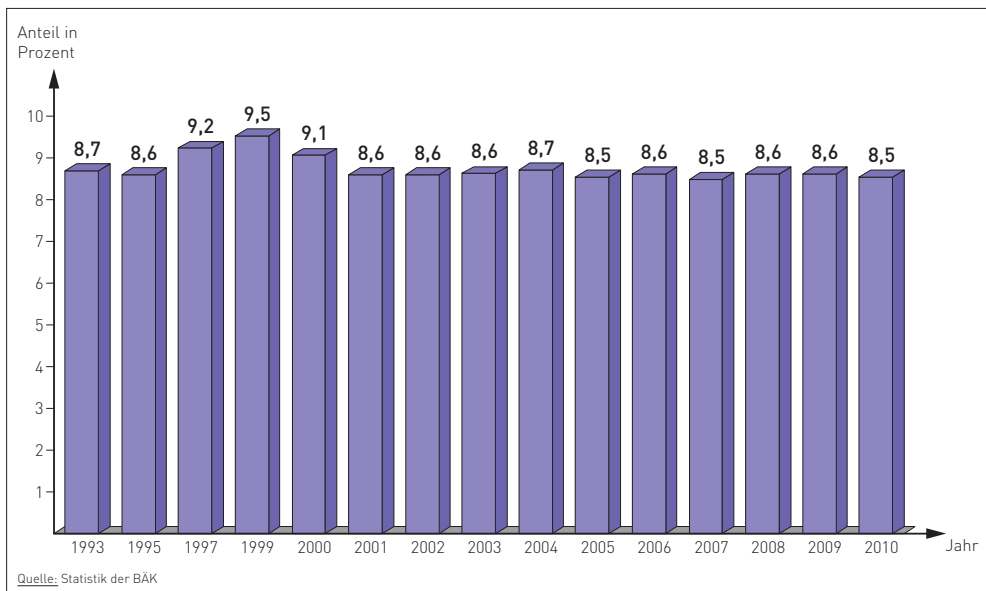


Abbildung 6: Anteil der berufstätigen Ärzte, die in Behörden/Körperschaften und sonstigen Bereichen tätig sind

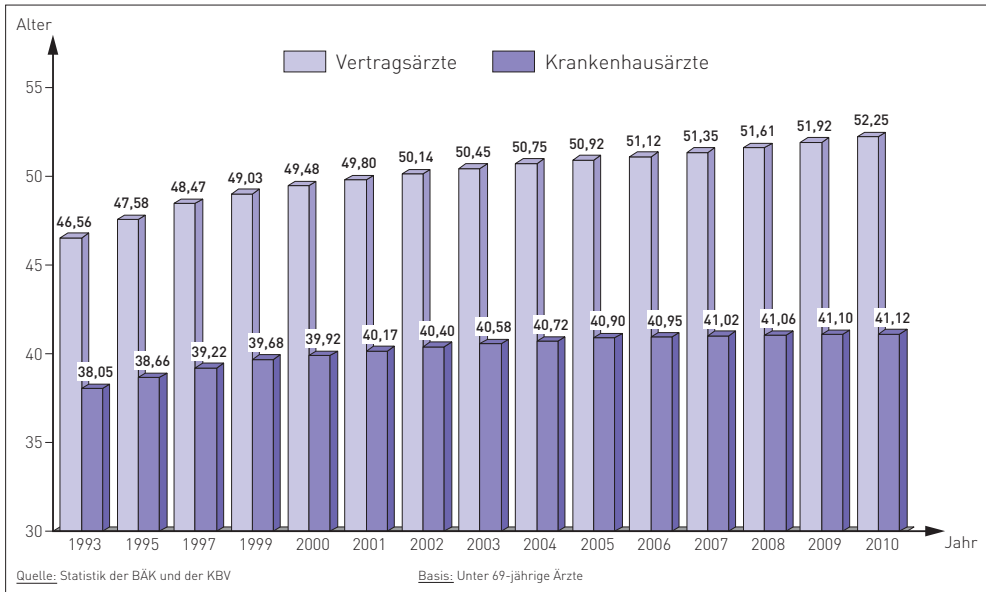


Abbildung 7: Durchschnittsalter der Ärzte

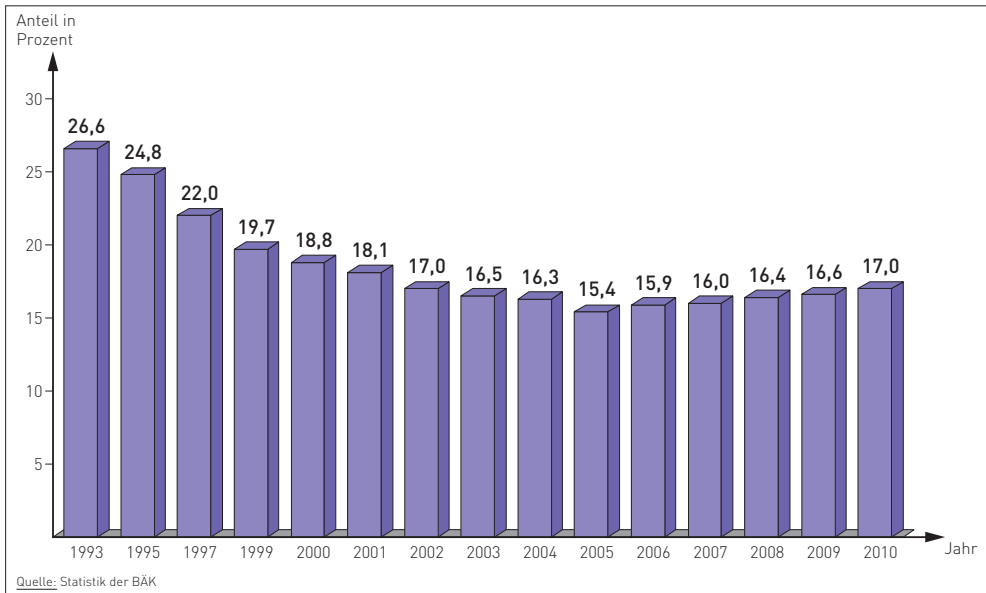


Abbildung 8: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten

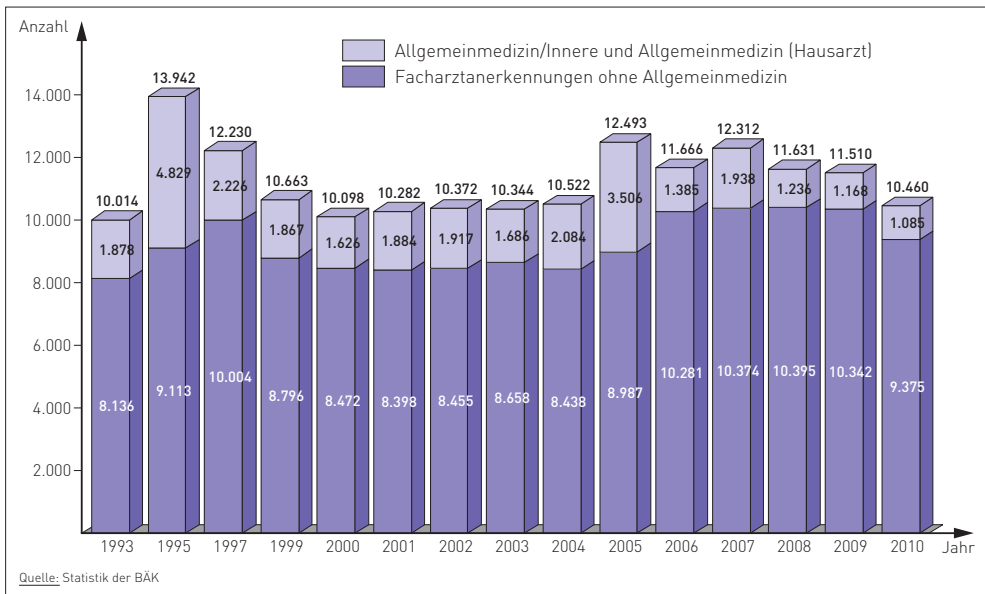


Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen

Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 1.479 die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten. Der größte Zustrom konnte aus Rumänien (+ 383) verbucht werden, es folgen Ungarn (+ 159), Österreich (+ 155), Griechenland (+ 153) und Bulgarien (+ 118). Somit haben Rumänien und Ungarn Österreich von der Spitze verdrängt. Größere Abwanderungen aus einzelnen Ländern waren im Jahr 2010 nicht zu verzeichnen.

Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Österreich (2.173), gefolgt von Griechenland (2.016), Polen (1.551) und Rumänien (1.495), das Russland (1.459) vom vierten Platz verdrängt.

Damit kommen 73 Prozent aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 18,3 Prozent aus Asien, 4,6 Prozent aus Afrika und 3,1 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 2010 insgesamt 3.241 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 68,7 Prozent beträgt.

Die Abwanderung hat damit wieder zugenommen und liegt über dem Niveau von 2008. Die prozentual höchste Abwanderung konnte in Hessen, Bremen und Niedersachsen festgestellt werden. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie in den vergangenen Jahren – die Schweiz (736), Österreich (314), die USA (182) sowie Großbritannien (113).

3.2 Sektorenübergreifende Versorgung

Die rechtlichen Grundlagen für die für eine integrierte Patientenversorgung immer notwendiger und wichtiger gewordenen sektorenübergreifenden Versorgungskonzepte hat der Gesetzgeber im SGB V mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sowie dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 geschaffen. Diese gilt es insbesondere aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung weiter auszugestalten und auszubauen, teilweise aber auch in Anbetracht erster gewonnener Erfahrungen zu modifizieren. Die Bundesärztekammer hatte bereits bei ihrer Begleitung der Einführung dieser Versorgungsformen Kritik daran geäußert, dass die vorgesehenen Regelungen weniger auf sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen ausgerichtet sind und diese sicherstellen, als vielmehr überwiegend nur interdisziplinäre sektorverbleibende Versorgungsmodelle im Vordergrund stehen.

Hintergrund der Einführung war vor allem die immer wieder erhobene Kritik an der starren Trennung des deutschen Gesundheitssystems in verschiedene Versorgungssektoren und die hieraus resultierenden Brüche 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 §§ 140a ff. SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 weiterzuentwickeln und diejenigen Regelungen, die als hemmend wahrgenommen wurden, zu novellieren.

3.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Der Gesetzgeber verfolgte mit der Novellierung der §§ 140a bis d SGB V 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. Trotz des Fehlens weiterer ausdrücklicher Zielsetzungen des Gesetzgebers darf 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 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 Ein-

richtungen 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 bündeln kann.

Durch das zum 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) haben die gesetzlichen Regelungen zur integrierten bzw. sektorenübergreifenden Versorgung eine weitere Fortentwicklung 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

Gemäß den Vorschriften des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) hat seit 2004 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 erfasst und die Leistungserbringer über die erfolgten Abzüge aus der Gesamtvergütung informiert. Nach dem 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hatte 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 ihren ersten – und zugleich auch letzten – „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 beruhte, war sein Aussagegehalt über die Versorgungswirklichkeit der integrierten Versorgung nur eingeschränkt. Die Meldungen der Krankenkassen über Integrationsverträge dienten 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 war das Meldeverfahren für die Krankenkassen nicht verpflichtend. Über den Inhalt dieses Berichtes ist im Tätigkeitsbericht 2009 eingehend berichtet worden.

Mit dem Auslauf der Anschubfinanzierung zum Ende des Jahres 2009 hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) zugleich auch ihre Arbeit als Registrierungsstelle eingestellt, sodass entsprechende Daten zum Entwicklungsstand im Bereich der integrierten Versorgung nicht mehr erhoben und ausgewertet wurden.

Unabhängig vom Auslauf der Anschubfinanzierung werden 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 Be-

völkerung sektorenübergreifende Versorgungsformen in allen möglichen Ausprägungsformen für die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten an Bedeutung weiter zunehmen. Der formale Wegfall der Anschubfinanzierung Ende 2009 hat jedoch 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 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.

Ausblick

Allerdings steht die grundsätzliche Zielsetzung der integrierten Versorgung zur Gestaltung patientenbezogener Versorgungsprozesse dabei nicht in Frage. Revisionsbedürftig ist die integrierte Versorgung jedoch nach Auffassung der Bundesärztekammer bezogen auf ihre gesetzlichen Rahmenbedingungen. Hierbei muss insbesondere der schon bei der Einführung der integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V seitens der Bundesärztekammer geäußerten Kritik Rechnung getragen werden, dass die überwiegende Zahl der Verträge nach wie vor auf enge Indikationen bezogen ist. Damit die Schnittstellen besser funktionieren, bedarf es vielmehr einer verstärkten Entwicklung hin zu umfassenderen populationsbezogenen 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 auch nach mehreren Jahren noch keinen dauerhaften Erfolg nachweisen kann, benötigt neue Impulse. Pauschale Vorschläge wie erneute Anschubfinanzierungen 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.

3.2.3 Politische Intentionen zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Die bereits eingetretene und vor allem auch die für die Zukunft sich abzeichnende Ungleichheit beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung stellt seit mehreren Jahren ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema dar. Sowohl der 112. als auch der 113. Deutsche Ärztetag hatten darauf hingewiesen, dass es konzertierter Aktionen der Selbstverwaltungspartner und Planungsbehörden auf Landesebene gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Kommunen bedürfe, um den Versorgungsengpässen in der Fläche wirksam entgegenzutreten. Dabei wirkt sich die bereits in ländlichen Regionen und

städtischen sozialen Brennpunkten bestehende Unterversorgung insbesondere bei älteren, chronisch und mehrfach erkrankten Patienten negativ aus. Sie wird sich nach Einschätzung der Ärzteschaft in den kommenden Jahren dramatisch verschärfen, wenn nicht eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert wird. Notwendig ist nach Ansicht der Ärzteschaft nicht nur die Weiterentwicklung der jeweils sektorspezifischen Bedarfsplanungsregelungen und -instrumente, sondern insbesondere auch die systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

Diese Entwicklung wird auch von den Bundesländern mit Sorge betrachtet. So hatte die 82. Gesundheitsministerkonferenz 2009 das Erfordernis der Sicherung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und der demografischen Entwicklung angepassten sowie sektorenübergreifenden Versorgung der GKV-Versicherten betont. Nach Ansicht der Länder ist hierzu die Stärkung der regionalen Steuerungsmöglichkeiten erforderlich, um die Belange der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in den Ländern gewährleisten zu können. Basierend auf ihrem Beschluss aus dem Jahr 2009 hat die 83. Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Sitzung am 01.07.2010 in Hannover beschlossen, den Bundesgesetzgeber aufzufordern, bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen folgende Aspekte zu berücksichtigen und die Länder in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen frühzeitig einzubeziehen:

1. Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig:
 - die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren,
 - auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und
 - sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen.
2. Die Länder werden an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.
3. Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.
4. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.
5. Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen. Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.
6. Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die Bevoll-

- mächtigten bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft, die der Länderaufsicht unterliegt. Eine verbindliche Konfliktregelung zwischen den Bevollmächtigten ist notwendig, um eine Entscheidungsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften zu gewährleisten.
7. Um zukünftig Lösungen ohne Grundgesetzänderungen zu ermöglichen wird ange-regt, in das Grundgesetz eine entsprechende Ermächtigungsklausel in Art. 87 Abs. 2 GG aufzunehmen, der durch folgenden Satz 3 ergänzt werden sollte: „Durch Bundes-gesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, kann geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen auch abweichend von den Sätzen 1 und 2 soziale Versiche-rungsträger zur Verwaltungszuständigkeit der Länder gehören.“

Die Gesundheitsministerkonferenz fasste diesen Beschluss in der Befürchtung, ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährlei-tung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versor-gung gehört, nicht mehr ausführen zu können. Durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erscheint den Ländern die Wahrnehmung dieser Aufgabe zuneh-mend erschwert.

Mit der Konkretisierung der für die Umsetzung notwendigen gesetzlichen Änderungen wurde von der Gesundheitsministerkonferenz eine Arbeitsgruppe der Amtschefs der Ländergesundheitsministerien beauftragt. Dabei sollten die Detailvorschläge unter Ein-beziehung der Akteure der Selbstverwaltung erarbeitet werden. Dies erfolgte im Rah-men einer Anhörung am 22.09.2010 in Hannover. Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, hat in dieser Anhörung als Vertreter der Bundesärztekammer auf die immer bedrohlicher werdenden Versorgungsengepässe als prioritäres Problem und im Zusammenhang damit auf den zunehmenden Ärztemangel in der Patientenversorgung trotz steigender Arztzahlen hingewiesen. Als Ursachen hierfür stellte Prof. Dr. Schulze die abnehmende „Arztzeit“ für kurative ärztliche Tätigkeit sowie gestiegene Anforderungen an Vereinbar-keit von Familie und Beruf (Work-Life-Balance) heraus. Für die Ärztekammern unter-strich Prof. Dr. Schulze ferner die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Bedarfs-analyse und Versorgungsplanung angesichts der immer prekärer werdenden Versor-gungsengepässe in ländlichen, aber auch städtischen Bereichen (soziale Brennpunkte, wirtschaftlich unattraktive Standorte), wobei ausdrücklich eine Einbeziehung auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes als „dritter Säule“ der Gesundheitsversorgung als er-forderlich bezeichnet wurde. Verbunden hiermit wurde die ausdrückliche Forderung nach gleichberechtigter, d. h. stimmberechtigter Beteiligung der Ärztekammern in der-artigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanungsgremien bzw. Regionalverbänden.

Der aus Sicht der Länder notwendige gesetzliche Änderungsbedarf aus dem Beschluss „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“ der 83. Gesundheitsministerkonferenz wurde anlässlich ihrer Sondersitzung am 25.10.2010 vorgelegt. Neben zahlreichen Vorschlägen zur Weiterentwicklung der sektor-spezifischen Bedarfsplanung sprechen sich die Länder dafür aus, die für die Bedarfspla-nung der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien künftig durch ein sektorenübergreifendes Gremium zu ergänzen. Konkret schlägt die Gesundheitsmi-nisterkonferenz vor, eine neue Vorschrift (§ 90a neu) in das Sozialgesetzbuch V aufzu-nehmen, in dem dieses neue Gremium (Gemeinsamer Landesausschuss) geregelt wird.

Trotz eines eindringlichen Appells der Bundesärztekammer an die Gesundheitsminister und -senatoren sind die Landesärztekammern hierin nicht als Mitglied vorgesehen.

Gleichermaßen als Antwort auf die Vorschläge der Gesundheitsministerkonferenz hat das Bundesministerium für Gesundheit zu der Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz ein Maßnahmenpapier zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vorgelegt. Dieses sieht unter anderem die Bildung einer Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland vor. Nach den Vorstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit soll diese Regierungskommission, in welcher neben dem Ministerium und den Ländern auch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband sowie der Gemeinsame Bundesausschuss vertreten sein sollen, im Vorfeld des für 2011 geplanten sogenannten Versorgungsgesetzes Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ausarbeiten, die insbesondere die Flexibilisierung der bisherigen Planungsbereiche, die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder auf die Bedarfsplanung und eine stärkere Berücksichtigung sektorenübergreifender Ansätze zum Gegenstand haben.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19.11.2010 beschlossen, seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer auf der Grundlage bereits vorliegender Vorüberlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen gemeinsamen Vorschlag zur sektorenübergreifenden kleinräumigen Bedarfsplanung zu erarbeiten, welcher als Grundlage der gemeinsamen Positionierung in den Anfang 2011 aufzunehmenden Beratungen in der vom Bundesministerium für Gesundheit geplanten Regierungskommission dienen sowie in die politischen Diskussionen zum geplanten Versorgungsgesetz einfließen soll.

3.3 Ambulante Versorgung

3.3.1 Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin

Seit ihrer Gründung durch Beschluss des 61. Deutschen Ärztetages im Jahr 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 Tätigkeitsberichtes.

Im Berichtszeitraum traf sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin unter dem Vorsitz von Dr. Max Kaplan zu ihrer sechsten und siebten Sitzung in der Wahlperiode 2007/2011. Die Sitzungen fanden am 03.03.2010 und am 17.11.2010 statt. Dabei befasste sich die Akademie insbesondere mit der Situation des hausärztlichen Nachwuchses, dem Förderprogramm Allgemeinmedizin, dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland, mit der Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, dem Projekt Notfalldatenmanagement sowie mit den Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen in der Hausarztpraxis.

Situation des hausärztlichen Nachwuchses

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland kann nur gelingen, wenn sich genügend Medizinstudierende und junge Ärzte für eine Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin und eine hausärztliche Tätigkeit interessieren. Dies ist allerdings derzeit nicht der Fall. Hausärztlicher Nachwuchs fehlt, und die bereits heute in einigen Regionen zu verzeichnenden Wiederbesetzungsprobleme von Hausarztsitzen dürften sich weiter ausdehnen und verschärfen. Die Ursachen hierfür aus Sicht des hausärztlichen Nachwuchses zu erfahren, war das zentrale Anliegen in der Frühjahrssitzung 2010. Dr. Verena Dicke, JADe-Sprecherin Regionalgruppen, stellte eine Situationsbeschreibung aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft „Junge Allgemeinmedizin Deutschland“ (JADe) vor. Bei der JADe handelt es sich um eine Arbeitsgemeinschaft junger Ärzte in Weiterbildung für Allgemeinmedizin bzw. junger Fachärzte dieses Fachs innerhalb der Sektion Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Gegründet wurde die JADe auf dem 42. DEGAM-Kongress 2008 in Berlin. Der Vortrag machte deutlich, dass trotz erreichter Verbesserungen (siehe u. a. Förderprogramm Allgemeinmedizin) aus Sicht des hausärztlichen Nachwuchses noch weiteres Verbesserungspotenzial besteht, um die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Zugleich wurde deutlich, dass die Verbesserung der Weiterbildungssituation nur einen Mosaikstein darstellt. Zur nachhaltigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung bedarf es vielmehr eines Maßnahmenbündels, das von der frühzeitigen Befassung mit der hausärztlichen Medizin im Studium bis hin zur Intensivierung der Niederlassungsberatung und zur Förderung der Niederlassung durch die Kommunen reichen muss. Entscheidend für die Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses ist dabei insbesondere auch die positive Darstellung der hausärztlichen Tätigkeit durch die Hausärzte selbst.

Förderprogramm Allgemeinmedizin

Zum 01.01.2010 ist die neue „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ auf der Grundlage des im Rahmen des GKV-OrgWG zum 01.01.2009 geänderten Artikels 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) in Kraft getreten. Neben der deutlichen Erhöhung der Förderbeträge sieht das neue Förderprogramm u. a. die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene 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“. Die Vereinbarung sieht vor, dass die Koordinierungsstellen unter Beteiligung der Landesärztekammern bis zum 30.06.2010 in den Ländern eingerichtet werden. Da sich die Verhandlungen auf Landesebene schwieriger und zeitaufwändiger als erwartet gestalteten, konnten nur in wenigen Bundesländern bis zu diesem Zeitpunkt Koordinierungsstellen eingerichtet werden. Ende 2010 sind die Verhandlungen in den meisten Bundesländern zu einem Abschluss gekommen. Dabei zeigt sich, dass die „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ unterschiedlich umgesetzt wird. Die Landesärztekammern sind in den meisten Ländern an den Koordinierungsstellen beteiligt; vier Koordinierungsstellen wurden bei der jeweiligen Ärztekammer angesiedelt.

Die Vereinbarung sieht ferner die Einrichtung einer Lenkungsgruppe auf Bundesebene vor, an der die Bundesärztekammer zu beteiligen ist. Aufgabe der Lenkungsgruppe ist die Evaluation des Förderprogramms. Zudem kann sie Projekte zur Versorgungsforschung und zur Weiterentwicklung des Programms zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durchführen. Die Lenkungsgruppe ist am 09.09.2010 zu ihrer ersten Sitzung zusammengekommen. Bei dieser Sitzung wurde u. a. eine Arbeitsgruppe unter Federführung der Bundesärztekammer zur Entwicklung der Mindestinhalte und der Auswertungsregularien des standardisierten Fragebogens gemäß § 5 Abs. 6 der Vereinbarung eingerichtet. Das erste Treffen der Arbeitsgruppe „Fragebogen zur Einschätzung der Qualität“ fand am 16.12.2010 statt. Die Arbeitsgruppe wird ihre Arbeit im kommenden Jahr fortsetzen. Bis zur zweiten Sitzung der Lenkungsgruppe am 03.02.2011 soll ein erster Vorschlag zur Ausgestaltung der Mindestinhalte und Auswertungsregularien erarbeitet werden.

Förderung der Verbundweiterbildung

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfordert den Wechsel zwischen Fächern und Weiterbildungsstätten. In der Vergangenheit organisierten die Ärzte in Weiterbildung ihre Weiterbildung zumeist selbst, dies war häufig mit einem deutlichen Koordinationsaufwand verbunden. Von daher stellt die Förderung der Verbundweiterbildung einen wesentlichen Ansatz zur Steigerung der Attraktivität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dar. Die regionalen Weiterbildungsverbände organisieren das individuelle Weiterbildungsprogramm und erstellen spezifische Rotationspläne für die Ärzte in Weiterbildung. Bereits in der Vergangenheit, aber verstärkt in den letzten Jahren haben sich die Landesärztekammern der Aufgabe gestellt, Weiterbildungsverbände zu initiieren und zu unterstützen. In der Frühjahrssitzung präsentierte Karl-Dieter Menzel, Leiter der Weiterbildungsabteilung der Ärztekammer Nordrhein, exemplarisch das Konzept der Ärztekammer Nordrhein zur sektorenübergreifenden Weiterbildung von Fachärzten für Allgemeinmedizin.

Evaluation der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin befasste sich in ihrer Herbstsitzung am 17.11.2010 ferner mit dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland (siehe Kapitel 2.2.4, S. 57 ff.). Neben den Ergebnissen der 2009 durchgeführten ersten Befragungsrunde wurde insbesondere auch die Weiterentwicklung der Methodik der Online-Befragung in Hinblick auf die für 2011 geplante zweite Befragungsrunde vorgestellt. Erfreut wurde von den Akademiemitgliedern zur Kenntnis genommen, dass Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durchschnittlich besser bewertet wird als die Weiterbildung in den anderen Fachgebieten. Einer Durchschnittsnote von 2,6 über alle Fachgebiete steht eine Durchschnittsnote von 1,9 in der Allgemeinmedizin gegenüber. Nach Ansicht der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin ist dies das Ergebnis der besonderen Lernsituation in den Weiterbildungspraxen, zumeist steht hier ein Weiterbildungsbefugter einem Weiterzubildenden gegenüber. Kritisiert wurde in der Befragung, dass ca. 50 Prozent der Ärzte in Weiterbildung weder einen strukturierten Weiterbildungsplan erhalten noch mit ihnen Lern- bzw. Weiterbildungsziele vereinbaren würden. Die Entwicklung strukturierter Weiterbildungspläne stellt nach Ansicht der

Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin eine wichtige Handlungsoption zur weiteren Verbesserung der Weiterbildung dar.

Delegation ärztlicher Leistungen in der Hausarztpraxis

Angesichts der Nachwuchsprobleme im hausärztlichen Bereich wird seit einigen Jahren darüber nachgedacht, inwieweit ärztliche Aufgaben auf andere, nichtärztliche Gesundheitsberufe, insbesondere Medizinische Fachangestellte, delegiert werden können. So betonte die 83. Gesundheitsministerkonferenz, dass sich durch den Aufbau einer verstärkten hausärztlichen Versorgung die zu erwartenden Anforderungen an eine flächendeckende Grundversorgung nicht abdecken lassen. Von daher müsse die Entlastung maßgeblich durch andere Berufsgruppen in der Grundversorgung ermöglicht und verbessert werden. Mit den Möglichkeiten, aber auch den Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen befasste sich die Akademie ebenfalls in ihrer Herbstsitzung. Grundsätzlich befürwortet die Akademie eine Erweiterung der Delegationsspielräume. Eine erfolgreiche Delegation setzt jedoch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter sowie eine enge Kommunikation zwischen den Beteiligten voraus. Zugleich spricht sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin deutlich gegen die Substitution ärztlicher Leistungen aus.

Anknüpfend an die Thematik der Delegation ärztlicher Leistungen informierte sich die Akademie über das Bildungskonzept der Bundesärztekammer für Medizinische Fachangestellte. Neben der 2006 in Kraft getretenen neuen Ausbildungsordnung gehören hierzu vielfältige Fortbildungscurricula, wie „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ und „Patientenbegleitung und Koordination“, die seit 2007 erarbeitet wurden. Drei neue Curricula zu den Themen „Palliativversorgung“, „Elektronische Praxiskommunikation und Telematik“ und „Onkologie“ wurden 2010 erstellt, weitere sind in Arbeit. Konzipiert sind die Fortbildungen als Module. Alle Module können in die daneben bestehenden Aufstiegsfortbildungen (Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung, Betriebswirt/-in für Management im Gesundheitswesen) eingebracht werden. Die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin begrüßt den von der Bundesärztekammer eingeschlagenen Weg, die Berufsentwicklung der Medizinischen Fachangestellten aktiv zu unterstützen.

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte

In beiden Sitzungen im Jahr 2010 wurde über den aktuellen Sachstand des Projektes „Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ der Bundesärztekammer berichtet (siehe Kapitel 9, S. 365 ff.). Nach Ansicht der Akademiemitglieder motiviert eine angemessene Honorierung zum Verbleib bzw. zum Einstieg in die hausärztliche Versorgung und dient somit auch der Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung. Die GOÄ ist nach Ansicht der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin als eigenständige, systemübergreifende Referenzgebührenordnung in einem stärker marktorientierten Gesundheitswesen unverzichtbarer denn je.

Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte

Nach Paragraph 291a SGB V muss die elektronische Gesundheitskarte (eGK) Anwendungen unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung notwendig sind. Die Bundesärztekammer wurde 2010 von den gematik-Gesellschaftern mit der Projektleitung für das Notfalldatenmanagement betraut (siehe Kapitel 8.3.2, S. 355), nachdem bei der Überprüfung eines ersten Konzeptes zum Notfalldatensatz in Form eines Feldtests im Jahr 2008 erheblicher Nachbesserungsbedarf festgestellt worden war. In der Herbstsitzung wurde der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin das neue Grundkonzept des Notfalldatenmanagements vorgestellt. Wesentlich ist hierbei ein breiteres Verständnis des Begriffs „Notfall“. Notfallrelevante medizinische Informationen werden nicht nur bei der Notfallrettung benötigt, sondern insbesondere auch bei der ungeplanten Patientenaufnahme in der Notaufnahme eines Krankenhauses sowie beim Kontakt eines Arztes im ambulanten Versorgungssektor mit einem ihm unbekanntem Patienten mit Akutbeschwerden. Aus den Einsatzszenarien resultieren unterschiedliche Anforderungen an den Notfalldatensatz. Nach Abstimmung der Grundkonzeption ist vorgesehen, Anfang 2011 das Lastenheft durch den Vorstand der Bundesärztekammer freizugeben. Da die Notfalldaten überwiegend von Hausärzten eingegeben werden müssen, ist nach Ansicht der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin bei der Weiterentwicklung des Projektes darauf zu achten, dass hausärztliche Praxen mit dieser Aufgabe nicht überfordert werden.

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 44.369 im Jahre 2010 und damit im Bestand um 16.412 Ärzte gewachsen; der Anteil dieser Arztgruppe an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte ist hingegen von 52,4 Prozent im Jahre 1975 auf 36,2 Prozent im Jahre 2010 gesunken (siehe Tabelle 1). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen im gleichen Zeitraum von 25.346 auf 78.160, d. h. um 52.814 Ärzte gewachsen und in der Relation von 47,6 Prozent (1975) auf 63,8 Prozent (2010) 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 an der Gesamtzahl aller ambulant tätigen Ärzte hat sich auch im vergangenen Jahr nichts geändert.

Vom 31.12.2009 bis zum 31.12.2010 erhöhte sich allerdings die Zahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte leicht um 394, dies entspricht einer Zunahme um 0,9 Prozent. Die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen in den alten Bundesländern stieg um 1,8 Prozent, d. h. um 1.368 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
2010	44.369	36,2	78.160	63,8	122.529	100
10:09 in %	+0,9		+1,8		+1,5	

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 sank die Anzahl, vom 31.12.2009 bis zum 31.12.2010 kam es allerdings zu einem Anstieg um 297 Ärzte (0,6 Prozent). Die Zahl der Spezialisten erhöhte sich von 2009 auf 2010 um 1.552 Ärzte (1,3 Prozent).

Von 1990 bis 2010 sank der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte von 43,5 Prozent auf 36,2 Prozent, zugleich stieg der Anteil der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen von 56,5 Prozent auf 63,8 Prozent. Am 31.12.2010 waren 141.461 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
2010	51.265	36,2	90.196	63,8	141.461	100
10:09 in %	+0,6		+1,8		+1,3	

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 2010 von 51,7 Prozent auf 16,3 Prozent reduziert. Dies entspricht einer Anzahl von 6.468 Ärzten. Parallel hierzu stieg die Anzahl der Allgemeinärzte von 48,3 Prozent (1990) auf 83,7 Prozent (2010).

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
2009	33.308	83,1	6.786	16,9	40.094	100
2010	33.100	83,7	6.468	16,3	39.568	100
10:09 in %	-0,6		-4,7		-1,3	

Quelle: Bundesarztregister der KBV

Die folgenden beiden Tabellen beschäftigen sich mit der Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzte. Beide Tabellen zeigen, dass gerade in der Allgemeinmedizin in den nächsten Jahren mit deutlichen altersbedingten Abgängen zu rechnen ist. Am 31.12.2010 waren 12.165 Allgemein-/Praktische Ärzte, dies entspricht 23,7 Prozent, 60 Jahre und älter sowie 19.489 Ärzte 50 bis 59 Jahre alt (38,0 Prozent) (siehe Tabelle 4). In beiden Altersgruppen liegt der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte leicht über dem der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen. Deutlich geringer ist jedoch mit 28,5 Prozent der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen im Vergleich zu 35,6 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 „verjüngen“ diese.

Fast man die Ärzte in zwei Altersgruppen zusammen, so zeigt sich, dass in der Allgemeinmedizin 13.448 Ärzten in der ersten Altersgruppe (35 bis 49 Jahre) 30.053 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 31.12.2010 (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	306	1.596	1.902	515	2.417
	in Prozent	0,8	11,6	3,7	0,6	1,7
35 bis 39	Anzahl	1.895	1.227	3.122	4.716	7.838
	in Prozent	5,0	9,0	6,1	5,2	5,5
40 bis 49	Anzahl	11.038	3.549	14.587	32.087	46.674
	in Prozent	29,4	25,9	28,5	35,6	33,0
50 bis 59	Anzahl	14.562	4.927	19.489	33.907	53.396
	in Prozent	38,8	36,0	38,0	37,6	37,8
über 60	Anzahl	9.764	2.401	12.165	18.971	31.136
	in Prozent	26,0	17,5	23,7	21,0	22,0
Summe Ärzte	Anzahl	37.565	13.700	51.265	90.196	141.461
	in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik der BÄK

Tabelle 5: Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte zum 31.12.2010 (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	166	67	233	194	427
	in Prozent	0,5	0,8	0,5	0,2	0,3
35 bis 39	Anzahl	1.398	103	1.501	3.018	4.519
	in Prozent	4,0	1,2	3,4	3,7	3,6
40 bis 49	Anzahl	9.800	2.147	11.947	27.889	39.836
	in Prozent	28,1	24,3	27,3	34,5	31,9
50 bis 59	Anzahl	14.159	4.285	18.444	32.285	50.729
	in Prozent	40,5	48,4	42,3	39,9	40,8
über 60	Anzahl	9.370	2.239	11.609	17.565	29.174
	in Prozent	26,9	25,3	26,5	21,7	23,4
Summe Ärzte	Anzahl	34.893	8.841	43.734	80.951	124.685
	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 sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der Beratungen eingehend erörtert. Im Berichtszeitraum fanden unter dem Vorsitz von Dr. Martina Wenker die sechste und siebte Sitzung der Deutschen Akademie der Gebietsärzte in der Wahlperiode 2007/2011 am 20.02.2010 und am 02.10.2010 statt.

Neben der Fortführung der Beratungen zu dem Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung wurden im Jahr 2010 insbesondere folgende Themen von der Deutschen Akademie der Gebietsärzte beraten: Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) von 2009, die Ergebnisse des ersten Durchlaufs der Befragung zur Evaluation der Weiterbildung in Deutschland sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung.

Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – das Sondergutachten des SVR 2009

Im Mai 2009 legte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein Sondergutachten zum Thema „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ vor. Mit der Erstellung dieses Gutachtens war der Sachverständigenrat im November 2007 von der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, beauftragt worden. Das Gutachten wurde von Prof. Dr. Matthias Schrappe, Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn und Mitglied des Sachverständigenrates, in der Frühjahrssitzung vor allem unter der Perspektive der Herausforderungen, die sich durch den demografischen Wandel ergeben, vorgestellt. Nach Ansicht des Sachverständigenrates erfordern die mit dem absehbaren demografischen Wandel einhergehenden Verschiebungen des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Versorgungsstrukturen. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht künftig die wohl wichtigste Aufgabe in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten. Zudem bildet die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen, eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. Von daher fordert der Sachverständigenrat, die populationsorientierte Versorgung sowohl unter generationenspezifischen als auch unter regionalen Aspekten zu beleuchten.

Das von ihm vorgeschlagene Zukunftskonzept sieht eine koordinierte, generationenspezifische und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierte Gesundheitsversorgung vor. Insbesondere die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor rückt in quantitativer und qualitativer Hinsicht in den Mittelpunkt von Reformbestrebungen. Dabei stellen niedergelassene Fachärzte ein wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar. Gerade in der Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung wird das entscheidende medizinische und ökonomische Veränderungspotenzial gesehen. Nach Ansicht des Sachverständigenrates bedarf es, um einen funktionsgerechten und fairen Wettbewerb zwischen den Fachärzten und den Krankenhäusern zu realisieren, einer Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, d. h. insbesondere einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards, der Vergütung einschließlich der Investitionsfinanzierung sowie der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden.

Die Akademie setzte sich in ihrer Frühjahrssitzung sowohl mit den Aussagen und Schlussfolgerungen als auch mit deren wissenschaftlicher Begründbarkeit kritisch auseinander. Zugleich zeigten die Ausführungen von Professor Schrappe Übereinstimmungen zwischen den Überlegungen des Sachverständigenrates und der Deutschen Akademie der Gebietsärzte zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung auf.

Zukunft der fachärztlichen Versorgung

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz hatte den Beschluss gefasst, die Bundesärztekammer zu bitten, ein Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung zu erarbeiten. Dabei sah der Beschluss vor, dass das Positionspapier insbesondere die Qualität und Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung in den Mittelpunkt stellt. Vom Vorstand der Bundesärztekammer war die Deutsche Akademie der Gebiets-

ärzte in Kooperation mit den Krankenhausgremien der Bundesärztekammer mit der Erstellung des Positionspapiers beauftragt worden. Vorstand und Plenum der Deutschen Akademie der Gebietsärzte hatten sich im Jahr 2009 bereits mehrfach mit Fragen der Zukunftsfähigkeit insbesondere der ambulanten fachärztlichen Versorgung befasst. Ende des Jahres 2009 waren dann vom Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte erste Thesen erarbeitet worden. Diese Thesen wurden in einer Sitzung des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ am 22.01.2010 vorgestellt und beraten. Weiterhin fand am 18.02.2010 eine ausschussübergreifende Beratung der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ und des Ausschusses „Krankenhaus“ auf der Grundlage einer ersten Textfassung des Positionspapiers statt. Anregungen aus beiden Sitzungen flossen in die weitere Ausarbeitung der Thesen ein. Abschließend beraten wurde das Papier von der Deutschen Akademie der Gebietsärzte in ihrer Frühjahrssitzung am 20.02.2010.

Nach Ansicht der Deutschen Akademie der Gebietsärzte trägt die strukturierte Facharztversorgung mit niedergelassenen Ärzten und stationär tätigen Fachärzten maßgeblich zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens bei. Es müsse daher darum gehen, an der strukturierten Facharztversorgung festzuhalten und sie entsprechend der veränderten Anforderungen weiterzuentwickeln. An die Stelle eines kontraproduktiven Wettbewerbs zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausfachärzten sollten eine konstruktive Zusammenarbeit und Synergieeffekte im Interesse der Patientenversorgung treten, auch durch die Umgestaltung der Rahmenbedingungen. Ein wesentliches Thema stellt dabei die konfliktvermeidende Neuregelung des § 116b SGB V dar. Weiterhin weist die Akademie in ihrem Positionspapier auf die steigende Bedeutung der ambulanten Medizin hin. Gerade der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht, dass zunehmend mehr medizinische Leistungen ambulant erbracht werden. Diese Entwicklung kommt dem sich wandelnden Versorgungsbedarf mit immer mehr älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten entgegen, die auf eine wohnortnahe oder in der häuslichen Umgebung stattfindende medizinische Versorgung angewiesen sind und einer kontinuierlichen fachärztlichen Arzt-Patienten-Beziehung bedürfen. Als wesentliches und entscheidendes Optimierungspotenzial für die Zukunft sieht die Deutsche Akademie der Gebietsärzte die Förderung von Kooperation und Vernetzung an. Dabei sollte die Kooperation medizinisch begründbaren Regularien folgen, die zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. (Selbst-)kritisch merkt die Akademie in ihrem Positionspapier an, dass die Wettbewerbsfähigkeit des in wirtschaftlicher Selbstständigkeit tätigen Facharztes langfristig nur durch proaktive Kooperationsbereitschaft gesichert werden kann. Zudem wird die Notwendigkeit einer besseren Koordination und Steuerung der Versorgung gesehen. Die Koordination hat allerdings nach patientenzentrierten medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen; ausschließlich von ökonomischen Motiven getriebene Managed-Care-Programme werden abgelehnt. Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte fordert weiterhin den Erhalt des kooperativen Belegarztwesens, die Förderung der Weiterbildungsmöglichkeiten in der ambulanten fachärztlichen Versorgung, die Schaffung angemessener Zulassungskriterien für neue, ambulant erbringbare Leistungen sowie die gemeinsame Bewältigung regionaler Versorgungsengpässe durch eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Nach Abschluss der Beratungen in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte befassten sich Ausschuss und Ständige Konferenz „Krankenhaus“ am 22.03.2010 mit den dargestellten Positionen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung. Im Anschluss hieran

wurde der Entwurf des Positionspapiers an den Vorstand der Bundesärztekammer weitergeleitet. Dieser hat in seiner Sitzung am 16.04.2010 beschlossen, das Positionspapier als Entschließungsantrag beim 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden einzubringen. Dort wurden die „Positionen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung“ mit großer Mehrheit vom Deutschen Ärztetag beschlossen (vgl. DÄT-Drucksache V-01 unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.8260.8265.8420.8422>).

In der Herbstsitzung erfolgte eine Auswertung der Berichterstattung über sowie der direkten Reaktionen auf diese Entschließung. Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte stellte sich die Aufgabe, in den kommenden Sitzungen einzelne Aspekte des Positionspapiers weiter auszuformulieren und die Vorstellungen zu konkretisieren. Da beim Deutschen Ärztetag von hausärztlich tätigen Delegierten Kritik an der Übernahme der Koordinationsfunktion durch Fachärzte laut geworden war, soll dieser Punkt gemeinsam mit der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin näher beleuchtet werden. Im Februar 2011 findet hierzu eine gemeinsame Sitzung der Vorstände beider Akademien statt. Zudem verständigte sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte darauf, in der Frühjahrssitzung 2011 den letzten Punkt der Entschließung, „Regionale Versorgungsentpässe gemeinsam bewältigen“, vor dem Hintergrund der derzeitigen Überlegungen zu einer Neugestaltung der Bedarfsplanung zu beraten.

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte befasste sich in ihrer Herbstsitzung am 02.10.2010 ferner mit dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland (siehe Kapitel 2.2.4, S. 57 ff.). Neben den Ergebnissen der 2009 durchgeführten ersten Befragungsrunde wurde insbesondere auch die Weiterentwicklung der Methodik der Online-Befragung in Hinblick auf die für 2011 geplante zweite Befragungsrunde vorgestellt. Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte sieht in den geplanten Änderungen eine Chance, die Beteiligung sowohl der Weiterbildungsbefugten als auch der Weiterzubildenden an dem zweiten Durchgang weiter zu erhöhen. Zugleich sieht sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte durch die durchschnittlich bessere Bewertung der ambulanten Weiterbildungsstätten bei ihrer Forderung nach einem Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung gestärkt.

Delegation ärztlicher Leistungen

Die Delegation ärztlicher Leistungen bzw. von Teilen ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an nichtärztliche Mitarbeiter ist weder neu noch ungewohnt: Ärzte müssen nicht alle dem Behandlungsvertrag geschuldeten Untersuchungs- und Behandlungsleistungen ausnahmslos höchstpersönlich erbringen. Sie ist vielmehr tagtägliche Übung in Krankenhaus und Arztpraxis. Verändert hat sich allerdings in den letzten Jahren der Stellenwert dieses Themas. Unter dem Druck steigender, insbesondere bürokratischer Belastungen suchen Ärzte verstärkt nach Entlastungsmöglichkeiten; Sachverständigenrat, Politik und Krankenhäuser fordern unter Finanzierungsgesichtspunkten und unter dem Eindruck der anhaltenden Diskussion über einen Ärztemangel, die Kompetenzen nichtärztlicher Fachberufe auszuweiten. Vor diesem Hintergrund befasste sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte in ihrer Herbstsitzung mit dieser Thematik. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, ob die Notwendigkeit gesehen wird, die 2008 von

Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung neu gefasste Stellungnahme „Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben“ erneut zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Eine solche Notwendigkeit könnte bei erkennbaren Abweichungen zwischen der festgestellten Delegationspraxis und der Stellungnahme bestehen.

Um den Status quo der Delegationspraxis in deutschen Krankenhäusern zu erfassen, war von der Bundesärztekammer das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth in Zusammenarbeit mit der GWS Gesundheit, Wissenschaft, Strategie GmbH mit der Erstellung eines Gutachtens zum Thema „Die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Berufe in der stationären Versorgung – Einflussfaktoren und Potentiale in der Praxis“ beauftragt worden (siehe Kapitel 10.3.2, S. 401 ff.). Neben der Analyse der konkreten Prozesse bei der Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Berufe in der stationären Versorgung standen Fragen der Akzeptanz sowie der Praxistauglichkeit im Mittelpunkt der Untersuchung. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Studie sowie eigener Erfahrungen befürworten die Mitglieder der Deutschen Akademie der Gebietsärzte eine Überarbeitung der Stellungnahme von 2008 im Sinne einer Erweiterung der Delegationsspielräume.

3.4 Stationäre Versorgung

Vorbemerkungen

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird bei Fragen und Problemen der stationären Versorgung durch den Ausschuss und die Ständige Konferenz „Krankenhaus“ sachverständig beraten. Vorsitzender dieser Krankenhausgremien ist seit 2003 Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde im September 2008 Dr. Theo Windhorst, Mitglied des Vorstandes 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.

Trotz der Leistungskraft des ambulanten Bereichs nehmen die Relevanz und die Bedeutung der stationären Versorgung wegen des steigenden Durchschnittsalters in Deutschland immer weiter zu. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Verbindung mit einer nach wie vor unterentwickelten Prävention und die wachsenden Möglichkeiten der Medizin führen zu einem steigenden Behandlungsbedarf. Parallel dazu findet sich im Gesundheitswesen ein erhebliches Wachstums- und Beschäftigungspotential im Sinne eines hochrelevanten Wirtschaftsbereichs. Zuletzt betrug der Anteil am Bruttoinlandsprodukt 10,4 Prozent. Insgesamt 4,7 Millionen Erwerbstätige sind im weiteren Sinn im Gesundheitswesen aktiv. Damit war jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.

Einen entscheidenden Anteil des Gesundheitswesens stellen in diesem Zusammenhang die deutschen Kliniken mit einem Umsatzvolumen von ca. 65 Milliarden Euro und über

eine Million Beschäftigten dar. In vielen Regionen und Kommunen sind Kliniken der größte regionale Arbeitgeber. Weder die wirtschaftliche Entwicklung des Jahres 2010 noch die Schätzungen für das Jahr 2011 haben den Stellenwert der stationären Versorgung für die Sicherung einer hoch qualitativen Gesundheitsversorgung wie auch für den Arbeitsmarkt verringert.

Den Krankenhäusern kommen neben ihren Aufgaben der Krankenversorgung bedeutende Funktionen der Forschung und Entwicklung sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten und weiterer Gesundheitsberufe zu. Die zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung in Deutschland wird darüber hinaus auch einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Entwicklung der ärztlichen Berufsausübung und des zukünftigen Arztbildes haben.

Die intensiv geführte Debatte zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung und -versorgung mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 und dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 hat die Rahmenbedingungen im Berichtsjahr maßgeblich beeinflusst.

Aktuelle Lage und Zielstellung 2010

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

In den insgesamt 2.084 Krankenhäusern Deutschlands standen Ende 2009 insgesamt 503.300 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung – damit nahezu gleich viele wie im Vorjahr. Die Zahl der aufgestellten Betten stieg im Vergleich zum Vorjahr leicht um 60. Der Rückgang der Zahl der Häuser hat sich damit deutlich verlangsamt – bei der Bettenzahl zeigt sich sogar eine leicht gegenläufige Entwicklung. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands entspricht dies einer Bettendichte von 615 Betten je 100.000 Einwohner. Die durchschnittliche Bettenauslastung stieg gegenüber dem Vorjahr leicht um 0,1 Prozentpunkte auf 77,5 Prozent. 17,8 Millionen Patienten wurden 2009 vollstationär im Krankenhaus behandelt (+ 1,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr).

Bei Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 lag der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft noch bei 14,8 Prozent, seit Jahren steigt er kontinuierlich an und hat sich bis zum Jahr 2009 auf 32,0 Prozent mehr als verdoppelt. Der Anteil öffentlicher Krankenhäuser ist im gleichen Zeitraum von 46,0 Prozent auf 31,1 Prozent zurückgegangen. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser hat sich demgegenüber nur geringfügig verändert und liegt bei 36,9 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 bzw. wieder gestiegen. Die ökonomisch erforderlichen Kompensationen werden bei gleichzeitig verschärftem Wettbewerb zwischen den Kliniken sowohl durch erlösorientierte Leistungsintensivierung als auch durch Einschnitte, insbesondere im Bereich der Personalbudgets, u. a. durch fehlende Nachbesetzungen von frei werdenden Stellen, Umstrukturierungen und Notlagetarifverträge angestrebt. Die Individualität der Patientenbetreu-

ung und die Intensität persönlicher Zuwendung haben abgenommen. Neuere 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.

Mit Blick auf die finanziellen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung ab dem Jahr 2010 gilt es nicht nur aus ärztlicher, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, Ärztinnen und Ärzten zeitnah vernünftige Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Dies erfordert vor allem eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, 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 des geltenden Arbeitszeitrechts sowie die Umsetzung und Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle.

Im Berichtsjahr 2010 hat die Bundesärztekammer zur Erreichung dieser Ziele neben der Umsetzung der Konsequenzen aus dem 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) für den Bereich der stationären Versorgung folgende Aktivitäten ergriffen:

- Beratung der Fachgesellschaften 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 zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Überarbeitung, Ausbau und Aktualisierung des Seminars „Medizin und Ökonomie“ als Umsetzung der Empfehlung des Vorstands in Zusammenhang mit der Arbeitsgruppe „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit“
- Integration der Anliegen des Bundesverbandes der Medizinstudierenden in die weitere Ausrichtung des Seminars „Medizin und Ökonomie“ und möglicher weiterer Veranstaltungen (u. a. Nachwuchsförderung)
- Weitere Mit- und Ausgestaltung der Klassifikationssysteme ICD, OPS 2011 sowie der Deutschen Kodierrichtlinien 2011 in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie den Selbstverwaltungspartnern
- Kritische Begleitung und Beratung der Selbstverwaltungspartner bei der anstehenden Entwicklung und Implementierung des tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG
- Kritische Begleitung und Beratung der Selbstverwaltungspartner bei der Ausgestaltung der Begleitforschung zum G-DRG-System gemäß § 17b Abs. 8 KHG für die zweite Phase der Begleitforschung (voraussichtlich 2011)
- 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 Médecins Swiss (FMH), Bern

- Weiterer Ausbau des geografischen Krankenhausanalysesystems in Kooperation mit den Landesärztekammern (GeKAS); Aktualisierung, Integration neuer Daten und Analyseoptionen, regelmäßiger Erfahrungsaustausch der zugehörigen Mitarbeiter und der zuständigen Arbeitsgruppe
- Ausbau und Etablierung der Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Fragen der Begutachtung und Prüfung durch den MDK
- Diskussion der Problemfelder zwischen Ärzteschaft und MDK im Kontext der stationären Versorgung; Schwerpunkt: Entbürokratisierung und Entlastung von Kodierauseinandersetzungen
- Ausbau der Analyse und der Erörterungen zu potentiellen Optionen und Risiken der Gesundheitswirtschaft im Kontext der stationären Versorgung in Deutschland; Schwerpunkt: Diskussion mit Vertretern des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen
- Analyse und Diskussion zu möglichen neuen Wettbewerbsrahmenbedingungen im Gesundheitswesen und der stationären Versorgung mit Vertretern des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie sowie der Monopolkommission (Anlass: 18. Hauptgutachten der Monopolkommission 2010)
- Arbeitsbedingungen und Personalmangel in deutschen Kliniken: Zunehmender Einsatz von Honorarärzten in deutschen Kliniken. Betreuung der durch den Vorstand der Bundesärztekammer im Sommer 2010 eingerichteten Arbeitsgruppe zur Thematik „Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland“
- Fortsetzung der Abstimmungen zur Entwicklung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in Europa in Kooperation mit dem Weltärztebund (WMA, Genf)

Schwerpunkte der Bemühungen im Jahr 2010 im Bereich der stationären Versorgung waren die Analyse und die Verbesserung von Optionen der Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen in den Kliniken sowie ein verstärkter Fokus auf die erforderliche Nachwuchsförderung.

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://baek.de/page.asp?his=1.144.760.762&all=true>.

3.4.1 Trägerstrukturänderungen im Bereich der stationären Versorgung

Die für 2010 – basierend auf den Folgen der Wirtschaftsrezession der Jahre 2008 bis 2010 – erwartete massive Schwächung der kommunalen und Landeshaushalte hat insbesondere das erste Halbjahr des Jahres geprägt. Dennoch ist es der überwiegenden Zahl der Klinikträger sowie der für die stationäre Versorgung teilweise Verantwortung tragenden Kommunen gelungen, diesen Wirtschaftsdruck nicht übermäßig an die Kliniken weiterzugeben. Daher hat es im Jahr 2010 keine überproportionalen Trägerstrukturänderungen im Vergleich zum Vorjahr gegeben. Trotz der teilweise erheblichen Liquiditätssteigerungen privater Träger in Vorbereitung möglicher Akquisitionen von Kliniken hielt sich die Veräußerung von Kliniken in einem überschaubaren Rahmen. Bei den im Vorfeld ei-

ner Privatisierung stattfindenden Diskussionen vor Ort zeigt sich zunehmend, dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte zunehmend ein Mitspracherecht wahrnehmen. Nicht zuletzt in Verknüpfung mit dem steigenden Ärztemangel ergeben sich in den laufenden Trägerumstrukturierungsdebatten sehr gute Optionen, wichtige Forderungen der Ärzte deutlich besser berücksichtigen können, wie z. B. der strategischen Ausrichtung der Klinik, aber auch der Zukunft einer Klinik bei einer Trägerumstrukturierung (Mitspracherecht, Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen, Beibehaltung von Gehalts- und Pensionsregelungen, Investitionsverpflichtungen, Förderung von Forschung und Lehre, Sicherstellung und Ausbau des Versorgungsauftrages, Standortsicherung etc.).

Für 2010 gilt es zudem festzuhalten, dass zunehmend alle Trägergruppen von vergleichbaren Problemkonstellationen, wie z. B. dem zunehmenden Fachkräftemangel im Bereich des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, erfasst werden. Dieser Fachkräftemangel umfasst zudem auch vermehrt den Bereich des Klinikmanagements, sodass sich auch durch diese Entwicklung gewisse Limitierungen für zukünftige Trägerumstrukturierungen, insbesondere im Bereich der größeren Versorgungsstrukturen und -stufen, ergeben.

Unter der Prämisse der zu wahrenen Trägerpluralität wird sich die Bundesärztekammer auch 2011 trägerunabhängig für eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte bei den weiteren Trägerstrukturänderungen der Kliniken einsetzen.

Medizin und Ökonomie

Nicht zuletzt in Reaktion auf die zunehmenden Umbrüche in der stationären Versorgung und die durch die Umstrukturierung der Vergütungssysteme wachsende Bedeutung ökonomischer Belange in den Diskussionen vor Ort hat der Vorstand der Bundesärztekammer über seine ehemalige Arbeitsgruppe „Privatisierung“ die Implementierung des Seminars empfohlen. Seit 2008 konnten im regelmäßigen Turnus, jeweils zweimal im Jahr, entsprechende Seminare durchgeführt werden. Das im Jahr 2009 erstmals etablierte einwöchige Format des Seminars ist auch 2010 auf breite Resonanz der Teilnehmer gestoßen. Das Seminar ermöglicht es interessierten Ärztinnen und Ärzten, sich jeweils über aktuelle Daten, Fakten, gesundheitspolitische Trends, aber auch über moderne Elemente der Gesundheitsversorgung, wie z. B. den Medizinischen Versorgungszentren, sektorenübergreifende Versorgung, Innovationen, Vergütungssysteme etc., zu informieren und sich mit diesen Ansätzen im Diskurs mit den Referenten auseinanderzusetzen (siehe auch Kapitel 2.3.3, S. 67).

Viele der hochkarätigen Referenten unterstützen die zugrunde liegende Idee einer Versachlichung der Debatte und Kompetenzvermittlung von Beginn an. Sie finden trotz ihrer vielfältigen terminlichen Verpflichtungen regelmäßig Zeit, engagierten Ärztinnen und Ärzten ihr Wissen zu vermitteln und für detaillierte Diskussionen zur Verfügung zu stehen.

Dies trifft umso mehr auf das Interesse der Teilnehmer, da nicht nur die theoretischen Konstrukte von Gesundheitsreformen, sondern auch ein erheblicher Teil praxisrelevanter Betriebswirtschaft, moderne Managementstrukturen in Kliniken, vielfältige neue Vertragsoptionen, aber auch notwendiger Verbesserungsbedarf in medizinischen Einrichtungen vorgestellt und diskutiert werden.

So zeigten die Diskussionen im Berichtsjahr 2010, dass die durch die in der Sonderkonferenz der Landesgesundheitsminister am 25.10.2010 erneut angeregte Einführung einer sektorenübergreifenden Versorgung leitenden Ärztinnen und Ärzten eine Fülle von Sach- und Fachkenntnissen über die rein medizinische Betreuung von Patienten hinaus abfordern wird. Gleiches gilt für den Ausbau der Expertise der Mitarbeiter von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Selbstverwaltungsinstitutionen.

Da die veränderten Rahmenbedingungen insbesondere zukünftige Generationen betreffen, wurde das Seminar 2010 auch für interessierte Medizinstudierende der fortgeschrittenen Semester geöffnet. Erfreulicherweise konnte auch der Präsident des Bundesverbandes der Medizinstudierenden an einem der Seminare teilnehmen. Für 2011 soll ein weiterer Ausbau dieser erfolgreichen Kooperation angestrebt werden.

Durch die erneute Bereitschaft der beteiligten Referenten konnte das nächste Seminar für den 04. bis 08.04.2011 vereinbart werden. Neben der verstärkten Beteiligung angehender Ärztinnen und Ärzte ist auch eine weitere Integration ambulanter Themen für das Jahr 2011 vorgesehen (www.baek.de).

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

Die Ständige DRG-Fachkommission wurde als Plattform für führende Repräsentanten von Fachgesellschaften, Trägerorganisationen, Vertretern der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik geschaffen, um insbesondere die aktuellen medizinischen, aber auch fachlichen Fragestellungen im Kontext einer fortgesetzten, regelmäßigen Adaptierung des G-DRG-Fallpauschalensystems zu ermöglichen. Die Fachkommission wird geleitet durch Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien sowie Prof. Dr. Albrecht Encke, Past-Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Angesichts der wachsenden Bedeutung der Fortentwicklung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich und deren zunehmender Wirkung auf die verfügbaren Ressourcen in Klinik und Praxis hat die Notwendigkeit eines strukturierten Dialogs mit den entsprechenden Vertretern der Selbstverwaltung sowie des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) deutlich zugenommen. Gerade die Rückmeldungen auf Basis der in den Kliniken Verantwortlichen hat eine erhebliche Bedeutung für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für den stationären Sektor mit einem aktuellen Verteilungsvolumen von ca. 55,7 Milliarden Euro. Die Diskussionen zeigen aber auch, dass die G-DRG-Vergütungssystematik einen hohen Grad an Komplexität erreicht hat und teilweise notwendige Schritte verspätet und zum Teil nur unzureichend umgesetzt werden können.

Beispielgebend ist die auch 2010 detailliert diskutierte Umsetzung der Begleitforschung zum G-DRG-System gemäß § 17b Abs. 8 KHG. In der Frühjahrssitzung am 19.04.2010 konnte ein erster Bericht zur Begleitforschung seitens des beauftragten IGES Instituts präsentiert und diskutiert werden. Gemäß § 17b Abs. 8 KHG war die Vorlage der Ergeb-

nisse der Begleitforschung für den 01.01.2006 vorgesehen. Bedingt durch die im Vorfeld durch die Selbstverwaltungspartner recht eingeschränkt festgelegten Fragestellungen konnten diesem verspätet vorgelegten Bericht kaum signifikante Informationen zu den Auswirkungen der Einführung eines Fallpauschalenvergütungssystems in Deutschland, wie z. B.

- zu den Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung,
- der Leistungsverlagerung in den ambulanten Sektor oder
- der Personalentwicklung und daraus resultierenden Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

entnommen werden.

Die Mitglieder der Ständigen DRG-Fachkommission haben nochmals angemahnt, entsprechende Fragestellungen auch bei der Weiterentwicklung des Begleitforschungsberichtes zeitnah zu berücksichtigen und eine frühzeitige Etablierung einer Begleitforschung zur Einführung des Vergütungssystems gemäß § 17d KHG für die Psychiatrie/ Psychosomatik zu ermöglichen.

In der Frühjahrssitzung wurden folgende Themen erörtert:

- Innovationen im G-DRG-System 2010
- Entbürokratisierungspotential der stationären Versorgung am Beispiel der Krankenhausrechnungsprüfungen und Kodierung
- Vorstellung der wesentlichen Inhalte des Ergebnisberichtes der Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG
- Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und Perspektiven der stationären Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der anstehenden Gesundheitsreform
- Integration von Innovationen im G-DRG-System 2010/2011
- Entbürokratisierungspotential der stationären Versorgung
- Krankenhausrechnungsprüfung
- Kodierungsprobleme
- Update zur Diskussion „Untere Grenzverweildauer“
- Zwischenstand der DRG-Einführung in der Schweiz (Swiss-DRG)
- G-DRG-Systematik und Implementierung aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin

Trotz des dringenden Bedarfes einer Entbürokratisierung zur notwendigen Verbesserung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten in deutschen Kliniken zeigt die detaillierte Diskussion (u. a. mit Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung), dass das DRG-Fallpauschalensystem weiterhin mit einem erheblichen Overhead an Kodieraufwand, Krankenhausrechnungsprüfungen und Dokumentationen verknüpft ist. Konnte man in den Jahren 2005 bis 2007 noch davon ausgehen, dass viele dieser Aufwendungen durch notwendige Implementierungsmaßnahmen, verbesserungsbedürftige Software sowie Schulungsaufwand bedingt waren, ist auch im Jahr 2010 keine nachhaltige Entlastung durch die G-DRG-Systematik zu verzeichnen. Weder eine deutliche Entschlackung der Kodierrichtlinien noch übergreifende Vereinbarungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung konnten so weitreichend erzielt werden, dass eine entsprechende Entlastung in Klinik und Praxis zu verzeichnen ist. Die über alle Institutions- und Verbandsgrenzen hinweg geführte Diskussion zeigte, dass letztlich nur durch eine nachhaltige

Steigerung der Attraktivität der Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in deutschen Kliniken mittel- und langfristig der notwendige Versorgungsbedarf gedeckt werden kann. Die Mitglieder der Ständigen DRG-Fachkommission haben daher nochmals eindringlich die für das G-DRG-System Verantwortlichen aufgefordert, umgehend entsprechende Entbürokratisierungspotentiale zu heben. Dieser Dialog wird die weitere Arbeit der Fachkommission sowie deren Diskussion mit den Selbstverwaltungspartnern und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prägen.

3.4.3 G-DRG-System 2011

Das G-DRG-System 2011 hat mit seinen jährlichen Anpassungen einen nicht unerheblichen Einfluss auf die weitere strategische Ausrichtung medizinischer und ökonomischer Schwerpunkte deutscher Kliniken. Dies betrifft nicht zuletzt auch den weiteren Umgang mit Personalbedarf und Finanzierung.

Nach Einigung der Selbstverwaltungspartner wurden die notwendigen Dokumente des Systems 2011 am 23.09.2010 unter www.g-drg.de veröffentlicht:

- Fallpauschalenvereinbarung 2011
- Abrechnungsbestimmung
- Fallpauschalenkatalog (mit Hauptabteilung, Belegabteilung und teilstationärer Versorgung)
- Zusatzentgeltkatalog
- Verzeichnis der nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergüteten vollstationären Leistungen
- Verzeichnis der nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergüteten teilstationären Leistungen
- Verzeichnis der Zusatzentgelte in den Differenzierungen gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG bzw. § 17b KHG (Anlagen des Fallpauschalenkataloges 4-6)

Basis der Weiterentwicklung dieses Kataloges war u. a. die Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes. An dem Vorschlagsverfahren gemäß § 17b KHG haben insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Fachgesellschaften sowie Kliniken teilgenommen. Diese Vorschläge sind 2010 stark vereinfacht durch das InEK im Sinne von stichwortartigen Zusammenfassungen der einzelnen Vorschläge veröffentlicht worden. Da es sich teilweise um komplexe Vorschläge handelt, ist die Nachvollziehbarkeit für Externe nur sehr bedingt gegeben. Hier wird es für die weiteren Ausarbeitungen und Überarbeitungen des G-DRG-Systems Nachbesserungsbedarf geben. Die derzeit verfügbaren Ergebnisse der Auswertungen erlauben nur eine grobe Einschätzung von Schwerpunkten eines möglichen Weiterentwicklungsbedarfes für das Jahr 2012. Die Quantität der Vorschläge hat zugenommen. Aus der Gesamtanzahl von 529 rechenbaren Vorschlägen konnten ca. 30 Prozent in Lösungsansätze umgesetzt werden. Der größte Anteil der Vorschläge bezieht sich auf medizinisch-definitivische Aspekte, wie z. B. die Einführung neuer DRGs oder die Kode-Verschiebung. Andere Vorschläge beziehen sich auf die Abbildung von Fällen mit speziellen medizinischen Konstellationen oder die Anpassung bzw. Neueinführung von Zusatzentgelten. Bezüglich der patientenbezogenen Schweregradeinteilung erfolgte 2010 keine grundlegende Änderung der Systematik. Dies betrifft auch die Anpassung der sogenannten CCL-Matrix, mit der

Komplikationen und Komorbiditäten abgebildet werden sollen. Basierend auf einer zwischenzeitlich etablierten und optimierten Methodik wurden für das Jahr 2011 Anpassungen vorgenommen. Insgesamt wurden ca. 450 Diagnosen untersucht. Bei 26 Diagnosen wurde die CCL-Matrix adaptiert.

Den Anregungen aus der Ärzteschaft folgend, wurden für das System 2011 insbesondere in folgenden Bereichen Änderungen vorgenommen:

- Kinder- und Jugendmedizin
- Gefäßoperationen bei Diabetes Mellitus/diabetischem Fuß
- Abbildung der akuten Querschnittlähmung und der damit verbundenen hohen Behandlungskosten pro Tag
- Extremkostenfälle

Im Bereich der teilstationären Versorgung konnten, wie in den Vorjahren, bedingt durch fehlende Definition und Eingrenzung von Leistungen nur sehr geringe Änderungen erfolgen.

Die Zahl der Zusatzentgelte stieg von 143 auf 146. Lediglich 82 Zusatzentgelte verfügen über eine bundeseinheitliche Vergütung. Vor dem Hintergrund der Sicherung der Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens wird diese Entwicklung zeitnah zu diskutieren sein.

Innovation

Dies betrifft auch die Integration „Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB). Von 89 Methoden/Leistungen, die nach dem Einstufungsverfahren zu NUB-Verfahren mit dem Status 1 versehen worden sind, wurden sieben entweder als neues Zusatzentgelt definiert oder in die schon bestehenden integriert. Zwei Methoden wurden in das G-DRG-System überführt. Festzuhalten bleibt, dass so gut wie keine Anregung aus dem Begleitforschungsbericht gemäß § 17b KHG (2010) Basis einer Änderung des Katalogs darstellt. Da zum Berichtszeitpunkt noch keine Gruppierungssoftware für entsprechende Auswertungen zur Verfügung steht, bleibt offen, inwiefern die moderaten Katalogänderungen für das Jahr 2011 tatsächlich mit ökonomischen und darüber hinaus mit medizinischen Verbesserungen einhergehen werden. Diese werden auch für die zukünftige Investitionsfähigkeit der Kliniken entscheidend sein (Personal, Innovationen).

2010 nahmen 271 Kliniken am Kalkulationsverfahren teil, von denen letztendlich 247 in der Kalkulationsstichprobe (davon 10 Universitätskliniken) verblieben. Erstmals wurde eine leichte Reduktion der DRG-Fallpauschalen vorgenommen (- 6), sodass 1.194 Fallpauschalen für das System 2011 resultieren.

Für die Belegabteilungen, deren Bedeutung bei einer zunehmenden sektorenübergreifenden Ausrichtung des Gesundheitswesens zunehmen sollte (Koalitionsvereinbarung vom November 2009), wurden insgesamt 957 Beleg-DRGs abgeleitet, von denen 774 analytisch abgeleitet sowie 83 kalkuliert werden konnten.

Wie schon in den Vorjahren zeigen die Auswertungen der Daten gemäß § 21 KHEntgG (Datenbasis 2009) einen weiteren Rückgang der mittleren Verweildauer. Für das Jahr 2009 beträgt die mittlere Verweildauer in den Hauptabteilungen 7,12 Tage, in den Belegabteilungen 4,68 Tage. Es bleibt zu diskutieren, inwiefern dieser Trend den tatsächlichen

Bedingungen in den Kliniken (Personal und Ressourcen) sowie den Versorgungsbedürfnissen der Patienten zukünftig noch gerecht wird oder neu überdacht werden muss. Nicht zuletzt die ausgiebigen Diskussionen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und MDK zu den unteren Grenzverweildauern zeigen, dass eine weitere Fortführung der Verweildauerreduktion nur noch einen bedingten Benefit für die Betroffenen darstellen wird.

Anfragen zum G-DRG-System

Eine weitere neue Lösungsoption deutet sich über die eingerichtete Option der „Anfragen an das InEK“ im Zusammenhang mit dem G-DRG-System an. Wie schon von der Bundesärztekammer und der AWMF seit längerer Zeit gefordert, haben sich die Selbstverwaltungspartner gemäß § 17b KHG entschieden, zur Förderung der Akzeptanz des Fallpauschalensystems eine entsprechende Arbeitsgruppe zu Anfragen an das InEK einzurichten. Es bleibt sehr zu hoffen, dass einerseits von den Betroffenen in den Kliniken von diesem Verfahren rege Gebrauch gemacht wird und andererseits durch die Entscheidungen der Selbstverwaltungspartner und des InEK deutlich mehr Rechtssicherheit und bürokratische Erleichterung für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte resultieren werden. Dies dürfte unmittelbar eine Entlastung im Sinne der Steigerung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte bedeuten. Die Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF werden daher diese Arbeit des InEK engmaschig begleiten und im Rahmen einer ihrer Sitzungen im Jahr 2011 thematisieren.

Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Die Bundesärztekammer hat in Kooperation mit der AWMF die gemeinsame Diskussion mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch im Berichtsjahr 2010 intensiv fortgesetzt. Dies ist umso dringlicher, als die durch die Krankenkassen veranlassten Prüfverfahren des MDK zunehmend für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, wie aber auch für Kliniken und Geschäftsführungen eine erhebliche zeitliche und finanzielle Belastung darstellen. Die mit den MDK-Prüfungen verbundenen Dokumentationsaufwendungen und Bürokratiesteigerungen haben leider trotz Systemverstetigung des G-DRG-Systems nicht abgenommen. Konnte zu Beginn der Einführung noch argumentiert werden, dass vermehrte Prüfungen eine Gegenmaßnahme zu einer möglichen Fehlkodierung sind, bleibt es eine der entscheidenden Herausforderungen für die mittel- und langfristige Akzeptanz der Fallpauschalen-Finanzierungssystematik der stationären Versorgung, die mit ihm verbundene Prüfbelastung auf das Notwendige zu reduzieren. Erfreulicherweise wird diese Bemühung zur Entbürokratisierung durch die Bundesregierung und insbesondere den Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, verstärkt unterstützt.

Laut der „Frühjahrsumfrage 2010 – MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern“ (12.07.2010) ergab sich eine mittlere Prüfquote für MDK-Prüfungen gemäß § 275 SGB V für das rückwirkende Jahr 2009 von 10,4 Prozent. Von den bereits abgeschlossenen MDK-Prüfungen der an der Umfrage teilnehmenden Krankenhäuser wurden durchschnittlich 43,2 Prozent zugunsten der Kostenträger entschieden. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um 2,1 Prozent. Die Kliniken machen dabei durchschnittlich einen Verlust von 0,178 Bewertungsrelationen. Dies entspricht ca.

467,00 Euro (Bezugsgröße Basisfallwert Fallpauschalenkatalog 2009: 2.621,30 Euro). Die mit erheblichem Abstand häufigsten Prüfungsgründe waren daher auch Anlass der gemeinsamen Diskussion in 2010: Verweildauer, Prüfung der stationären Behandlungsnotwendigkeit sowie die Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen. Laut Studie geben 40,2 Prozent der Krankenhäuser als häufigsten Prüfungsgrund die sogenannte „sekundäre Fehlbelegungsprüfung“ unter Bezug auf die untere Verweildauer an. Als weiterer häufiger Prüfgrund wird der Bezug auf die obere Verweildauer genannt. Letztlich wird von den Kliniken festgestellt (82 Prozent), dass die MDK-Prüfung gemäß § 275 SGB V für 2009 in erster Linie einer Kürzung bereits erbrachter stationärer Leistungsinhalte diene. Die medizinischen Argumentationen in diesen Auseinandersetzungen müssen vielfach von Ärztinnen und Ärzten geführt werden.

Je Kostenträger ergeben sich folgende Trends bei den Prüfungen:

- 7,2 Prozent private Krankenkassen
- 20,8 Prozent AOK
- 12,8 Prozent Barmer GEK Krankenkasse
- 10 Prozent je Innungskrankenkassen und Knappschaft

Ein weiterer Diskussionspunkt war das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.06.2010 (B1AR 1/10R), das sich mit der Aufwandspauschale für die Überprüfung der Abrechnung durch den MDK sowie u. a. die Einleitung des Prüfverfahrens durch fehlerhafte Abrechnungen seitens des Krankenhauses befasste. Streitpunkt war u. a. die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V.

Die im Vorfeld zugunsten der Kliniken/Ärzte durch Sozialgerichte und Landesgerichte gefällten Entscheidungen wurden durch das BSG-Urteil aufgehoben. Begründung war, dass die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung veranlasst wurde, ein Prüfverfahren einzuleiten („... die Durchführung einer die Aufwandspauschale ... auslösende Prüfung ist nicht schon bei jeglicher Rückfrage der Krankenkasse beim Krankenhaus im Zusammenhang mit dessen Abrechnung anzunehmen ...“).

Erste Rückmeldungen zum BSG-Urteil zeigen, dass eine Zunahme der Prüfungen im Sinne von „Breitbandprüfungen“ in einigen Regionen zu verzeichnen ist. Zudem werden berechnete Forderungen der Ärzte/Kliniken nach Aufwandspauschalen durch die Krankenkassen unter Hinweis auf das BSG-Urteil zurückgewiesen. Es ist ebenfalls nicht auszuschließen, dass auf Basis des neu vorliegenden Urteils einige Kliniken sich vermehrt genötigt sehen, auf entsprechende Entscheidungen des MDK/der Krankenkassen mit Klagen zu reagieren.

Für 2011 gilt es daher umso mehr, für die laufenden Prüfverfahren gemeinsam eine Versachlichung der Diskussionen zu erreichen. Dies hat nicht zuletzt auch eine erhebliche Bedeutung für die weitere Positionierung insbesondere junger Ärztinnen und Ärzte, die die laufenden Prüfverfahren zunehmend als Ausdruck einer sich verschärfenden Misstrauenskultur und einer organisatorischen Überregulierung erleben. Nur wenn es gelingt, die bürokratischen Notwendigkeiten zur Sicherung einer finanzgerechten Umsetzung der Fallpauschalensystematik auf das notwendige Maß reduzieren zu können, wird man Medizinstudentinnen und Medizinstudenten sowie junge Ärztinnen und Ärzte nachhaltig motivieren, sich für die medizinische Versorgung begeistern zu können. Es bleibt zu hoffen, dass diese Anliegen auch bei den anstehenden Gesetzgebungsvorhaben im Jahr 2011 entsprechende Berücksichtigung finden werden.

ICD-10-GM 2011

Am 28.09.2010 konnte das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die endgültige Version der ICD-10-GM veröffentlichen. Diese Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Deutsche Version) wurde um ca. 60 Vorschläge von Experten aus der Ärzteschaft, den Fachgesellschaften, den Kliniken und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erweitert. Die Klassifikation der Krankheiten und ihrer verwandten Gesundheitsprobleme erlangt zunehmend einen prioritären Stellenwert in der Bemessungsgrundlage der im ambulanten und stationären Bereich angewandten und weiterentwickelten Vergütungssysteme.

Die unter Mitwirkung der Bundesärztekammer vereinbarten Änderungen der Version 2011 bezogen sich insbesondere auf

- Leukämien und Lymphome (umfangreiche Überarbeitung, z. B. Berücksichtigung neuer Klassifikationstabellen)
- Postthrombotisches Syndrom: Deutlich differenzierter kodierbar
- Respiratorische Insuffizienz: Einführung von Subklassifikationen
- Sonstige prophylaktische Chemotherapie: Differenzierung von Schlüsselnummern

Die Dateien zur ICD-10-GM 2011 sind unter www.dimdi.de kostenlos downloadbar. Aufgrund der Zunahme der morbiditätsorientierten Vergütung wird die Bundesärztekammer die weitere Ausarbeitung der ICD-Klassifikation 2012 im Jahr 2011 engmaschig begleiten.

OPS-Version 2011

Für die Version 2011 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) konnten rund 250 Vorschläge aus den Fachgesellschaften sowie von Experten der Ärzteschaft und aus den Kliniken in der neuen Version Berücksichtigung finden. Darüber hinaus flossen auch Anforderungen aus der Weiterentwicklung des Entgeltsystems (G-DRG) in die Überarbeitung für die Version 2011 ein. Neben der ICD stellt der OPS die entscheidende Grundlage für das pauschalierende Vergütungssystem der G-DRG dar. Zudem hat seine Bedeutung für die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zugenommen. Nicht zuletzt die in Überarbeitung und Modernisierung befindliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) basiert in hohem Grade auf den Operationen- und Prozedurenklassifikationen. In der Version 2011 wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

- Arthroskopische Operationen: Die Codes wurden umfangreich ergänzt
- Selbstexpandierende Stents/Stent-Prothese in Gallengängen
- Neustrukturierung der Codes
- Chirurgische Wundtoilette
- Neudifferenzierung Codes
- Applikation zusatzentgeltpflichtiger Medikamente: Einführung neuer Codes
- NUB-Leistungen: Aufnahme unterschiedlicher spezifischer Codes

Im Vergleich zum Vorjahr wurden die neu eingeführten OPS-Kodevorschläge für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen sowie Verhaltensstörungen

bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen strukturell überarbeitet. Auch wenn die Bundesärztekammer erst stark verspätet in diesen Dialog eingebunden wurde, konnte noch auf den nicht unerheblichen Nachbearbeitungsbedarf hingewiesen werden. Leider erfolgte keine, wie von der Bundesärztekammer und anderen Institutionen und Verbänden empfohlen, unterjährige Anpassung des OPS. Die Art der weiteren Einführung des neuen Entgeltsystems gemäß § 17d KHG und die zukünftige Handhabbarkeit in den Kliniken werden von entscheidender Bedeutung sein für die Akzeptanz durch Kliniken und Ärzte. Die Bundesärztekammer wird die entsprechenden Details in den zuständigen Arbeitsgruppen und Gremien nachdrücklich einbringen.

Basierend auf den Ergebnissen des Pflegegipfels 2008/2009 wurde trotz kritischer Einschätzung durch die Bundesärztekammer durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information der OPS-Kode für „besonders aufwendige Pflegeleistungen“ eingeführt. Die begleitenden Diskussionen in 2010 zur weiteren Handhabung und Umsetzbarkeit dieses Kodes zeigen eindeutig, dass, wie erwartet, erheblicher Modifikationsbedarf besteht. Es ist wenig nachvollziehbar, dass mit diesen neuen Dokumentationsvoraussetzungen trotz verminderter Verfügbarkeit von Pflegepersonal in der Patientenversorgung ein erheblicher Dokumentationsaufwand ausgelöst wird. Diese Einschätzung wird zunehmend auch durch die Klassifikationsexperten der zuständigen Pflegeverbände geteilt. Es ist daher zu hoffen, dass mit Hilfe zukünftiger Modifikationen Pflegekräfte nicht unnötig von der Kernaufgabe im Sinne der direkten Patientenversorgung abgehalten werden. Dies wird auch den mit ihnen in der Patientenversorgung zusammenarbeitenden Ärztinnen und Ärzten zugute kommen. Sollten seitens der Bundesregierung für das Jahr 2011 weitere Entbürokratisierungsmaßnahmen (wie im Koalitionsvertrag vom November 2009 als Ziel niedergelegt) angegangen werden, muss dieses Anliegen in Abstimmung der zuständigen Institutionen, Verbände und Ministerien Berücksichtigung finden.

Deutsche Kodierrichtlinien 2011 (DKR)

Am 24.09.2010 wurden die durch die Selbstverwaltungspartner konsentierten Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2011 veröffentlicht. Da die notwendigen Anpassungen und Überarbeitungen konsensbasiert sind, konnten für die Version 2011 nur insgesamt sieben Kodierrichtlinien überarbeitet werden. Bei diesen Überarbeitungen handelt es sich um Textänderungen, Aufnahme von Beispielen und zum Teil inhaltliche Anpassungen. In 2011 werden die allgemeinen Deutschen Kodierrichtlinien 27 Kodierrichtlinien umfassen. Die speziellen Deutschen Kodierrichtlinien stellen mit 75 den weitaus größeren Anteil dar. Insgesamt umfassen sie 2011 102 Kodierrichtlinien. Inwieweit die recht überschaubaren Anpassungen des Jahres 2010 der Version 2011 tatsächlich substantiell helfen werden, Konflikte zwischen den Krankenhäusern und dem MDK/den Krankenkassen weiter zu reduzieren, bleibt offen. Insbesondere der sich anbahnende Ärztemangel wird ggf. in den nächsten Jahren eine weitere Verschlankung und Verbesserung im Sinne einer pragmatischen Umsetzung der Kodiervorgaben und Entbürokratisierung dringend erfordern. Diesem Anliegen sollten die Selbstverwaltungspartner zeitnah Rechnung tragen.

Deutsche Kodierrichtlinien Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)

Ähnliche Entwicklungen zeigten sich auch in der weiteren Ausgestaltung der neuen Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych). Für die Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems auf Basis von tagesbezogenen Entgelten haben die Selbstverwaltungspartner mit dem Jahr 2010 beginnend Kodierrichtlinien vereinbart. In enger Anlehnung an die somatischen Kodierrichtlinien (DKR) wurde die Version 2010 entwickelt und am 13.01.2010 zu ersten Informationszwecken veröffentlicht. Die DKR-Psych sind am 01.07.2010 in Kraft getreten. Vergleichbar den DKR wurden auch in den DKR-Psych ein allgemeiner Kodierrichtlinienteil für Krankheiten sowie ein allgemeiner Kodierrichtlinienteil für Prozeduren eingeführt.

Auch wenn über eine Anlehnung an die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und ihre Systematik versucht wird, den Schulungs- und Lernaufwand in einem vertretbaren Umfang zu halten, zeigen die ersten Rückmeldungen aus den Kliniken, dass hier noch erheblicher Nachjustierungsbedarf gegeben ist. Zudem stellen die neuen Kodierrichtlinien DKR-Psych ein Regelwerk für eine Vergütungssystematik dar, das derzeit noch stark in den Ansätzen steckt und dessen weitere detaillierte Ausgestaltung noch lebhafter Diskussion unterliegt. Eine Fülle von Beispielen aus den DKR konnte nicht auf die Psychiatrie/Psychosomatik übertragen werden, sodass die Vorkenntnisse von Ärztinnen und Ärzten aus dem somatischen Bereich nur sehr bedingt hilfreich sind. Die DKR-Psych sind auch für die Verschlüsselung somatischer Diagnosen und Leistungen in der Psychiatrie und in der Psychosomatik anzuwenden. Eine parallele Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien für den somatischen Bereich soll damit verzichtbar werden.

Für das Jahr 2011 erfolgte die Einigung der Selbstverwaltungspartner zu den DKR-Psych im Oktober 2010. Für viele diskutierte Verbesserungsanregungen konnte kein Konsens hergestellt werden, daher wurden nur einige wenige Änderungen vorgenommen. Inwiefern diese tatsächlich zu einer erleichterten Umsetzung und verbesserten Akzeptanz der Kliniken, Ärztinnen und Ärzte führen, bleibt offen. Dies gilt umso mehr, als die prinzipielle Ausrichtung des Vergütungssystems und der Stellenwert der Hauptdiagnose derzeit noch sehr diskussionsbedürftig sind. Die Bundesärztekammer sowie die Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF haben sich nachdrücklich gegen eine Weiterentwicklung dieses neuen Vergütungssystems in Richtung DRG-Fallpauschalen ausgesprochen.

Einführung Ambulanter Kodierrichtlinien (AKR)

In Ergänzung der Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sowie der Neueinführung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) wurde 2010 die Einführung der AKR vorbereitet. Die Ambulanten Kodierrichtlinien werden voraussichtlich folgende krankenhausrelevanten Bereiche betreffen:

- Institutsambulanzen bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V
- Ermächtigte Ärzte
- Spezialambulanzen der Pädiatrie
- Sozialpädiatrische Zentren
- Hochschulambulanzen

- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Einrichtungen gemäß § 116b SGB V
- Medizinische Versorgungszentren

Basis der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien ist das zum 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das u. a. eine stärkere Zentrierung und Orientierung in Richtung Morbidität anstrebt. Ihr Aufbau orientiert sich ebenfalls eng an den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). Die Ambulanten Kodierrichtlinien sind wie die Deutschen Kodierrichtlinien in einen allgemeinen und einen speziellen Teil gegliedert. Dieser Schritt soll den Ärztinnen und Ärzten eine schnellere Vertrautheit mit den neuen Kodiervorgaben ermöglichen. Dennoch bestehen einige wesentliche Unterschiede zwischen den DKR und AKR:

- Die Vereinbarung der AKR erfolgt nicht durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der privaten Krankenversicherung, sondern durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband
- Die Ambulanten Kodierrichtlinien umfassen keine Richtlinien für Prozedurenverschlüsselung, sondern nur für die Diagnosenverschlüsselung
- Bei den Ambulanten Kodierrichtlinien werden Behandlungsdiagnosen verzeichnet (DKR: Hauptdiagnose/Nebendiagnose)
- Der Bezug der Diagnose folgt auf den Behandlungsfall bzw. das Quartal (bei den DKR auf den stationären Fall bzw. den stationären Aufenthalt)
- Im Rahmen der Ambulanten Kodierrichtlinien werden mehrere Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherung verwendet (DKR: Keine Zusatzkennzeichen)
- Für die AKR wurden Plausibilitätskriterien eingeführt
- Inwiefern Sanktionsmöglichkeiten gegeben sind und umgesetzt werden, ist für den Bereich der AKR noch nicht bekannt (DKR: teilweise Rechnungskürzungen)

Die wesentlichsten Unterschiede beziehen sich auf:

- die verpflichtende Angabe von Zusatzkennzeichen
- den Bezug auf den Behandlungsfall
- die Definition der Behandlungsdiagnosen

Es ist davon auszugehen, dass die sich während der Erprobungsphase der AKR in 2010 abzeichnenden Diskussionen auch den stationären Sektor erreichen werden. Da Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung über vielfältige Schnittmengen von den Ambulanten Kodierrichtlinien betroffen sein werden, dürfte ein weiterer, nicht unerheblicher Schulungsaufwand die Folge sein. Zudem ist davon auszugehen, dass sich gerade in den hoch frequentierten Bereichen, wie z. B. Hochschulambulanzen etc. die Frage stellen wird, durch wen diese Dokumentation zeiteffizient durchgeführt werden kann.

Die Selbstverwaltungspartner werden aufgefordert sein, die Allgemeinen Kodierrichtlinien, die Ambulanten Kodierrichtlinien sowie die Deutschen Kodierrichtlinien für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik maßgeblich an den Möglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte auszurichten. Schon jetzt zeigen unterschiedlichste Erhebungen und Analysen deutlich, dass die zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationsbelastung im stationären Sektor ein maßgeblicher Grund für die Demotivation und die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen darstellt.

Einführung eines neuen Vergütungssystems für die Psychiatrie/Psychosomatik gemäß § 17d KHG

Trotz über Monate laufender Verhandlungen zur Neueinführung des Vergütungssystems und des ersten, entscheidenden Entwurfs Deutscher Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik wurden weder die Bundesärztekammer noch weitere benannte Verbände im Gegensatz zu der fachlichen Erarbeitung der „klassischen“ Deutschen Kodierrichtlinien von Beginn an eingebunden. Eine erste Information erfolgte trotz der geplanten Einführung des zugehörigen OPS zum 01.01.2010 erst Mitte Dezember 2009. Ein Anhörungstermin wurde kurzfristig für den 07.01.2010 anberaumt.

Die Bundesärztekammer wies in der Anhörung u. a. darauf hin, dass bei der Ausgestaltung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHG) und der Neueinführung des § 17d KHG bewusst die Form eines tagesbezogenen Entgeltsystems gewählt wurde. Auch in den Diskussionen der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF in 2009 wurde mehrfach darauf gedrungen, dass keine Weiterentwicklung des tagesbezogenen Entgeltsystems für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik in Richtung eines DRG-Systems erfolgen darf. Die Diskussion in der Anhörung zeigte allerdings, dass seitens der beauftragten Selbstverwaltungspartner zu diesem Punkt letztendlich keine Einigkeit bestand.

Darüber hinaus wies die Bundesärztekammer auf den erheblichen Schulungsbedarf zu den vorliegenden Kodierrichtlinien hin, die auch laut Aussage der Selbstverwaltungspartner bezüglich ihrer leistungsgerechten Anwendung innerhalb der Selbstverwaltung nicht konsentiert und nur bedingt ausgearbeitet waren. So heißt es: „Bedauerlicherweise ist es in der Kürze der Zeit nicht für alle Kodierrichtlinien gelungen, geeignete Beispiele für die Psychiatrie/Psychosomatik zu finden“ (Einleitung DKR-Psych). Zeitgleich wurde mitgeteilt, dass die Selbstverwaltungspartner seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gebeten worden sind, bis Mitte Februar 2010 eine Überarbeitung des neuen OPS-Psych vorzulegen.

Angesichts des zu erwartenden, erheblichen Schulungsaufwandes bei der praktischen Einführung des OPS, der neuen Deutschen Kodierrichtlinien Psychiatrie/Psychosomatik sowie der derzeit noch nicht gegebenen Softwarestrukturen und IT-Systematik in den betroffenen Kliniken wäre eine umfassende Erprobung und Justierung der jetzt schon überarbeitungsbedürftigen Version des OPS und der DKR-Psych weitaus zielführender gewesen. Die Bundesärztekammer empfahl daher zur Reduktion des Aufwandes und der damit verbundenen Bürokratie sowie zur Sicherung einer ausreichenden Akzeptanz bei der anstehenden Umsetzung eine Pilot-Erprobung in einer überschaubaren Anzahl von Kliniken.

Offen blieb in der Anhörung, ob – wie von der Bundesärztekammer gefordert – im DIMDI und ggf. im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zusätzliche Personalkapazitäten vorgesehen sind, die gerade zu Beginn der Einführung bei Unklarheiten den beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Kliniken und Fachabteilungen verbindliche Antworten geben können. Dies ist umso relevanter, als in Anlehnung an das DRG-Fallpauschalensystem die Letztverantwortung für die Kodierung durch den Arzt getragen werden soll. Eine Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Kliniken durch kostenloses Schulungsmaterial oder finanzielle Zuwendungen zur Einführung von Software ist nicht vorgesehen. Die Bundesärztekammer hat hierbei zudem angeregt, dem

Datenschutz bei der Übermittlung der Diagnosen und Prozeduren der Fachbereiche Psychiatrie und Psychosomatik besonders Rechnung zu tragen. Ein entsprechendes Datenschutzkonzept lag zum Zeitpunkt der Anhörung jedoch nicht vor.

Ebenso lag kein, wie von der Bundesärztekammer bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zum KHRG 2009 gefordertes Konzept zu einer zeitnahen Begleitforschung vor. Die Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe und der Bundeskammer der psychologischen Psychotherapeuten unterstützten viele Einschätzungen und Forderungen der Bundesärztekammer. Zudem wurde eine deutlich verbesserte Einbindung der Anwender in die Weiterentwicklung eingefordert. Die Beratungen mit verschiedenen Experten in 2010 legen den dringenden Schluss nahe, dass für die Einführung des neuen Vergütungssystems in der Psychiatrie gemäß § 17d KHG deutlich mehr Zeit benötigt werden wird. Eine Debatte zur Verschiebung der „Scharfschaltung“ um mindestens ein Jahr wird daher die Erörterungen im kommenden Jahr 2011 prägen.

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

Seit Beginn der ersten Überlegungen in der Schweiz, das deutsche G-DRG-Fallpauschalensystem als zukünftige Basis der Klinikfinanzierung für die Schweizer Kliniken zu übernehmen und zu adaptieren, findet ein regelmäßiger intensiver Austausch zwischen Experten der Schweizer und der deutschen Ärzteschaft zu Fragen der Krankenhausfinanzierung, der Krankenhausplanung, Trägerstrukturen sowie den zukünftigen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte statt. Repräsentanten der FMH nahmen in 2010 wiederum regelmäßig an den Sitzungen der Ständigen DRG-Fachkommission von Bundesärztekammer und AWMF teil und ermöglichten durch ihre Vorträge einen intensiven Fachaustausch zu Fragen des Fachkräftemangels, der Fallpauschalensystematik, der Anpassungen von Klassifikationssystemen sowie der weiteren Etablierung einer Begleitforschung im Kontext der Krankenhausfinanzierung. Im Gegenzug unterstützte die Bundesärztekammer den Meinungsbildungsprozess und Fachaustausch der an der Ausgestaltung der Swiss-DRG beteiligten Partner in der Schweiz. Im Vordergrund dieser Beratungen standen in 2010

- die Rückmeldung aus den verspäteten Ergebnissen der Begleitforschung zum G-DRG-System,
- die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland mit der Einführung der Fallpauschalensystematik,
- die beginnende Implementierung von pauschalierten Tagesentgelten für die Bereiche Psychiatrie/Psychosomatik,
- die Auswirkungen der sukzessiven Leistungsverlagerungen in den ambulanten Sektor sowie
- die Rückwirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten.

Der gemeinsame Dialog zeigte auch, dass es durchaus Hoffnung gibt, basierend auf den Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz eine übermäßige Kontrolle und Bürokratisierung vermeiden zu können.

Wie schon im Vorjahr konnte auch der Erfahrungsaustausch mit der Geschäftsführung des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen (VSAO) ausgebaut

werden. Neben vergütungsrelevanten Fragen stehen insbesondere Optionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Assistenz- und Oberärzten in der Schweiz und in Deutschland im Vordergrund. Dieser Meinungsaustausch bezog sich ebenfalls auf die unterschiedlichen Erfahrungen mit dem Einsatz von Honorarärzten/Vicarärzten. In Verbindung mit der Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen sollen zudem im Jahr 2011 ergänzend Fragen der Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten in der stationären Versorgung erörtert werden.

3.4.4 Krankenhausbedarfsplanungsanalysen

Basierend auf den Gesundheitsreformen der letzten Jahre, dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 sowie den 2010 deutlich intensivierten Diskussionen zur zukünftigen sektorenübergreifenden Ausrichtung der Bedarfsplanung (siehe Diskussionsergebnisse der Sonder-Gesundheitsministerkonferenz mit Bundesminister Dr. Philipp Rösler am 25.10.2010) wird der zunehmenden Integration ärztlichen Sachverständes in die weitere Ausgestaltung der Krankenhausplanung und in die sektorenübergreifende Bedarfsplanung eine wesentliche Bedeutung zukommen. Das Anliegen einer verstärkten Einbindung ärztlicher Sachkompetenz wurde daher auch in einem gemeinsamen Schreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an den Bundesminister für Gesundheit im Oktober 2010 verdeutlicht.

Zum Ausbau der instrumentellen Voraussetzungen wurde Ende 2008 eine aus Mitgliedern der Krankenhausgremien bestehende Arbeitsgruppe zur Thematik „Krankenhausbedarfsplanungsanalyse“ eingerichtet. Vorsitzender dieser Arbeitsgruppe ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Krankenhausgremien. Im Berichtsjahr tagte die Arbeitsgruppe am 04.05.2010 und 07.12.2010. Im Vordergrund der Erörterungen standen nachfolgende Schwerpunkte:

- Integration von Klassifikationssystemen
- Verbesserung der Datenvalidität
- Integration neuer Daten
- Aktualisierung des bestehenden Datenbestandes des Beta-Tools GeKAS (z. B. Integration der Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V – Stand 2008)
- Konkretisierung der Anforderungen an eine flächendeckende Versorgung
- IT-technischer Wartungs- und Adaptierungsbedarf
- Diskussion zu Vorschlägen weiterer Ausbauoptionen für 2011

Die Diskussionen der Arbeitsgruppe wurden flankiert durch einen wiederholten Erfahrungsaustausch der in den Landesärztekammern beauftragten Mitarbeiter sowie die Resultate aus Schulungen interessierter Mitarbeiter. Die erarbeiteten Nachjustierungs- und Verbesserungsoptionen wurden durch den Vorstand der Bundesärztekammer einhellig in seiner Sitzung am 27.08.2010 gebilligt. Nach Einarbeitung durch den beauftragten Programmierer in Kooperation mit der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer konnte die neue Beta-Version am 07.12.2010 vorgestellt und erörtert werden. Zeitgleich wurde eine erneute Schulung der mit der GeKAS-Nutzung und -Umsetzung betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammern durchgeführt. Erfreulicherweise wächst der Kreis der interessierten Experten der Landesärztekammern.

Für 2011 gilt es, die aktualisierte Version des Beta-Tools in Anwendung und Praxis zu nutzen. Darüber hinaus wird eine kleinräumigere Darstellung von Siedlungsflächen, z. B. von Stadtteilen, sowie eine Aktualisierung der Einwohnerzahlen integriert werden. Weiterhin soll insbesondere Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Landesärztekammern Unterstützung angeboten werden, die derzeit noch nicht in die Nutzung des Tools eingearbeitet sind. Bedingt durch die deutlich steigende Bedeutung der Bedarfs- und Versorgungsplanung im Sinne einer sektorenübergreifenden Planung, ist das Ziel, allen Landesärztekammern die Option zur Unterstützung ihrer Fachexpertise mit modernen Planungsinstrumenten zu ermöglichen.

Die verstärkte Integration ärztlicher Expertise in die Krankenhaus- und Bedarfsplanungsdebatten sichert eine optimierte Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich, in der Notfallversorgung und im ambulanten Bereich. Zukünftig sollen Auswertungen mit Hilfe des Tools auch direkt und indirekt genutzt werden, um Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen sowie gegen den wachsenden Ärztemangel sicherstellen zu können.

3.4.5 Gesundheitsmarkt/Gesundheitswirtschaft

Unverändert stellt die stationäre Versorgung einen wesentlichen Anteil am Gesundheitswesen dar. In 2010 sind ca. 55,7 Milliarden Euro Umsatz sowie eine Vielzahl von zukunftssträchtigen Arbeitsplätzen mit der stationären Versorgung in Deutschland verbunden gewesen. Die Bedeutung wird voraussichtlich in den nächsten Jahren nochmals zunehmen. Im Berichtsjahr 2010 war eine deutliche Intensivierung der Bemühungen unterschiedlicher Institutionen und Verbände zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen, aber auch für die Gesundheitswirtschaft insgesamt zu verzeichnen. Sowohl seitens des Bundesministeriums für Gesundheit als auch des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie wurden eine Fülle von Veranstaltungen, teilweise in Anwesenheit der Bundesärztekammer, initiiert und durchgeführt. Der Ausschuss für Gesundheitswirtschaft des Deutschen Industrie- und Handelskammertages geht davon aus, dass 2011 rund 60.000 Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft neu entstehen werden (Der Vorsitzende Dr. Ludwig-Georg Braun zur Thematik: „Diese Entwicklung gilt es zu stützen. Mehr Transparenz und Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen sind ein erster Schritt, um Reserven zu erschließen“, 04.11.2010, DIHK). Diese Trendeinschätzung wird auch durch die Ergebnisse einer Studie des Bundeswirtschaftsministeriums gestützt, die davon ausgeht, dass im Jahr 2030 ca. 20 Prozent der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen und der Gesundheitswirtschaft tätig sein werden.

Hintergrund dieser Entwicklung ist zum einen, dass die Menschen in unserer Gesellschaft älter werden und damit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt. Zum anderen kann die hier erforderliche Arbeit nur von Arbeitskräften vor Ort geleistet werden. Daher gehen sowohl das Bundesministerium für Gesundheit als auch das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) davon aus, dass die Arbeitsplätze in der Gesundheitsbranche besonders krisenfest und standortgebunden sind. Zudem wird in den Ergebnissen der Studie des BMWI davon ausgegangen, dass der schon derzeit hohe Anteil am Bruttoinlandsprodukt von ca. 10,4 Prozent im Jahr 2030 auf ca. 13 Prozent angewachsen sein wird.

Die Bundesärztekammer hat in den Erörterungen des Jahres 2010 die Bundesregierung u. a. bei nachfolgender Einschätzung unterstützt: „Gesundheit darf nicht nur als Kostenfaktor gesehen werden, sondern kann im Gegenteil einen wichtigen Beitrag leisten für Wachstum und Beschäftigung“ (Die Bundesregierung, Regierung-Online, 22.02.2010).

Gleichzeitig hat die Bundesärztekammer in den Diskussionen darauf hingewiesen, dass zeitnahe Antworten auf die Herausforderung des Fachkräftemangels unter Beteiligung der Ärzteschaft gefunden werden müssen. Nicht nur die demografische Entwicklung der Bevölkerung, sondern auch die demografische Entwicklung innerhalb der Gesundheitsberufe stellt sowohl das Gesundheitswesen als auch die Gesundheitswirtschaft insgesamt vor erhebliche Herausforderungen. Zudem ist davon auszugehen, dass ein über alle Gesellschaftsbereiche hinausreichender Wettbewerb um junge Fachkräfte in den nächsten Jahren zunehmen wird. Angesichts des schon jetzt vorherrschenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen gilt es daher umso mehr, die entsprechenden Voraussetzungen für eine attraktive Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten zu schaffen sowie gleichzeitig die Attraktivität der Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis zu erhöhen. Diese Argumentation wurde zuletzt in einer Fachveranstaltung unter Leitung von Bundeswirtschaftsminister Rainer Brüderle interessiert aufgegriffen. Auch seitens des Bundesministeriums für Gesundheit wurde der Austausch zur Thematik mit der Bundesärztekammer intensiviert. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass in dem für 2011 anstehenden Versorgungsgesetz Teile der Argumentation Berücksichtigung finden werden.

Auch den Bundesländern kommt eine erhebliche Bedeutung bei dem weiteren Umgang mit der Thematik zu. Dies umfasst einerseits z. B. Festlegungen und die rechtzeitige Freigabe finanzieller Mittel für den Ausbau von Studienkapazitäten, um mehr Bewerbern Plätze zur Verfügung stellen zu können, andererseits die Stärkung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung.

3.4.6 Wettbewerb im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung des stationären Sektors

Nach wie vor ist aus Sicht der Bundesärztekammer die weitere Entwicklung der Wettbewerbsrahmenbedingungen im Gesundheitswesen diskussionsbedürftig. Hier gilt es insbesondere den Aspekten der Daseinsvorsorge und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Rechnung zu tragen. Die Einzelheiten wurden 2010 im Rahmen der Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Anhörung zum Hauptgutachten der Monopolkommission ausgeführt.

Da die zukünftige Ausrichtung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung sowie die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten haben kann, hat die Bundesärztekammer 2010 wiederholt in gesundheitspolitischen Diskussionen und über Stellungnahmen Position bezogen. Neben dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) hat in 2010 insbesondere das 18. Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 GWB vom 13.07.2010 für Stellungnahmebedarf gesorgt. In dem Gutachten (www.monopolkommission.de) hat sich die Monopolkommission umfanglich mit dem zukünftigen Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen

auseinandergesetzt. Auch wenn die Rahmenvorgaben für den Wettbewerb bislang überwiegend Gesundheitsreformen und somit der Sozialgesetzgebung unterlagen, hat sich die Kommission im Kapitel VI „Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingehend mit potenziellen Wettbewerbsrahmenbedingungen zukünftiger Gesundheitsversorgung befasst.

Die Vorschläge der Monopolkommission sind davon getragen, eine erhebliche Ausweitung der Wettbewerbsrahmenbedingungen in Richtung einer massiven Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung (vom „Payer zum Player“) und einer weitreichenden Einführung kartellrechtlicher Bestimmungen in das Gesundheitswesen zu fordern. Angesichts dieses theoretischen Paradigmenwechsels hin zu einer massiven Ausweitung kartellrechtlicher Vorgaben und somit des Wettbewerbsrechtes im Gesundheitswesen hat die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme verdeutlicht, dass sie erheblichen Diskussionsbedarf zu diesen Vorschlägen sieht. Im Gegensatz zu den Einschätzungen der Kommission unterliegen nach Auffassung der Bundesärztekammer das deutsche Gesundheitswesen und nicht zuletzt auch die gesetzlichen Krankenkassen schon derzeit einem erheblichen Wettbewerbsdruck. Dies zeigt sich z. B. in der Reduktion der gesetzlichen Krankenkassen im ersten Halbjahr 2010 von 216 auf 163 Kassen. Auch die Einführung des Zusatzbeitrags im ersten Halbjahr 2010 hat trotz der überschaubaren Höhe eine erhebliche Wanderbewegung der Versicherten im Sinne eines Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ausgelöst (590.000 Versicherte im ersten Halbjahr 2010). Die aufwändigen Rettungsaktionen für die von Insolvenz bedrohten gesetzlichen Krankenkassen haben in 2010 mehr als deutlich gezeigt, dass schon derzeit ein erheblicher Wettbewerbsdruck besteht.

Die Bundesärztekammer hat insbesondere dargelegt, dass im Gegensatz zu den Vorstellungen der Monopolkommission eine weitere Steigerung des Wettbewerbs und eine Übernahme von kartellrechtlichen Vorgaben in den Bereich der GKV ohne eine vorhergehende klare und verlässliche Abschätzung der Folgewirkungen für alle Beteiligten und ohne eine eindeutige Klärung der Zuständigkeiten der rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen abgelehnt werden muss. Die Monopolkommission bleibt die Antwort auf die Frage schuldig, inwiefern die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses durch eine Einführung des Kartellrechtes tangiert würden. Festzuhalten bleibt aus den Diskussionen in 2010 zudem, dass es sich bei dem deutschen Gesundheitswesen im Sinne des Regelungsbereiches des SGB V um keinen „klassischen“ Markt handelt, wie beispielsweise für den Bereich der Telekommunikation oder der Energiewirtschaft postuliert wird. Im Gegensatz zu diesen befinden sich die versicherten Patienten in einer deutlich anderen Ausgangsposition. Weder der Umfang des in Zukunft zu erwartenden persönlichen medizinischen Leistungsbedarfs noch die Entscheidung über den in der aktuellen Situation angemessenen Handlungs- und Betreuungsbedarf sind (insbesondere im Notfall) bei Einwilligungsunfähigen mit der Konsumentenrolle eines Verbrauchers im Bereich der klassischen Märkte vergleichbar. Zudem verfügt der Versicherte bzw. der Patient derzeit bei der Auswahl seiner gesetzlichen Krankenkasse, des behandelnden Arztes oder des betreuenden Krankenhauses über einen hohen Grad an Wahlfreiheit, der in der Bevölkerung sehr geschätzt wird und eine zentrale Prämisse Deutscher Ärztetage darstellt. Die mit den Forderungen der Monopolkommission verbundene massive Zurückdrängung der Kollektivverträge würde in vielen Fällen mit einer deutlichen Einschränkung dieser Wahlfreiheit verbunden sein.

Weiterhin ist es aus Sicht der Bundesärztekammer offen, ob die Versicherten einer nominellen Zunahme von potenziellen Wechseloptionen (nicht Wahlfreiheiten) eine Reduktion der aktuell etablierten Wahlfreiheit und Planungssicherheit im Krankheitsfall vorziehen würden. Gerade im Bereich der stationären Versorgung hat man seit der Intensivierung der Trägerumstrukturierungen und den Interventionen des Bundeskartellamtes schon einschlägige Erfahrungen mit einer „unabgestimmten“ Anwendung des Kartellrechtes gemacht.

Aus den aktuellen Entwicklungen des Wettbewerbs im stationären Sektor sind eine Fülle von Indizien für den von der Bundesärztekammer eingeforderten Diskussions- und Klärungsbedarf abzuleiten. Seit ca. 2005 spannt sich eine breite Diskussion um die Anwendbarkeit der Wettbewerbsregeln und der formalen Zuständigkeit des Bundeskartellamtes. Da das europäische Wettbewerbsrecht nur auf Unternehmen anwendbar ist, stand die Debatte zum Unternehmensbegriff bei Kliniken im Fokus. Eine klare Vorgabe zum Unternehmensbegriff ist im EG-Vertrag an keiner Stelle zu finden. Aus Sicht der Bundesärztekammer findet schon ohne eine massive Ausweitung des Kartellrechtes auf das Gesundheitswesen ein ausgedehnter Wettbewerb zwischen den deutschen Kliniken statt (Qualitätswettbewerb, Leistungswettbewerb, Kostenwettbewerb, Investitionswettbewerb). Die Bundesärztekammer hat eingehend dargelegt, dass dies erhebliche Auswirkungen auf Ärztinnen und Ärzte haben wird.

Bei den Prüfungen von Fusionen etc. durch das Bundeskartellamt sind nach wie vor eine Fülle von Fragen offen, wie z. B. die Art und Weise einer belastbaren und sinnvollen Marktabgrenzung. Soll z. B. die Spezialisierung der Klinik, die Art der Fachabteilung oder aber der Versorgungsauftrag berücksichtigt werden? Wie weit soll eine Berücksichtigung der Versorgungstiefe und der unterschiedlichen Versorgungsformen in Ballungsgebieten vs. Flächenregionen stattfinden? Angesichts der von vielen Institutionen, Verbänden und der Gesundheitsministerkonferenz geforderten sektorenübergreifenden Ausrichtung dürfte sich im Falle der Berücksichtigung die Abgrenzung der Fachgebiete und Versorgungsstufen deutlich schwieriger gestalten. Zudem bleibt die ambulante Betätigung von Kliniken (trotz eines erheblichen Ausbaus) bisher weitgehend unberücksichtigt.

Eine eventuelle langwierige rechtliche Klärung vor den einschlägigen Gerichten können sich viele Einzelbeteiligte (auch Ärztinnen und Ärzte) aus finanziellen oder zeitlichen Gründen (Dauer bis zur endgültigen Entscheidung) nicht erlauben. Trotz der Anwendung des Kartellrechtes im stationären Sektor hat die Planungs- und Rechtssicherheit der Beteiligten faktisch nicht zugenommen. Allein am Beispiel der Wettbewerbsrahmenbedingungen im stationären Sektor zeigt sich, dass sich eine Fülle an weitreichendem Klärungsbedarf und Verunsicherung nach Einführung von Teilen des Kartellrechtes (Interventionsoptionen des Bundeskartellamtes etc.) ergeben haben, und daher eine Klärung wesentlicher Rechtsfragen bis hin zur Schaffung klarer, eindeutiger ordnungspolitischer Vorgaben vor einer möglichen Einführung weiterer Schritte geboten ist.

Die Bundesärztekammer hat ihre Positionen in einer schriftlichen Stellungnahme am 15.09.2010 zum 18. Hauptgutachten der Monopolkommission dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie zugeleitet und die Details in der mündlichen Anhörung Vertretern des Ministeriums für Wirtschaft und Technologie und der Monopolkommission erläutert. Für die folgenden Jahre gilt es, zur Sicherung zielführender Rahmenbedingungen eines Wettbewerbs im Gesundheitswesen die besondere Berücksichtigungs-

würdigkeit der Daseinsvorsorge (nicht zuletzt durch eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe verfügbare stationäre Versorgung) zu verdeutlichen.

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

Basierend auf den Vorberatungen im Jahr 2009 mit unterschiedlichsten Experten aus dem Bereich der Ärzteschaft, Juristen, Ethikern, Ökonomen und Soziologen sowie der Thematisierung als eigener Tagesordnungspunkt auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz, wurden die Bemühungen zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit in 2010 fortgesetzt. In den unterschiedlichen Positionierungen und Stellungnahmen der Bundesärztekammer, u. a. zu Gesetzgebungsverfahren wie z. B. dem GKV-Finanzierungsgesetz oder dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz, wurde darauf gedrungen, dass die Rahmenbedingungen für die zukünftige Tätigkeit als „Freier Arzt“ so ausgerichtet werden, dass diese letztlich zum Schutz des Patienten und der Steigerung der Attraktivität des ärztlichen Berufes für angehende Ärztinnen und Ärzte geeignet sind. Dies umfasst auch die Unverzichtbarkeit der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten, die übergeordnete Bedeutung und Schutzwürdigkeit der Patienten-Arzt-Beziehung sowie die besondere Rolle und Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Diskussionen, Vorträge und Positionierungen waren ebenfalls von der besonderen Bedeutung und Schutzwürdigkeit der ärztlichen Autonomie geprägt.

Die Diskussion zur ärztlichen Freiberuflichkeit berührt das Selbstverständnis der Ärztekammern zentral. Dies umfasst z. B. auch den notwendigen Ausbau der Ordnungsfunktionen, durch die die ärztliche Selbstverwaltung zeigt, dass Herausforderungen durch eine zunehmende Kommerzialisierung und Selbstzahlerversorgung im Sinne der Bedeutungssteigerung des zweiten Gesundheitsmarktes aus der Selbstverwaltung heraus selbständig geregelt werden können. Gleichzeitig steigen die externen Anforderungen an die Ordnungsfunktionen der Ärztekammern, z. B. durch den zunehmend informierten Patienten. Kammern passen ihre Beurteilungs- und Schlichtungsverfahren immer neuen Herausforderungen an, um den gesellschaftlichen Entwicklungen gerecht werden zu können. Letztlich umfassen diese Bemühungen aber auch die interessensübergreifende Integration der besonderen ärztlichen Expertise. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die stimmberechtigte Beteiligung der Selbstverwaltung an der zukünftigen sektorenübergreifenden Ausrichtung der Bedarfsplanungsszenarien dar.

In den Diskussionen im Berichtsjahr wurde zudem nachhaltig unterstrichen, dass ärztliche Freiberuflichkeit und deren Sicherung nur dann eine nachhaltige Wirkung haben werden, wenn es gelingt, nachrückende Ärztegenerationen von den Werten des Arztberufes als freier Beruf zu überzeugen und dafür zu begeistern. Dies umfasst ein klares Bekenntnis zur ärztlichen Selbstverwaltung. Für die Diskussionen in den folgenden Jahren wird es von entscheidender Bedeutung sein, Gesellschaft und Politik zu verdeutlichen, dass Ärztinnen und Ärzte in einem freien Beruf einen hohen Gemeinwohlbezug haben. Nur wenn die Ärzteschaft durch ihre Berufsethik das Wohl des Patienten ebenso wie das der Allgemeinheit im Auge behält, wird das Fundament ermöglicht, auf das die Gesellschaft ihr Vertrauen in die Ärzteschaft auch zukünftig stützen kann.

Die Grundnormen des ärztlichen freien Berufes sowie die Maxime der Kammerarbeit gestern, heute und morgen wurden nicht zuletzt während der Verabschiedung des lang-

jährigen Hauptgeschäftsführers der Landesärztekammer Hessen, Dr. Michael Popović, im Rahmen eines Festvortrages des Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs, verdeutlicht (Hessisches Ärzteblatt 11/2010, S. 677-680).

3.4.7 Honorärärzte

Auf Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer wurde im Sommer 2010 eine Vorstandsarbeitsgruppe zur Thematik „Honorärärzte“ eingerichtet. Neben Mitgliedern des Vorstandes sind Vertreter der Geschäftsführungen von Landesärztekammern sowie der Geschäftsführung der Bundesärztekammer (Dezernat 5, Rechtsabteilung) beteiligt. Vorsitzender der Arbeitsgruppe ist Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Bremen.

Hintergrund dieses Beschlusses ist die zunehmende Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten als sogenannte „Honorärärzte“ im deutschen Gesundheitswesen. Nicht zuletzt eine durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mitbetreute Erhebung (Honorararztstudie: Mehr Geld und mehr Flexibilität, Dtsch Ärztebl 2010; 107 (22): A 1093) zeigt, dass seit ca. 2006 der Einsatz von Honorarärzten in Deutschland deutlich zugenommen hat. In Verknüpfung mit der Thematik Attraktivität der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten sowie dem Ärztemangel kommt der vorgenommenen Analyse der Motivation zur Aufnahme honorarärztlicher Tätigkeiten, aber auch der Chancen und Risiken dieser Form der Berufsausübung durch die Arbeitsgruppe eine bedeutende Rolle zu. Zur Kompensation des Ärztemangels greifen insbesondere in ländlichen Regionen vor allem Kliniken immer häufiger auf Honorarärzte zurück. Nach den vorliegenden Daten sowie ergänzenden Schätzungen des Bundesverbandes der Honorarärzte und einiger Vermittlungsagenturen sind derzeit in Deutschland ca. 4.000 bis 5.000 Ärztinnen und Ärzte hauptberuflich oder in Teilzeit als Honorarärzte tätig. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass ca. 800 bis 900 dieser Ärzte täglich im Bundesgebiet im Einsatz sind. Da ein erheblicher Teil der Honorarärzte Fachärzte für Anästhesiologie sind (ca. 41,4 Prozent), sind Honorarärzte z. B. nicht zuletzt auch für die Gewährleistung von Notfallversorgungsstrukturen wie Rettungsambulanzen, Notarztwagen-Einsätzen oder aber von Intensivstationen, z. B. bei Erkrankung eines angestellten Arztes, im Einsatz.

Die Vorstandsarbeitsgruppe hat die Beratungen im August 2010 aufgenommen und bis Ende des Berichtsjahres fünfmal getagt. In den intensiven Erörterungen wurden neben der aktuellen Ausgangsposition und Datenlage u. a. nachfolgende Themen diskutiert:

- Fehlende Legaldefinition des „Honorararztes“
- Rechtliche Rahmenbedingungen der Tätigkeit
- Motivation und Beweggründe für die Aufnahme honorarärztlicher Tätigkeit
- Freiberufliche Tätigkeit/Scheinselbständigkeit des Honorararztes
- Honorarärzte als Leiharbeitnehmer
- Einbindung honorarärztlicher Tätigkeit in die Betriebsabläufe des Krankenhauses
- Kammer- und Versorgungswerkzugehörigkeit
- Honorarärztliche Tätigkeit und Weiterbildung
- Honorarärztliche Tätigkeit und Fortbildung
- Haftungsrechtliche Aspekte der Tätigkeit von Honorarärzten

Angesichts der fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen (fehlende Definition, unzureichende Schutzmechanismen gegen den Vorwurf der Scheinselbständigkeit etc.) und der Überschneidung mit anderen Formen ärztlicher Berufsausübung (Belegarzt, Konsiliararzt etc.) gestaltet sich die Diskussion komplex.

Um möglichst weitreichend Perspektiven anderer betroffener Verbände, Institutionen und Einrichtungen berücksichtigen zu können, wurde am 09. und 10.11.2010 eine umfassende Dialog-Veranstaltung durchgeführt. Gespräche wurden u. a. geführt mit

- der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- dem Bundesverband der Honorarärzte
- Fachgesellschaften
- Haftpflichtversicherern
- Vermittlungsagenturen
- Medizinrechtlern
- Arbeitnehmerüberlassungen
- Berufsverbänden

Gerade in diesen eingehenden Diskussionen mit den Experten bestätigte sich, dass der Dialog- und Klärungsbedarf von allen benannten Seiten gegeben ist. Basierend auf den weiteren Auswertungen dieser Dialog-Veranstaltung wird sich die Arbeitsgruppe Anfang 2011 bei Bedarf mit weiteren Experten und Institutionen austauschen. Vorgesehen ist, dem Vorstand der Bundesärztekammer eine umfangreiche Positionsbestimmung zur honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland vorzulegen.

Es zeigt sich zunehmend, dass diese relativ neue Form der Berufsausübung u. a. wichtige Impulse für die zukünftigen Diskussionen zu möglichen Maßnahmen gegen den Ärztemangel bieten kann. Viele der durch die Experten und Honorarärzte angegebenen Motivationslagen bieten eine gute Grundlage, um weitergehende Anregungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis, z. B. im Kontext des vom Bundesministerium für Gesundheit für 2011 angekündigten Versorgungsgesetzes einbringen zu können.

Die Diskussionen haben ebenfalls mehr als deutlich gezeigt, dass hierbei ein Qualitätsstandard ärztlicher Tätigkeit in Form des Facharztstandards auf keinen Fall unterschritten werden darf. Die Bundesärztekammer wird dies bei Vorlage ihres Positionspapiers im Frühjahr 2011 in ihren Einschätzungen nachdrücklich zum Ausdruck bringen.

3.4.8 Krankenhaushygiene

Umgang mit und Transport von Abfällen an Einrichtungen des Gesundheitswesens

Der Umgang mit und die Entsorgung von Abfällen stellen Krankenhäuser oftmals vor organisatorische und finanzielle Herausforderungen. Wenn Abfälle als besonders gefährlich oder infektiös eingestuft werden, können sie nicht mehr mit dem Hausmüll entsorgt werden, sondern sind als Gefahrgut unter besonderen Sicherheitskriterien zu transportieren und zu entsorgen. Geschieht dies unzutreffenderweise, entstehen 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. Zudem wurde zu diesem Zweck eine Arbeitsgruppe im Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung im Jahr 2001 eingerichtet, um die Bestimmungen zu beraten, die das Gesundheitswesen betreffen. Mitglieder sind u. a. Vertreter des Robert Koch-Instituts (RKI), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Bundesärztekammer. Mehrmals im Jahr tagt diese Arbeitsgruppe.

Versand von medizinischem Untersuchungsmaterial

Über öffentliche Verkehrswege werden innerhalb Deutschlands täglich etwa eine viertel Million diagnostische Proben und andere medizinische Untersuchungsmaterialien 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 potentiell 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 aus nationaler Ebene werden dann auf internationaler Ebene eingebracht. Die Arbeitsgruppe hat im Jahr 2010 zweimal getagt. Gegenstand der Beratungen waren Verpackungsmodalitäten von diagnostischen Proben und der Transport von infektiösen Krankenhausabfällen.

3.5 Rehabilitation

Der wachsenden Bedeutung der Rehabilitation in Klinik und Praxis trägt die Arbeit des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ der Bundesärztekammer 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 Ge-

sundheitsförderung und der Prävention in einem deshalb bewusst derart integriert angelegten Gremium.

Nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2009 in den 1.240 (Vorjahr: 1.239) deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen rund zwei Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,3 Tage, wie bereits in 2008. Ende 2009 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 172.000 Betten vorgehalten – und damit nach jahrelangem Bettenabbau wieder rund 900 mehr als im Jahr 2008. Im Durchschnitt waren diese Betten zu 81,7 Prozent (2008: 81,3 Prozent) belegt. Öffentliche Einrichtungen hatten mit 90,4 Prozent die höchste Bettenauslastung, private Einrichtungen mit 79,2 Prozent die niedrigste.

Im Gegensatz zu den Krankenhäusern hat sich das Versorgungsangebot bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zugunsten öffentlicher Einrichtungen verschoben. Nach wie vor stehen aber zwei Drittel aller Betten (115.000) in einer privat geführten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nur 30.000 Betten in einer öffentlich getragenen Einrichtung. 8.000 Vollkräfte im ärztlichen Dienst und 86.000 im nichtärztlichen Dienst, darunter 21.000 Pflege-Vollkräfte, versorgten 2009 die vollstationären Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

3.5.1 Medizinische Rehabilitation im Fokus des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) von 2008/2009 hat weitreichende Änderungen mit sich gebracht, welche den Bereich der medizinischen Rehabilitation für Versicherte, Leistungsträger und Leistungserbringer nachhaltig geprägt haben und sich auch zukünftig auf das Rehabilitationsgeschehen auswirken werden, sodass die wesentlichen Neuregelungen schlaglichtartig im Folgenden kurz dargestellt 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 Pflege 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 der Pflege und dementsprechend zur Anwendung von Assessments bei der Bestimmung der Pflegestufen nach dem SGV XI kommen wird.

Das GKV-WSG gibt insgesamt 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 werden. 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.

3.5.2 Zukunftsträchtige Perspektiven und Potenziale der medizinischen Rehabilitation

Eine aus namhaften Vertretern aus dem Bereich des Rehabilitationsgeschehens in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Arbeitsgruppe im Rahmen der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e. V., an der auch die Bundesärztekammer maßgeblich mitgewirkt hat, hat in den Jahren 2009 und 2010 einen in der Fachöffentlichkeit vielbeachteten Überblick über die vorhandenen und zunehmend wichtiger werdenden Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation gegeben. In einer von der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e. V. am 12.10.2010 in Berlin durchgeführten öffentlichen Veranstaltung ist als Ergebnis herausgestellt worden, mit welchem Potenzial die Rehabilitation – und hier insbesondere die medizinische Rehabilitation – dazu beitragen kann, dass chronisch Kranke, Behinderte und von chronischer Krankheit und Behinderung bedrohte Menschen im Alltag, in der Familie und im Beruf selbstbestimmt, gleichberechtigt und eigenverantwortlich leben können. Rehabilitation hilft ihnen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen ihrer Erkrankung besser zurechtzukommen.

Mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe bietet die Rehabilitation den Betroffenen in jeder Lebenssituation passende Angebote: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind fester Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland und werden vor allem von der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zur Verfügung gestellt. Das Spektrum der Leistungen unterscheidet sich dabei jeweils nach dem gesetzlichen Auftrag des Trägers. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten des Zugangs zur Rehabilitation – in jedem Fall ist sichergestellt, dass die Betroffenen in ihrer jeweiligen Lebenssituation den Erfordernissen entsprechende Angebote erhalten.

Für die einzelnen Betroffenen trägt die Rehabilitation durch Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensqualität dazu bei, ihre Teilhabe zu sichern. Der Nutzen der medizinischen Rehabilitation geht zugleich weit über den unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen hinaus: Für die Leistungsträger bedeuten erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen gewonnene Beitragszahlungen und reduzierte Folgekosten wegen einer Behinderung oder Krankheit. In den Unternehmen erhält die medizinische

Rehabilitation wertvolles Know-how. Leistungsfähige Arbeitnehmer sind eine Voraussetzung für hohe Produktivität in den Unternehmen. Insbesondere auch in Anbetracht des demografischen Wandels ist für die Gesellschaft die Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer ein Motor von Wohlstand und Wachstum. Die medizinische Rehabilitation trägt dazu bei, dass deren Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Berechnungen zeigen, dass dieser Nutzen der medizinischen Rehabilitation klar beziffert werden kann und sich Rehabilitation auch finanziell rechnet.

Deutschland verfügt über ein europaweit beispielhaftes und effektives Rehabilitationssystem. Als wesentlicher Baustein sozialer Sicherung stellt es auch einen positiven Standortfaktor dar. Angesichts zu erwartender Veränderungen der Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur in Deutschland und angesichts begrenzter Mittel gilt es, das Potenzial der Rehabilitation weiterhin auszuschöpfen und zu stärken. Dazu gehört, den Fokus noch stärker auf die verbliebenen Fähigkeiten der Menschen auszurichten und der individuellen Lebenssituation der Betroffenen noch stärker Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch, die Angebote noch flexibler zu gestalten und die Vernetzung im Versorgungssystem zu verbessern. Schließlich gehört dazu ebenfalls, die Wirksamkeit und Qualität der Rehabilitation stärker wissenschaftlich zu evaluieren.

Mit diesem im Rahmen einer Broschüre im Oktober 2010 veröffentlichten Überblick über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, welcher vom GVG-Ausschuss „Pflege und Rehabilitation“ unter Beteiligung der Bundesärztekammer erarbeitet worden ist, sind das Wissen und die Erfahrungen der Leistungsträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), der Leistungserbringer (ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen) und derjenigen, die Impulse zur Rehabilitation geben oder sie veranlassen (Ärzte, Arbeitsmediziner, Arbeitgeber), zusammengetragen worden, um zentrale Fragen der medizinischen Rehabilitation zusammenfassend und anschaulich darzustellen, Zusammenhänge zu verdeutlichen und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Herausforderungen und Anforderungen an die Rehabilitation zu geben.

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

Die Vielfalt der Initiativen im Bereich der Rehabilitation sowie hierauf ausgerichtete Initiativen zu fördern, zu unterstützen und zu stärken, ist Ziel und Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Frankfurt/Main). In der BAR 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 BAR sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) durch Dr. Wolfgang Aubke und die Bundesärztekammer durch Dr. Hans-Jürgen Maas als für diesen Bereich zuständigen Geschäftsführer vertreten. Hiermit ist zwar die Bundesärztekammer seit nunmehr drei Jahrzehnten neben der

KBV im Sachverständigenrat der Ärzteschaft bei der BAR vertreten, anders als die Kasernenärztliche Bundesvereinigung kann sie jedoch aus nach Auffassung der BAR satzungsgemäß bestimmten Gründen nicht Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft sein; sie gehört somit weder deren Mitgliederversammlung noch deren Vorstand als Entscheidungsträger an.

Im Vordergrund der Arbeit des Sachverständigenrates der BAR stand in 2009/2010 die Erarbeitung des 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 vom 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 geht 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 komplexeren 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.

Aus der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist der 2009 überarbeitete und Anfang des Berichtsjahres 2010 in 13. Auflage veröffentlichte Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ hervorzuheben. Dieser Wegweiser setzt sich das Ziel, Zugänge zu Teilhabeleistungen zu ermöglichen und auch Lebenschancen zu eröffnen. Damit behinderte Menschen diese Chancen bekommen und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft funktioniert, ist mit dem Sozialgesetzbuch IX 2002 der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt worden. Seither gab es eine Vielzahl von Veränderungen, Neuanfängen und Neuaufstellungen – nicht nur im Gesundheitswesen allgemein, sondern auch insbesondere im Rehabilitationsgeschehen. Das sogenannte Persönliche Budget ist seit dem 01.01.2008 Gesetz. Die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger beraten jeden Rat- und Hilfesuchenden in allen Fragen der Rehabilitation. Ebenso sind die Vereinbarungen von Gemeinsamen Empfehlungen ein wichtiger Aspekt für Menschen mit Behinderung, ihre Leistungen zügig und individuell abgestimmt zu erhalten. Der Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ soll dabei ein Lotse sein, der eine präzise Orientierungshilfe im Dschungel möglicher Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ermöglicht.

3.5.4 REHACare International 2010

Die Bundesärztekammer ist neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien seit der REHA '81 als dem ersten internationalen Rehabilitationskongress in der Bundesrepublik Deutschland 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 06. bis 09.10.2010 in der Messe Düsseldorf statt. Über 52.000 Besucher informierten sich über die von 801 Ausstellern aus 29 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen sowie über Hilfsmittel aus dem Bereich von Rehabilitation und Pflege. Die REHACare International 2010 sowie mit ihr der REHACare-Kongress und der Themenpark rund um altersgerechte Wohnkonzepte sowie barrierefreies Bauen und Wohnen stießen auf großen Zuspruch der Besucher und Teilnehmer. In den fachspezifischen Vorträgen und Workshops wurde eine Vielzahl in diesem Zu-

sammenhang 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. Aufgreifen konnte die REHACare 2010 damit die demografische Entwicklung, welche den Markt rund um Rehabilitation und Pflege in starkem Maße prägt und zugleich das Interesse an altersgerechten Produkten fördert.

3.5.5 Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen

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 Beirats.

Der Beirat besteht aus 48 Mitgliedern. Mit Inkrafttreten des SGB IX wurden als Mitglieder die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung neu 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 2010 am 29.04. und 03.11. 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 und die Ausrichtung entsprechender Kongresse beschlossen. Die Initiative „job“ mit einer Laufzeit von 2007 bis 2010 wird als Erfolg bewertet. Zahlreiche Teilinitiativen, wie das Projekt „Automobil – Ausbildung ohne Barrieren“, haben viele Erkenntnisse gebracht. Diese werden auf dem nächsten Kongress vorgestellt.

Ausblick

Auch wenn derzeit noch viele „Baustellen“ im Bereich der medizinischen Rehabilitation festzustellen sind, so nicht zuletzt die zu beobachtende, teils rückläufige Entwicklung der Leistungsgewährung durch die Kostenträger bis hin zu Antragsstaus sowie die immer noch unzulängliche Funktionsweise der Gemeinsamen Servicestellen, so kann dennoch konstatiert werden: Die medizinische Rehabilitation hat große Potenziale. Sie ist in Deutschland hoch entwickelt und fest im Sozialsystem verankert. Bei weiterhin erforderlichen Bemühungen um eine gesicherte Finanzierung sind die Perspektiven positiv und zukunftssträftig. Es gilt daher, diese Potenziale auch zum Wohle der von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu nutzen.

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 Fachkräfte für Arbeitssicherheit für technische Fragen 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. So wurden 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.

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 auch 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 arbeitsmedizinischen 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 zu fordern, ist zwar politisch korrekt, aber wenig aussichtsreich.

Mehrere Möglichkeiten der Einflussnahme und der Qualitätssicherung der Weiterbildung wurden von den Arbeitsmedizin-Experten identifiziert:

- Die Kammern sollen prüfen, 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 in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Folgende Handlungsoptionen zur Begegnung der Nachwuchsproblematik in der Arbeitsmedizin wurden von den Arbeitsmedizin-Experten 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 Anordnungsverantwortung des Arztes (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 Handlungsoptionen werden im Rahmen von Vorträgen, Artikeln etc. bekannt gemacht, um eine breite Diskussion und die erforderlichen Maßnahmen zu induzieren.

Praktisches Jahr in der Arbeitsmedizin

Auf Beschluss der Arbeitsmedizin-Gremien haben MR Dr. Dietmar Groß und Dr. Udo Wolter (Drucksache V – 100) einen Antrag auf dem 113. Deutschen Ärztetag gestellt, der zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen wurde.

„Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, sich bei den Universitäten dafür einzusetzen, dass geeignete Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung den Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung im Sinne der Approbationsordnung für Ärzte (Praktisches Jahr – § 3 Abs. 2) gleichgestellt werden.“

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer (Wahlperiode 2007/2011) hat den Antrag in seiner Sitzung am 23.09.2010 beraten. Er beschloss einstimmig, dem Vorstand der Bundesärztekammer zu empfehlen, nicht auf Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte hinzuwirken, um das Fachgebiet Arbeitsmedizin explizit als Wahlfach im Praktischen Jahr zu etablieren. Die bestehende Regelung, ein Tertial des Praktischen Jahrs in einem klinisch-praktischen Fachgebiet außerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie ableisten zu können, bietet den Universitäten bereits jetzt grundsätzliche Möglichkeiten, um z. B. den betriebsärztlichen Dienst als klinisch-praktische Tätigkeit für das Wahltertial in gewissem Umfang anzuerkennen.

DOCS@WORK – Nachwuchskonzept des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte

Die Initiative „DOCS@WORK“ des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) hat das Ziel der Nachwuchswerbung für die Arbeitsmedizin. Diese Initiative hat weite Beachtung gefunden und wird von der Bundesärztekammer nachdrücklich unterstützt. In Begleitung einer fachkundigen Jury stellten sich im Rahmen dieser Initiative im Berichtsjahr acht junge Ärztinnen und Ärzte in und um Hamburg arbeitsmedizinischen Praxisherausforderungen in Unternehmen. Die Stationen und Aufgaben, die die jungen Ärztinnen und Ärzte zu bewältigen hatten, führten sie zur „Allergopharma“ Hamburg-Reinbek. Dort sollten sie Mitarbeiter mit gehäuften Kurzfehlzeiten am Montag und die gesundheitlichen Belastungen für den Pharma-Außendienst beurteilen sowie geeignete Maßnahmen treffen. Im Wasser- und Schifffahrtsamt Brunsbüttel sollten sie die Belastungen des Muskel- und Skelettsystems bei der Festmachertätigkeit beurteilen. Darüber hinaus lernten sie Verkehrslenkung und Druckluftarbeiten kennen. Bei „Airbus Deutschland“ führten sie ergonomische Beurteilungen bei der Planung von neuen Anlagen und eine Wiedereingliederung eines Arbeiters nach einer schweren Beinverletzung durch. Beim „Norddeutschen Rundfunk“ sollten sie die Aufgabe erfüllen, eine neue Fernsehregie ergonomisch zu gestalten. Neben der Beantwortung von ergonomischen Fragen sorgten sie im Großraumbüro der „Tagesschau“ für einen geringeren Geräuschpegel. Diejenigen, die diese Aufgaben am erfolgreichsten gelöst haben, wurden im Rahmen des VDBW-Kongresses am 7. bis 9. Oktober 2010 in Ulm prämiert. Weitere Initiativen sollen folgen.

Weiterbildungskonzepte von großen überbetrieblichen Diensten

Vor dem Hintergrund der Nachwuchssorgen in der betriebsärztlichen Versorgung befassten sich schon seit Längerem die Arbeitsmedizin-Gremien mit der Nachwuchsförderung. Dabei interessierte im Berichtsjahr insbesondere, welche Beiträge große überbetriebliche Dienste zu einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung liefern können. Vor diesem Hintergrund wurden Vertreter der großen überbetrieblichen Dienste Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung (IAS), TÜV Nord MEDITÜV GmbH & Co. KG (MEDITÜV GmbH) und B. A. D. Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH (BAD GmbH) von der Bundesärztekammer eingeladen, ihr jeweiliges Weiterbildungskonzept vorzustellen.

Konzept der IAS-Gruppe

Die IAS-Gruppe ist eine der größten Weiterbildungsbetriebe für angehende Fachärzte für Arbeitsmedizin. Neben den Anforderungen der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern werden Qualitätsstandards der IAS-Gruppe berücksichtigt, damit bundesweit einheitliche Leistungen erbracht werden können. In den neuen Bundesländern kann die Weiterbildung durch Mangel an Weiterbildungsbefugten jedoch nicht an jedem Standort durchgeführt werden. Die IAS-Gruppe beschäftigt fast 1.000 Mitarbeiter an über 100 Standorten. Das Unternehmen muss zur Einhaltung einheitlicher Standards auch zentrale Vorgaben für Qualitätsstandards in der Fort- und Weiterbildung berücksichtigen (über Qualitätsmanagement, Personalentwicklung etc.). Überregional werden die Weiterzubildenden in einem interdisziplinären Team zum Risiko- und Gesundheitsmanagement eingesetzt. In der Weiterbildungsphase werden Grundkompe-

tenzen als Basis für den Einsatz beim Kunden erlernt. Im Erfahrungsaustausch werden konkrete Situationen beim Kunden besprochen. Dezentral angebotene Maßnahmen sind regelmäßige Weiterbildungen vor Ort mit dem Weiterbildungsbefugten, meist mit der Vorstellung von Themen durch einen/eine in Weiterbildung befindliche/n Arzt bzw. Ärztin. Bevorzugte Lerninhalte sind Themen aus der Betreuungssituation in Unternehmen, Anleitung zur eigenständigen Bearbeitung von Berufskrankheiten-Gutachten sowie individuelle Weiterbildungsmaßnahmen gemäß Zielvereinbarungsgesprächen.

Konzept der MEDITÜV GmbH

Das Weiterbildungskonzept der MEDITÜV GmbH lehnt sich eng an das (Muster-)Logbuch Facharztweiterbildung Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer und den (Muster-)Weiterbildungsrichtlinien an. Die Weiterbildung erfolgt nur in den regionalen Zentren der MEDITÜV GmbH. Die Weiterbilder sind in der Regel Fachärzte mit zwei Gebietsbezeichnungen. Die Beschäftigung von Doppelfachärzten wird für notwendig erachtet. Der Weiterzubildende arbeitet mindestens 25 Prozent der Weiterbildungszeit mit dem Weiterbilder/Facharzt für Arbeitsmedizin zusammen. Nach technischer und fachlicher Einweisung sowie gefestigter Fachkompetenz werden die Einsätze beim Kunden mit dem Weiterbilder abgestimmt und durchgeführt. Dem Weiterbildungsstandard entsprechend werden die Einsatzspektren kontinuierlich erweitert nach dem Motto „fördern durch fordern“. Wichtig sind das Vertrauensverhältnis zum Weiterbilder und die jederzeit gegebene Möglichkeit, bei Fragen Rücksprache zu halten. Grundsätzlich sollen in der Weiterbildung medizinisches Fachwissen und Methoden, rechtliche Normen und ethische Grundlagen, technisches Fachwissen und Methoden sowie logisches und konsekutives Denken und Problembewältigung vermittelt werden. Zu der täglichen Weiterbildung werden regional zwei bis vier ganztägige Seminare pro Jahr von den Regionalleitungen für alle Mitarbeiter durchgeführt. Logbuchthemen werden im Dreijahreszyklus durchgearbeitet. Die Dokumentation der Arbeitsergebnisse der Weiterzubildenden erfolgt per Computerprogramm. Somit kann sich der Weiterbilder einen Überblick über den Stand der Weiterbildung und die fachlichen Leistungen verschaffen.

Konzept der BAD GmbH

Die BAD GmbH bietet einen internen Seminarkatalog an und engagiert sich mit Dozenten und Prüfern als Projektpartner an Hochschulen, in der Weiter- und Fortbildung, beim Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), bei Ärztekammern und im europäischen Ausland. Die BAD GmbH hat in Deutschland über 520 ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und verfügt über besetzte Stellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an allen anerkannten Weiterbildungsstätten. In der Regel führt die BAD GmbH Weiterbildungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ durch. An 80 von insgesamt 190 Standorten verfügt die BAD GmbH über Ärzte mit voller Weiterbildungsbefugnis zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“. Im Rahmen der erweiterten dreijährigen Weiterbildung wurde von jedem Befugten ein zentrumsbezogener Weiterbildungsplan als Grundlage für die individuelle Weiterbildung gemäß Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern erstellt. Die Weiterbildungsbefugten bilden regional ein Mentorenteam. Neben den regelmäßigen Weiterbildungsgesprächen im Zentrum finden mit den Weiterzubildenden auf Regionalebene Weiterbildungstreffen etwa sechs Mal im Jahr nach dem Rotationsprinzip unter der Leitung eines Weiterbildungsbeauftragten statt. Das Mentorenprogramm bietet einheit-

liche Inhalte, zentrumsübergreifenden Informations- und Erfahrungsaustausch, Kommunikations- und Präsentationstraining sowie Vorbereitungen zur Prüfung. Eine zeitnahe Absolvierung der Prüfung ist arbeitsvertraglich angestrebt, wobei bestandene Prüfungen gemäß Tarifvertrag honoriert werden. Bei nicht zeitnahe Prüfungsabschluss werden Gründe hinterfragt und ggf. weiterführende Hilfen angeboten.

Die Mitglieder und Gäste des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“ bewerten die Konzepte in ihrer Sitzung am 11.02.2010 wie folgt: Dem Credo der MEDITÜV GmbH, dass nur Doppelfachärzte für die arbeitsmedizinische Tätigkeit zu bevorzugen sind, wird mit Nachdruck widersprochen. Der Arbeitsmediziner ist kein „Schmalspurarzt“, er ist genau für diese präventivmedizinische Tätigkeit weitergebildet. Auch der Einwand, dass Arbeitsmediziner zu wenig technische Kenntnisse haben, wird nicht akzeptiert. Die Arbeitsmedizin beruht auf Kenntnissen in der Inneren Medizin als wesentliche Grundlage für die Tätigkeit von Arbeitsmedizinern. Ferner wird in Frage gestellt, dass beim TÜV der Weiterbilder mindestens 25 Prozent der Weiterbildungszeit mit dem Weiterzubildenden zusammenarbeitet. Bedauerlich ist, dass die BAD GmbH nur Weiterbildungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ durchführt. Es müssten vermehrt Fachärzte für Arbeitsmedizin weitergebildet werden.

Ziel muss es sein, dass die Weiterzubildenden von den Weiterbildern intensiver betreut werden und so eine qualitativ hochwertige Weiterbildung gewährleistet wird. Insgesamt ist es unabdingbar, dass qualitativ hochwertige arbeitsmedizinische Leistungen erbracht werden, die angemessen vergütet werden müssen. Arbeitsmedizinische Leistungen dürfen nicht zu Dumpingpreisen angeboten werden. Die Arbeitsverträge müssen fair sein, die Bezahlung der Weiterzubildenden adäquat. Nur so kann eine gute Nachwuchsförderung in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin erfolgen. Die überbetrieblichen Dienste sind aufgerufen ihre Konzepte weiterzuentwickeln, um dem Nachwuchs in der Arbeits- und Betriebsmedizin eine tragfähige berufliche Zukunftsperspektive zu bieten.

3.6.2 Betriebsärztliche Berufsausübung

Seit 2004 sehen die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die rechtlich unmittelbar geltenden Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern die früher noch gegebene Möglichkeit nicht mehr vor, die Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ anstatt über eine reguläre Weiterbildung unter Anleitung eines befugten Arztes auch über eine zweijährige selbstständige betriebsärztliche Tätigkeit in einem geeigneten Betrieb zu erlangen. Für diese Learning-by-Doing-Variante der Weiterbildung war seinerzeit eine arbeitsmedizinische Fachkundebescheinigung nach § 3 Abs. 3 VBG 123 (alt) bzw. § 6 Abs. 2 BGV A2 (neu) erforderlich.

Mit dem erfolgten Entfall dieser Weiterbildungsvariante ist auch das Erfordernis für die Ausstellung dieser Fachkundebescheinigung entfallen, sodass im Rahmen der Neufassung der Unfallverhütungsvorschrift der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) diese Fachkundevariante nicht mehr vorgesehen werden muss. Daher entfällt die arbeitsmedizinische Fachkundebescheinigung nach § 6 Abs. 2 BGV A2 ersatzlos ab dem 01.01.2011 in der dann neu gefassten und zum selben Zeitpunkt in Kraft tretenden DGUV Vorschrift 2.

Bis zum 31.12.2010 werden evtl. noch laufende Learning-by-Doing-Weiterbildungen zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ in den einzelnen Landesärztekammern abgeschlossen sein.

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ durch. Sie bildet die Entwicklung regional nach Ärztekammer-Bereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene ab. Die Angaben beziehen sich dabei auf die nach den §§ 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. In den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern ist diese Qualifizierungsmöglichkeit nicht mehr vorgesehen, und noch laufende Weiterbildungen werden bis zum 31.12.2010 abgeschlossen sein. 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.

Aktuell versorgen 12.266 Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde die Beschäftigten in den Betrieben. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl konstant geblieben (Stand: 31.12.2009). Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztqualifikation „Arbeitsmedizin“ hat sich dagegen um 1,5 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 13 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. 1.534 Ärztinnen und Ärzte sind 60 bis 64 Jahre alt, 4.718 Ärztinnen und Ärzte sind bereits 65 Jahre und älter. Damit sind 51 Prozent aller Betriebsärztinnen und Betriebsärzte 60 Jahre oder älter. Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich tätig, jedoch ist abzusehen, 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 15,8 Prozent verringert – es waren bundesweit nur 31. Die Zahl der 35- bis 39-Jährigen beträgt nur 293 und verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 15,8 Prozent, die der 40- bis 44-Jährigen beträgt 1.021 und nahm gegenüber dem Vorjahr um 8,2 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 sich erst mittelfristig einstellen wird. Die Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde bilden aber dennoch eine große ärztliche Gruppe: Immerhin stehen sie an sechster Stelle der Bundesärztekammer-Statistik (von 36 Fachdisziplinen).

Tabelle 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) (Stand: 31.12.2009)

Landesärztekammern	Gesamtzahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde	Davon:			
		Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“	Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“	Fachkunde § 6 Abs. 2	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
Baden-Württemberg	1.614	645	808	58	103
Bayern	1.997	649	1.112	8	228
Berlin	654	414	203	0	37
Brandenburg	332	215	115	2	0
Bremen	128	79	49	0	0
Hamburg	291	192	93	2	4
Hessen	826	323	358	57	88
Mecklenburg-Vorpommern	233	103	130	0	0
Niedersachsen	913	351	522	5	35
Nordrhein	1.283	650	524	0	109
Rheinland-Pfalz	487	189	256	1	41
Saarland	176	62	88	4	22
Sachsen	1.148	316	822	10	0
Sachsen-Anhalt	447	164	283	0	0
Schleswig-Holstein	383	148	230	4	1
Thüringen	342	178	160	4	0
Westfalen-Lippe	1.012	419	478	1	114
Bundesgebiet insgesamt	12.266	5.097	6.231	156	782

Quelle: Bundesärztekammer

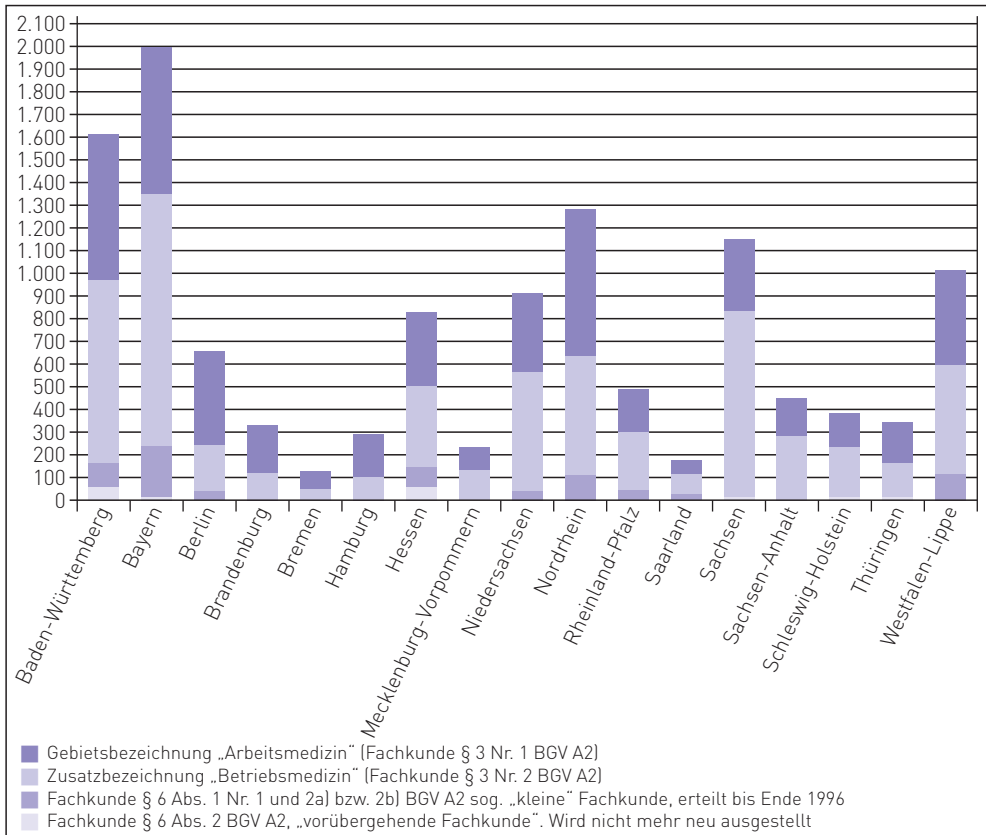


Abbildung 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UvV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) nach Landesärztekammern (Stand: 31.12.2009)

Tabelle 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2009)

Altersgruppen	Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde	Davon:			
		Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“	Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“	Fachkunde § 6 Abs. 2	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
	Gesamtzahl	absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	3	4	5	6
Unter 35 Jahre	31	19	11	1	0
35 bis 39 Jahre	293	202	85	2	4
40 bis 44 Jahre	937	572	332	23	10
45 bis 49 Jahre	1.391	743	617	26	5
50 bis 54 Jahre	1.581	732	814	23	12
55 bis 59 Jahre	1.781	738	961	18	64
60 bis 64 Jahre	1.534	522	830	19	163
65 Jahre und älter	4.718	1.569	2.581	44	524
Summe Altersgruppen	12.266	5.097	6.231	156	782

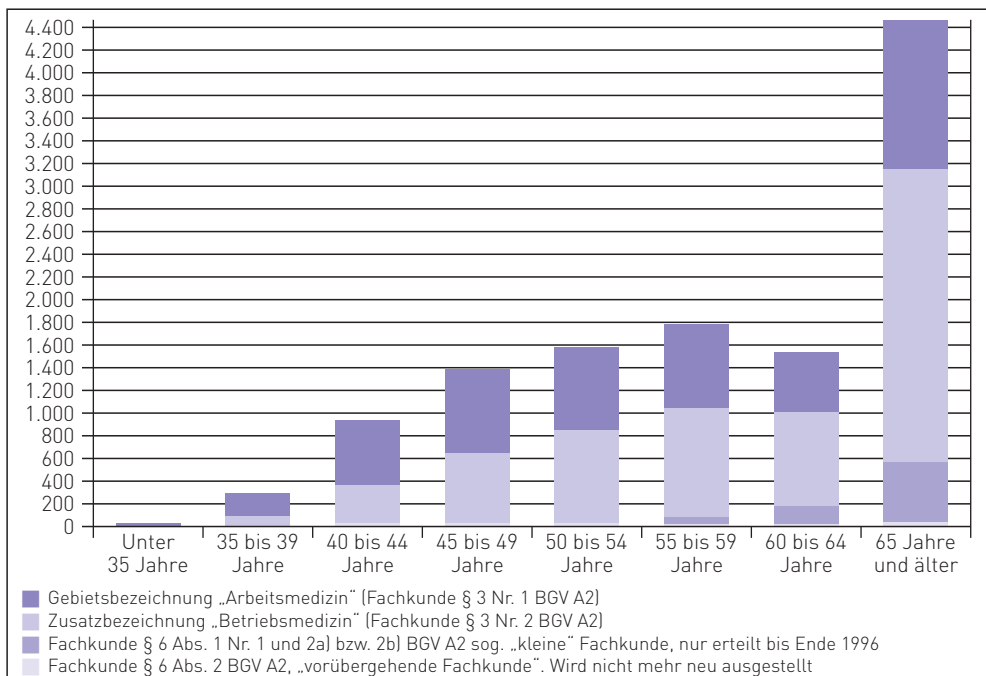


Abbildung 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2009)

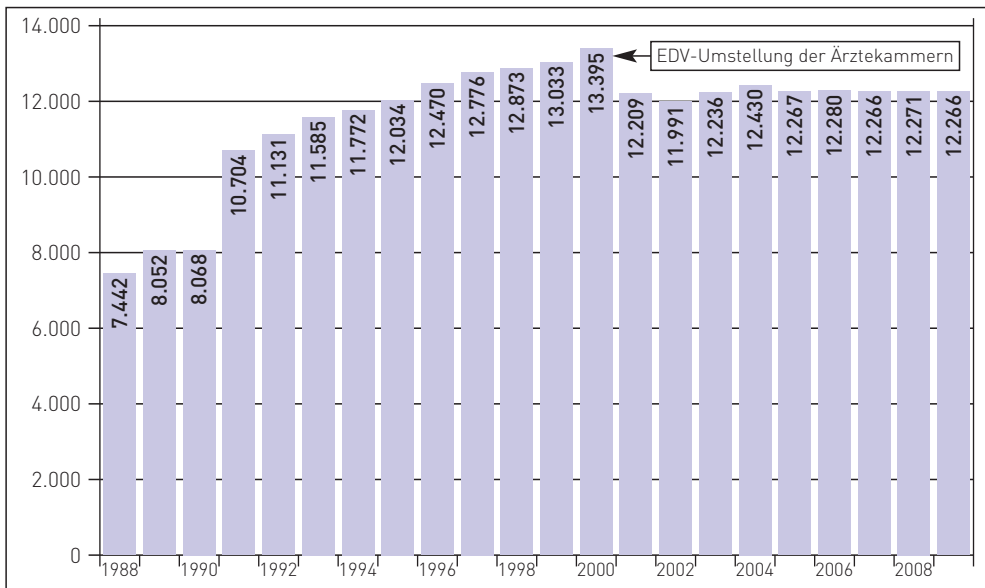


Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) (Stand: 31.12.2009)

Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung (GQB)

Die Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit ist ein wichtiger Bestandteil der Berufsausübung. 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 15.12.2010 hat die Bundesärztekammer die Möglichkeit genutzt, die Aktivitäten der Gesellschaft zu begleiten und aktuelle Themen zu forcieren. Es wurden insbesondere konkrete Anregungen für die Weiterentwicklung des Qualitätssicherungs-Instruments eingebracht.

Gebührenordnung für Betriebsärzte

Ein vollkommen neues Konzept der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird derzeit von der Bundesärztekammer erarbeitet. Hierbei sollen auch Gebührenpositionen 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 den zuständigen Dezernaten der Bundesärztekammer übernommen, bei der Erstellung des Kapitels arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Leistungen mitzuarbeiten.

Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

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 für Wirtschaft und Arbeit, Wolfgang Clement, hatte sich diese Initiative zu Eigen gemacht.

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 entsprechende Rechtsverordnung erarbeitet werden soll. Nach langwierigen Verordnungsgebungsverfahren ist am 24.12.2008 die „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (ArbMedVV) in Kraft getreten. Die Verordnung hat eine Rechtsgrundlage geschaffen, die zukunftsorientiert konzipiert ist. Früher stand der Schutz vor Berufskrankheiten, der Arbeitsschutz mit vorwiegender Betrachtung der Gefährdungsrisiken im Vordergrund, heute sind 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 19.03.2009 konstituiert. Das nunmehrige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) berief Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Län-

derbehörden, der Gesetzlichen Unfallversicherung und Vertreter der arbeitsmedizinischen Wissenschaft in den neuen Ausschuss. Zum Vorsitzenden wählte der Ausschuss Prof. Dr. Stephan Letzel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e. V. Auch die Bundesärztekammer ist in diesem Ausschuss durch Dr. Udo Wolter als Mitglied und Dr. Annegret Schoeller als stellvertretendes Mitglied vertreten.

Im Ausschuss für Arbeitsmedizin ist breiter arbeitsmedizinischer Sachverstand vereint. Die Mitglieder sollen mit dem Ziel des „ganzheitlichen Gesundheitsansatzes“ bzw. des „erweiterten Präventionsauftrages“ 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.

Die bisherigen Regeln der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung/Berufsgenossenschaften gelten weiterhin, bis der Ausschuss für Arbeitsmedizin neue Technische Regeln verabschiedet hat. In den Unterausschüssen, Projektgruppen und Arbeitskreisen werden konkrete Regeln unter Beteiligung der Bundesärztekammer erarbeitet.

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)

Zur Beratung in allen Fragen des Arbeitsschutzes ist nach § 17 Biostoffverordnung (Bio-StoffV) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Jahr 2000 ein Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) gebildet worden, in dem sachverständige Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung und der Wissenschaft angemessen repräsentiert sein sollen. Das BMAS räumt der Bundesärztekammer seit dem Jahr 2003 ein Vorschlagsrecht zur Besetzung eines Mitgliedes des Ausschusses ein. Der Berufungszeitraum beträgt vier Jahre. Im Juni 2008 wurde Dr. Annegret Schoeller auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer als Mitglied bestellt. Diese Mitarbeit ist insbesondere deshalb erforderlich, weil die Beschlüsse des ABAS sich direkt auf Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen auswirken. Die letzte Sitzung fand am 02.12.2010 statt. Im Jahr 2009 wurde erstmals sektorenübergreifend ein gemeinsames Symposium mit der Krankenhaushygienekommission am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Die neue Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitsschutz (BMAS) und Gesundheitsschutz/Hygiene (BMG) wird von der Bundesärztekammer positiv bewertet.

Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

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 2007 offiziell vollzogenen Fusion des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesund-

heitsförderung (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 von Organisationen geleitet, 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 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sind Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, 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 Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte und der Bundesärztekammer. Zwischenzeitlich hat sich die BVPG aus der Geschäftsführung der AG zurückgezogen, und das BMAS übernimmt mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) die Geschäftsführung. Mitglieder der BVPG und des BMG sind weiterhin Mitglieder dieser Arbeitsgruppe.

Nach wie vor gestaltet es sich nicht einfach, in diese Arbeiten den Sachverstand der Arbeitsmedizin als präventivmedizinisches Fach im erforderlichen Umfang einzubringen. Die AG „Betriebliche Gesundheitsförderung“ tagte im Berichtsjahr 2010 am 05.10.2010. Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, dass eine Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit angestrebt wird. Vorgeschaltete Workshops sollten bewirken, dass die Akteure gegenseitig ihre Positionen austauschen und kooperieren können.

Ausblick

Das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin stellt einen Versorgungssektor außerhalb des gesetzlichen Regelungssystems des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) dar. Arbeitsmediziner sind im gesetzlichen Regelungssystem des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) tätig. Vor diesem Hintergrund ist es ein großes Anliegen der Betriebsärzte, im Interesse der Beschäftigten sektorenübergreifend mit Haus- und Fachärzten zu kooperieren. 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 Ländern 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. Auch muss deutlich werden, dass das Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als die Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutzsystem und in der Gesundheitsversorgung einnehmen.

3.7 Öffentlicher Gesundheitsdienst

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 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. 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 öffentlichen Gesundheitsdienst 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 und Präsident der Landesärztekammer Brandenburg. Den stellvertretenden Vorsitz hat Dr. Klaus Walter, bis zum Frühjahr 2010 Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen in der Ärztestatistik der Bundesärztekammer

Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen werden in den Tabellen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer entsprechend angeführt. Da aber in den Gesundheitsämtern nicht nur Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung „Ärztin/Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ tätig sind, und die Anzahl weiterer Fachärzte, die in Gesundheitsämtern tätig sind, auch für weitere Planungen wichtig ist, soll das Referat „Ärztliche Statistik“ ab der Erhebung der Ärztestatistik 2011 in der Tabelle 3 in der Spalte „Behörden, Körperschaften u. a.“ eine Darunter-Spalte „Ärztinnen und Ärzte in unteren Gesundheitsbehörden“ vorsehen.

Perspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Weiterentwicklung seiner Aufgaben

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nur selten wahrgenommen. Die rund 450 deutschen Gesundheitsämter beschäftigen etwa 17.000 Mitarbeiter, davon 2.800 Ärztinnen und Ärzte. Das sind weniger als ein Prozent aller Beschäftigten im Gesundheitswesen – dementsprechend schwach ist ihre Interessenvertretung. Eine Umfrage des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zeigt: Seit Einführung des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVöD) im Jahr 2005, durch den tarifrechtlich zwischen Klinikärzten und Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst unterschieden wird, gibt es in allen Bundesländern erhebliche Schwierigkeiten, Stellen im öffentlichen Gesundheitsdienst mit geeigneten Fachärzten zu besetzen. In den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein sind sogar fast alle Ämter von diesem Umstand betroffen. Dieser Nachwuchsmangel hat verschiedene Gründe. Seit der Einführung des TVöD müssen Ärztinnen und Ärzte, die aus dem Krankenhaus in den ÖGD wechseln, oftmals Einkommensverluste von 1.000 bis 1.500 Euro monatlich hinnehmen. Auch die niedrigere Eingangsvergütung hält viele potenzielle Bewerber davon ab, ihr Tätigkeitsfeld im ÖGD zu suchen. Dabei gewährleisten die Arbeitsbedingungen im ÖGD im Vergleich zu anderen ärztlichen Tätigkeitsfeldern eine hohe Vereinbarkeit von Familie und Beruf und werden damit als durchaus attraktiv angesehen. Die berechtigten Erwartungen an eine fachlich qualifizierte und engagierte Tätigkeit im ÖGD müssen mit den tariflichen Rahmenbedingungen im Einklang stehen. Vor diesem Hintergrund ist die Gleichstellung mit dem Vergütungstarif für Krankenhausärzte dringend notwendig. Nur unter dieser Voraussetzung hat der ÖGD wieder eine Chance bei der Werbung um qualifizierte und leistungsfähige Ärztinnen und Ärzte.

Die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst in Brandenburg und Sachsen sind sehr aktiv in der Kammerarbeit. So forderte der 20. Sächsische Ärztetag 2010 das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz auf, die Arbeitsfähigkeit des ÖGD mit seinen Behörden und den zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen in vollem Umfang zu gewährleisten. Der ÖGD hat historisch gewachsene präventivmedizinische Aufgaben, die in einer modernen Gesellschaft und im Rahmen der Globalisierung ständig zunehmen. Diese Aufgaben sind u. a. Seuchenhygiene, Infektionsepidemiologie, Lebensmittelhygiene, Umweltmedizin, Krankenhaushygiene, Hygiene der Gemeinschaftseinrichtungen, Wasserhygiene, Luft- und Bodenhygiene, Lärmhygiene, Siedlungs- und Bauhygiene, Gesundheitsberichterstattung, Überwachung von gesundheitlichen Gefahren im Blutspendewesen, der Gentechnik usw., Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Biomonitoring) von Planungsvorhaben, Zertifizierungen, Begutachtungen und Impfwesen.

Das Qualitätsniveau der Arbeit des ÖGD kann mittlerweile zunehmend weniger aufrechterhalten werden, da im Rahmen der Sparzwänge der Kommunen massive personelle und finanzielle Einsparungen erfolgen, oft verdeckt als Verwaltungsreform deklariert, die sich auf externe Gutachten privater nichtmedizinisch orientierter Wirtschaftsprüfungsinstitutionen stützen. Ein gleichlautender Antrag wurde auch vom 113. Deutschen Ärztetag 2010 verabschiedet. Diese Anträge sind zu unterstützen.

Die derzeitigen Tarifverhandlungen gestalten sich für den ÖGD sehr schwierig. Die Ärzte im öffentlichen Dienst müssen sich eindeutig positionieren.

Die Bundesärztekammer spricht sich für eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als Voraussetzung dafür aus, die ihm übertragenen Aufgaben wieder mit der gebotenen Mittelausstattung erfüllen zu können. Die Bundesärztekammer plädiert ferner dafür, in den Landesärztekammern flächendeckend Ausschüsse für die Belange des öffentlichen Gesundheitsdienstes einzuführen.

Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der H1N1-Influenzapandemie

Die spezifischen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der Bekämpfung der H1N1-Pandemie im Jahr 2009 wurden deutlich sichtbar. Im Rahmen einer Ärztetagsentschließung appellierte der Deutsche Ärztetag an die Länderbehörden, die personelle und materielle Ausstattung der Gesundheitsämter mit Ärztinnen und Ärzten deutlich auch in Anbetracht der großen Aufgaben bei der Pandemieplanung aufzustocken. Im Rahmen eines Workshops am 22./23.03.2010, der vom Robert Koch-Institut mit der Thematik „Erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010“ veranstaltet wurde, wurde auch die herausragende Aufgabenstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes transparent gemacht.

Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ stellte in seiner Sitzung am 18.11.2010 heraus, dass alle Akteure, die an der Pandemiebekämpfung beteiligt waren, sich fragen müssen, was gut gelungen oder schlecht verlaufen ist, um aus der Pandemie 2009 lernen zu können.

Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung

Die Gesundheitsministerkonferenz – basierend auf ihrem Beschluss in ihrer Sitzung am 25.06.2009 – hat in ihrer Sitzung am 01.07.2010 in Hannover beschlossen, den Bundesgesetzgeber aufzufordern, bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen folgende Aspekte zu berücksichtigen und die Länder in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen frühzeitig einzubeziehen:

„(...)

1. *Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig:*
 - *die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren,*
 - *auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und*
 - *sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen.*
2. *Die Länder werden an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.*
3. *Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.*
4. *Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien*

werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.

5. Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen. Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.
6. Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die Bevollmächtigten bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft, die der Länderaufsicht unterliegt. Eine verbindliche Konfliktregelung zwischen den Bevollmächtigten ist notwendig, um eine Entscheidungsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften zu gewährleisten.
7. Um zukünftig Lösungen ohne Grundgesetzänderungen zu ermöglichen wird ange-regt, in das Grundgesetz eine entsprechende Ermächtigungsklausel in Art. 87 Abs. 2 GG aufzunehmen, der durch folgenden Satz 3 ergänzt werden sollte: „Durch Bundes-gesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, kann geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen auch abweichend von den Sätzen 1 und 2 soziale Versiche-rungsträger zur Verwaltungszuständigkeit der Länder gehören.“

Die Gesundheitsministerkonferenz fasste diesen Beschluss in der Befürchtung, ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört, nicht mehr ausführen zu können. Durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erscheint den Ländern die Wahrnehmung dieser Aufgabe zunehmend erschwert.

Vor dem Hintergrund dieses Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz vom 01.07.2010 haben die Amtschefs der Ländergesundheitsministerien im Rahmen einer Anhörung mit den im Gesundheitswesen beteiligten Verbänden und Organisationen am 22.09.2010 in Hannover erste Vorstellungen für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hin zu einer sektorenübergreifenden, kleinräumigeren Versorgungsplanung erörtert. Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, wies in dieser Anhörung als Vertreter der Bundesärztekammer auf die immer bedrohlicher werdenden Versorgungsengpässe als prioritäres Problem und im Zusammenhang damit auf den zunehmenden Ärztemangel in der Patientenversorgung trotz steigender Arztzahlen hin. Als Ursachen hierfür stellte Prof. Schulze die abnehmende „Arztzeit“ für kurative ärztliche Tätigkeit sowie gestiegene Anforderungen an Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Work-Life-Balance) heraus. Für die Ärztekammern unterstrich Prof. Schulze ferner die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung angesichts der immer prekärer werdenden Versorgungsengpässe in ländlichen, aber auch städtischen Bereichen (soziale Brennpunkte, wirtschaftlich unattraktive Standorte), wobei ausdrücklich eine Einbeziehung auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes als „dritte Säule“ der Gesundheitsversorgung als erforderlich bezeichnet wurde. Verbunden hiermit wurde die ausdrückliche Forderung nach gleichberechtigter, d. h. stimmberechtigter Beteiligung der Ärztekammern in derartigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanungsgremien bzw. Regionalverbänden.

In erster Konkretisierung dieses Beschlusses hat die Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Sondersitzung am 25.10.2010 Detailvorschläge vorgelegt, nach denen die für die Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien künftig durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt werden sollen. Konkret hat die Gesundheitsministerkonferenz vorgeschlagen, eine neue Vorschrift § 90a in das Sozialgesetzbuch V aufzunehmen, in dem dieses neue Gremium (Gemeinsamer Landesausschuss) geregelt wird. Trotz des o. g. eindringlichen Appells der Bundesärztekammer sind die Landesärztekammern nach diesen Vorstellungen der Länder hierin nicht als Mitglied vorgesehen.

Anlässlich dieser Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Maßnahmenpapier zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sowie zur Bildung einer sogenannten Regierungskommission – gleichermaßen als Antwort auf die Vorschläge der Gesundheitsministerkonferenz – vorgelegt. Nach den Vorstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit soll die Regierungskommission, in welcher neben dem Ministerium und den Ländern auch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband sowie der Gemeinsame Bundesausschuss vertreten sein sollen, im Vorfeld des für 2011 geplanten sogenannten Versorgungsgesetzes Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ausarbeiten. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19.11.2010 vorgeschlagen, dass die ärztlichen Spitzenorganisationen Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer einen gemeinsamen Vorschlag zur sektorenübergreifenden kleinräumigen Bedarfsplanung erarbeiten sollen, welcher als Grundlage der gemeinsamen Positionierung in den Anfang 2011 aufzunehmenden Beratungen in der vom Bundesministerium für Gesundheit geplanten Regierungskommission dienen sowie in die politischen Diskussionen zum geplanten Versorgungsgesetz einfließen soll. Flankierend zu den Aktivitäten der Bundesärztekammer sollen auch seitens des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechende Forderungen nach einer Berücksichtigung der sogenannten dritten Säule in die politische Diskussion um das geplante Versorgungsgesetz eingebracht werden.

Öffentlichen Gesundheitsdienst als Querschnittsbereich an den Medizinischen Fakultäten etablieren

Ein Antrag „Öffentlichen Gesundheitsdienst als Querschnittsbereich an den Medizinischen Fakultäten etablieren“ (Drucksache V-83) wurde zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

„Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als Querschnittsbereich an den medizinischen Fakultäten zu etablieren. Der ÖGD ist in Deutschland die historisch gewachsene dritte Säule des Gesundheitswesens, dessen Hauptaufgabe die Prävention von Erkrankungen ist. Er verfügt über die notwendigen Erfahrungen und die erforderliche Vernetzung im gesellschaftlichen Umfeld. Der ständige Arbeitsdruck unter mangelhafter materieller und personeller Ausstattung und die direkte Unterstellung und Abhängigkeit vom jeweiligen politischen Vorgesetzten im Landkreis oder der kreisfreien Stadt führten und führen in praxi zu mangelnder Wissenschaftlichkeit in der Routinearbeit, die allein Garant für höchste Qualität und Effektivität ist. Der ÖGD muss daher als eine wissenschaftliche

medizinische Disziplin an einer Universität etabliert werden und nicht wie eine Verwaltungseinheit eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt unmittelbar den wechselnden sozialmedizinischen Vorstellungen der jeweiligen Gesundheitspolitiker ausgesetzt sein.“

Dieser Entschließungsantrag wurde im Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ und im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und medizinische Fakultäten“ beraten.

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und medizinische Fakultäten“ beschloss in seiner Sitzung am 23.09.2010 einstimmig, dem Vorstand der Bundesärztekammer zu empfehlen, nicht auf Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte hinzuwirken, um den öffentlichen Gesundheitsdienst als zusätzliches Querschnittsfach im Medizinstudium zu etablieren. Die zentralen Ausbildungsinhalte seien bereits an anderen Stellen verankert (z. B. Sozialmedizin, Hygiene). Eingriffe in die bestehende Struktur könnten ungewollt sogar nachteilige Effekte haben, indem sie z. B. von der weiteren Verbreitung von Präventionskonzepten in den klinischen Fächern ablenken.

Diese Empfehlung des Ausschusses „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ wird von dem Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ bedauert. Der öffentliche Gesundheitsdienst muss in jedem Falle in seiner Wissenschaftlichkeit gestärkt werden. Der Studiengang Public Health ist weitestgehend soziologisch ausgerichtet und nicht medizinisch. Das ÖGD-spezifische Wissen muss mehr herausgestellt werden. Ein unabhängiges Institut für den öffentlichen Gesundheitsdienst an den Universitäten muss Standards und Handlungsanleitungen evidenzbasiert entwickeln. Diese Standards sollten bundesweit einheitlich etabliert werden. Auch wenn das Anliegen des Entschließungsantrags vom Ausschuss unterstützt wird, wird zugleich aber auch auf Schwierigkeiten hinsichtlich der Umsetzbarkeit dieses Anliegens hingewiesen. Eine Beratung der divergierenden Empfehlungen dieser beiden Ausschüsse ist in der Sitzung des Vorstandes der Bundesärztekammer am 31.03.2011 vorgesehen.

Ausblick

Ein besonderes Anliegen der Bundesärztekammer ist die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als dritte Säule des Gesundheitswesens. 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

Erste Influenzapandemie dieses Jahrhunderts

National und international besteht die Aufgabe, sich auf eine Influenzapandemie vorzubereiten. Die Bundesärztekammer hat sich in politischen Erklärungen zur Verantwortung der Ärzteschaft bekannt, im Pandemiefall alle Anstrengungen zu unternehmen, um die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung der Patienten so weit wie möglich zu gewährleisten. Eine besondere Herausforderung ist der Umstand, dass die Be-

kämpfung einer Influenzapandemie im Rahmen der Regelversorgung stattfinden soll und damit finanzielle und haftungsrechtliche Fragen für Ärztinnen und Ärzte zu klären sind. Die Bundesregierung musste hierfür 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.

Zur Koordinierung der Influenzapandemie-Vorbereitung der Ärzteschaft, aber auch zur Koordinierung der Bewältigung einer Pandemie, wurde Anfang 2006 eine Arbeitsgruppe „Influenza-Pandemiebeauftragte der Landesärztekammern“ 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.

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. Die gesammelten Erfahrungen müssen eine Grundlage zur Optimierung der zukünftigen Pandemiebekämpfung auf Bundes- wie auch Landesebene bilden.

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

Epidemiologie der H1N1-Influenza-Pandemie 2009

Die erste Pandemie dieses Jahrhunderts war die sogenannte „Schweinegrippe“. Die Influenzapandemie-Warnphase 6 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11.06.2009 international ausgerufen. Die Pandemiewarnstufe 6 bedeutete auch für die Bundesrepublik, dass intensive Maßnahmen von Bund und Ländern sowie gesamtgesellschaftlich zur Eindämmung einer Pandemie gemäß dem nationalen Pandemieplan getroffen werden mussten. Die Initialphase der Präventionsstrategie in Deutschland hatte das Ziel, mittels umfassender Infektionsschutzmaßnahmen möglichst alle Fälle zu erfassen, um eine autochthone Verbreitung zu verzögern. Erst im Juli 2009 kam es in Deutschland dann zu steigenden Fallzahlen, jedoch anders als in anderen europäischen Ländern mit einer zunächst nur geringen Zahl autochthoner Infektionen. Ab dieser Zeit wurden die Infektionsschutzmaßnahmen auf vulnerable Gruppen begrenzt. Nachdem im August 2009 die wöchentlichen registrierten Meldungen zunächst wieder sanken, stiegen die Fallzahlen ab Oktober 2009 zuerst in Süddeutschland erneut an und erreichten Anfang November deutschlandweit einen Höhepunkt mit bis zu 45.000 neu gemeldeten Fällen pro Woche. Auch die im Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) gemessene Influenzaaktivität überschritt im Oktober erstmals den Bereich der Hintergrundaktivität und bestätigte das Bild einer pandemischen Welle mit autochthoner Übertragung und messbarer Krankheitslast auf Bevölkerungsebene.

Mit Beginn dieser Welle wurden die Infektionsschutz- und Surveillancemaßnahmen im Wesentlichen auf die Empfehlungen reduziert, die auch bei saisonaler Influenza Gültigkeit haben. Im Oktober 2009 begann die Influenzakupagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 in Deutschland. Ab Anfang Dezember ging die Aktivität von akuten Atemwegserkrankungen bundesweit stark zurück. Insgesamt wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) bis März 2010 über 220.000 Fälle von pandemischer Influenza (H1N1) 2009 übermittelt. Die wahre Anzahl der Infizierten dürfte jedoch um ein Vielfaches höher gelegen haben. In Deutschland wurden über 250 Todesfälle im Zusammenhang mit einer nachgewiesenen Infektion mit pandemischer Influenza (H1N1) 2009 erfasst. Im Gegensatz zur saisonalen Influenza war die Mortalität bei Säuglingen und den Erwachsenen zwischen 35 und 59 Jahren mit rund vier Todesfällen pro einer Million Einwohner nahezu doppelt so hoch wie in anderen Altersgruppen. Vorläufige Schätzungen des Robert Koch-Institutes gehen davon aus, dass Infektionen mit pandemischer Influenza (H1N1) 2009 in der Herbstwelle 2009 1,8 bis 3,5 Millionen zusätzliche Arztbesuche in Deutschland verursachten, was im mittleren Bereich saisonaler Influenzawellen der vergangenen drei Jahre liegt (0,3 bis 0,5 Millionen).

Aufgrund der Dauer des Infektionsgeschehens und der Intensität der getroffenen Maßnahmen kann der Zeitraum vom Bekanntwerden des neuen Influenzavirus bis zur ersten pandemischen Welle und der zugleich begonnenen Impfkampagne als eine der größten Herausforderungen der vergangenen Jahrzehnte für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bewertet werden.

Die WHO hat am 10.08.2010 die Pandemiewarnstufe 6 auf 5 zurückgestuft. Die Rückstufung durch die WHO würde im Normalfall bedeuten, dass die Pandemieimpfstoffe ihre Zulassung verlieren. Dies ist aber nicht der Fall, da das Committee for Medicinal Products for Human Use und die EU-Kommission im Juli und August 2010 die Indikation erweitert und somit die Anwendung der Pandemieimpfstoffe zugelassen haben. Die Indikation lautet: „Prophylaxe einer Influenza verursacht durch das A-(H1N1)-V-2009-Virus“. Diese Informationen sind auf der Homepage des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI) veröffentlicht worden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eventuelle Impfstoffrestbestände in den Arztpraxen ohne haftungsrechtliche Probleme verimpft werden können, auch wenn sich die Ständige Impfkommission (STIKO) im Epidemiologischen Bulletin vom 09.08.2010 gegen den Einsatz des Pandemieimpfstoffes ausgesprochen hat, da ein H1N1-Impfstoff bereits im saisonalen trivalenten Impfstoff vorgesehen ist.

Diese und weitere Informationen des BMG, des RKI und der STIKO an die Ärzteschaft wurden von der Bundesärztekammer an die Landesärztekammern und damit auch an Ärztinnen und Ärzte vor Ort zeitnah weitergegeben. Zudem hat sich die Bundesärztekammer mit dem Informationssystem des RKI verlinkt, um mit einer einheitlichen Sprache zu sprechen, die der Bevölkerung Sicherheit geben soll. Im Berichtsjahr stand insbesondere der Prozess der Aufarbeitung und Anpassung der Pandemieplanung auf vielen Ebenen im Vordergrund, woraus Konsequenzen für die Zukunft zu ziehen sind.

Evaluation der Bekämpfung der H1N1-Influenzapandemie in Deutschland

Die Influenzapandemie H1N1-V-2009 ist bewältigt. Es war eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, diese Influenzapandemie zu bekämpfen. Es besteht die Notwendigkeit, aus dem Krisenmanagement zu lernen. Deswegen erfolgten im Jahr 2010 auf unterschiedlichsten institutionellen Ebenen Bestandsaufnahmen und Evaluationen zur Influenzapandemie. Die Bestandsaufnahme aus der Ärzteschaft sah wie folgt aus:

Es wurde festgestellt, dass die Entscheidung zur Deeskalation, d. h. zur Reduzierung und Vereinfachung von Maßnahmen, zu spät fiel. So wurde z. B. die bereits am 02.05.2009 eingeführte Meldepflicht für Verdachtsfälle erst am 14.11.2009 aufgehoben. Öffentlicher Gesundheitsdienst und Ärzteschaft hätten für einen Wechsel der Maßnahmen mehr Vorlaufzeit benötigt, und die Strategien hätten über die im Epidemiologischen Bulletin beschriebenen Strategieanpassungen hinaus durch kurze Botschaften an die Öffentlichkeit besser verständlich gemacht werden müssen. Zudem dürfen in einer Influenzapandemie keine neuen Surveillanceinstrumente eingesetzt werden, da sie nicht so schnell etabliert werden und keine verlässlichen Daten liefern können. Sie sind somit nicht effektiv etablierbar.

Der hohe medizinische Standard und die labordiagnostischen Kapazitäten in Deutschland haben vermutlich zur Vermeidung von Todesfällen beigetragen. Es wurde aber deutlich, dass es bei einer etwas länger andauernden Influenzawelle zu Engpässen in der intensivmedizinischen Versorgung, insbesondere bei der Beatmung der Patienten, gekommen wäre. Ferner wurde die Zusammenarbeit des ÖGD mit der niedergelassenen Ärzteschaft als nicht ausreichend tragfähig eingeschätzt. Die Zusammenarbeit des ÖGD mit den Ärztekammern, den Apothekerkammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde als gelungen herausgestellt.

Das Beratungsgremium „Influenzakommission für den Pandemiefall“ des RKI hat während der Pandemiebekämpfung im Rahmen von Telefonkonferenzen gearbeitet und hat das Robert Koch-Institut und Paul-Ehrlich-Institut fachlich unterstützt.

Ein Dilemma liegt darin, dass einerseits die Meinungsführerschaft beim Bund liegt und andererseits die finanzielle und exekutive Verantwortung bei den Bundesländern und Kommunen. Nach wie vor existieren keine Strukturen, die koordinierende Funktionen bundesländerübergreifend möglich machen. Positiv war, dass der Impfstoff sehr zeitnah vorhanden war und grundsätzlich sich jeder impfen lassen konnte. Der Impfstoff erwies sich zudem als sicher, verträglich und in etwa so rasch verfügbar wie in den Szenarien der Pandemieplanung angenommen.

Die Verwendung eines adjuvantierten Impfstoffes, eine rasch erfolgte EU-Zulassung und die Auslieferung in Zehnerdosen führten zu einer Verkürzung der Zeit bis zur Impfstoffauslieferung gegenüber üblichen saisonalen Influenzaimpfstoffen. Die Entscheidung zum Umfang der Impfstoffbestellung musste zu einem Zeitpunkt getroffen werden, als weder die Impfempfehlung beschlossen noch die Anzahl der pro Person erforderlichen Impfdosen endgültig festgelegt, noch die Impfbereitschaft der Bevölkerung verlässlich vorhergesehen werden konnte. Das finanzielle Risiko bezüglich der zu bestellenden Impfstoffmenge konnte entgegen den Erwartungen politischer Entscheidungsträger letztlich weder durch die internationalen Empfehlungen der WHO-Gremien noch durch die wissenschaftlichen Einschätzungen der Bundesbehörden oder durch die Befragung der Bevölkerung verlässlich eingegrenzt werden. Verträge mit Impfstofflieferanten müssen in Zukunft flexibler verhandelt und abgeschlossen werden.

Die Empfehlungen zur Impfung der Bevölkerung wurden aufgrund der klinischen und epidemiologischen Eigenschaften der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 im Rahmen einer risikoorientierten Empfehlung der STIKO festgelegt und nicht, wie ursprünglich im Pandemieplan vorgesehen, als staatlich vorzunehmende Priorisierung nach Altersjahrgängen. Es zeigte sich aber, dass die Geschäftsordnung der STIKO für eine derart komplexe und zugleich kurzfristige Impfempfehlung nicht geschaffen ist. Es lag nicht in der Zuständigkeit der STIKO, Empfehlungen zur Dosierung zu geben oder Zielgruppen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu priorisieren. Diese Aspekte wurden separat vom Robert Koch-Institut und Paul-Ehrlich-Institut bzw. den Landesbehörden ergänzt. Somit stellt sich die Frage, ob die Zuständigkeiten der STIKO und der Pandemiekommission besser an diese Anforderungen angepasst werden sollten.

Die Rechtsverordnung, in der die Krankenkassen zur Übernahme der Impfstoffkosten verpflichtet wurden, wurde zu spät erlassen. Die Verzögerung hat wiederum die Verhandlung zwischen Ländern, Kostenträgern und Ärzten zum Abschluss einer Impfvereinbarung beeinträchtigt. Zudem wurde im Nachhinein deutlich, dass diese Verordnung Details zu regeln versucht hat, die die STIKO-Empfehlung nicht vollständig übernommen hat. Aufgrund der geringfügigen Unterschiede entstand eine Verwirrung bei der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit. Auch war es ungünstig, dass ein Richtwert für die Kostenerstattung gegeben wurde, weil das die Verhandlung der Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen erschwert hatte. Der Sachverhalt wurde zusätzlich verkompliziert, indem die Verhandlungen über die Kostenerstattung nicht bundeseinheitlich, sondern jeweils zwischen den einzelnen Bundesländern und den jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wurden. Dies führte zu unterschiedlichen Abrechnungsregelungen innerhalb Deutschlands und somit zu Unmut in Teilen der Ärzteschaft. Ein zweites Problem war, dass der Pandemieimpfstoff in Besitz der Länder war mit der Folge, dass er nicht im Handel erhältlich war.

Unstrittig ist, dass Eindosenampullen besser zu handhaben sind als die im Herbst 2009 verwendeten Zehnerampullen, insbesondere, wenn nicht in zentralen Impfstellen, sondern über niedergelassene Arztpraxen geimpft wird. Damit wäre dann die Notwendigkeit eines Thiomersal-Zusatzes nicht mehr gegeben. Vor allem die Schwierigkeiten in niedergelassenen Praxen, nicht immer acht bis zehn Impfungen für die Verwendung einer Zehnerampulle organisieren zu können, hat vielfach dazu geführt, dass impfwillige Patienten später oder überhaupt nicht geimpft wurden.

Von Seiten der Länderbehörden war zwar sichergestellt, dass etwaige Schadensersatzansprüche im Rahmen von Impfschäden nicht gegenüber dem impfenden Arzt, sondern gegenüber der beauftragenden staatlichen Institution geltend gemacht werden müssen, allerdings war dieser Sachverhalt bei den impfenden Ärztinnen und Ärzten so gut wie nicht bekannt, sodass gegensätzliche öffentliche Äußerungen diesbezüglich zu Verunsicherungen und Skepsis gegenüber dem Pandemieimpfstoff beitrugen.

Bezüglich der Impfflogistik blieb die jeweilige Rolle der niedergelassenen Ärzte einerseits und des ÖGD andererseits lange unklar. Zuständigkeiten wurden regional sehr unterschiedlich und offenbar nicht überall für beide Seiten befriedigend geregelt. Anders als in der Pandemieplanung vorgesehen, erfolgte eine Indikationsimpfung aufgrund individueller Risikoabwägungen, was für eine Impfung durch Hausärzte sprach und nicht für eine Massenimpfung durch den ÖGD. Die Anwendung und Durchführung einer

Priorisierung der Impfung bestimmter Funktionsträger der Gesellschaft, wie z. B. Beschäftigte in der gesundheitlichen Primärversorgung, Polizei oder Beschäftigte in Entsorgungsfirmen, ist von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kaum einforderbar. Sie gehen nach medizinischen Kriterien vor.

Der hohe Informationsbedarf von Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit erwies sich als eine Herausforderung für alle Ebenen. Eine große Herausforderung war die Vermittlung von Entscheidungen und Unsicherheiten gegenüber der Öffentlichkeit. Ein Problem der Kommunikation war, dass sowohl bei Fachleuten als auch in der Öffentlichkeit der Begriff der Pandemie mit der Vorstellung einer Großschadenslage verknüpft war. Stattdessen entwickelte sich überraschend ein Pandemiegeschehen, das bislang gegenüber der saisonalen Influenza keine deutlich höhere Krankheitslast in der Bevölkerung erkennen ließ.

Der Informationsbedarf war nicht immer proportional zur jeweiligen aktuellen gesundheitlichen Bedrohung. Das Robert Koch-Institut hat diesen Bedarf unter anderem durch umfassende, täglich aktualisierte Lageberichte bedient. Bund, Länder und Kommunen, Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen haben ebenfalls Hotlines eingerichtet und auf ihren Internetseiten Informationen zur Verfügung gestellt.

Ansätze für künftige Verbesserungen

Für ein mögliches Auftreten künftiger Pandemien erscheinen bezüglich der Konzeption, der Strukturen, der Koordination und der Kommunikation für die zukünftige Pandemieplanung die im Folgenden aufgeführten Verbesserungsansätze relevant zu sein und sollen bei künftigen Auswertungen durch die jeweiligen zuständigen Institutionen auf lokaler, Landes- und Bundesebene sowie im internationalen Kontext aufgegriffen werden.

Der Pandemieplan soll deutlicher die lageabhängige statt die phasenabhängige Maßnahmenanpassung berücksichtigen. Es sollten die Vor- und Nachteile von Impfstofflieferungen in Mehrfachdosen sorgsam abgewogen und eine weitere mögliche Staffelung der Lieferkapazitäten geprüft werden. Die Umsetzbarkeit einzelner Infektionsschutzmaßnahmen sollte – insbesondere bezüglich des Arbeitsschutzes in der ambulanten medizinischen Versorgung – kritisch überprüft werden. Die Rolle der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut im Pandemiefall sollte im Hinblick auf Funktion, Mandat und Kapazität neu definiert werden.

Es sollte im Hinblick auf die Geschäftsordnung und Zusammensetzung der Pandemiekommission am Robert Koch-Institut ein Anpassungsbedarf geprüft werden. Zumindest aber sollte die Information über die Rolle und Arbeitsweise derselben verbessert werden. Ferner sollte geprüft werden, wie im Pandemiefall ethische Aspekte besser in die Politikberatung eingebracht werden können, wie z. B. die Zuteilung verknappter medizinischer Ressourcen. Es wäre denkbar, einen „Pandemierat“ einzurichten, der diese Aufgabe übernimmt. Mitglieder sollten Ärzte, Ethiker, Epidemiologen, Theologen, Juristen etc. sein.

Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte stärker in die Lage versetzt werden, Impfkampagnen durchzuführen oder zu koordinieren. Dabei ist aber ein erheblicher Personalbedarf zu decken. Systeme für eine schnelle und zuverlässige Information klinisch tätiger Ärzte sollten etabliert werden. Zur besseren Einschätzung der Krankheitslast sollte eine

Mortalitätssurveillance eingerichtet werden. Ein Sentinel zur Erfassung schwerer Infektionskrankheiten sollte etabliert werden, z. B. ein Krankenhaussentinel. Ein im Pandemiefall handhabbares Monitoring zur Belastung der medizinischen Versorgungsstrukturen und des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte geschaffen werden. Kurzfristig durchführbare Studien zur Messung epidemiologischer Parameter sollten fest eingeplant und mit Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Ärzteschaft umgesetzt werden. Die Ergebnisse sollten zeitnah verfügbar gemacht werden.

Rechtliche Regelungen, wie die Rechtsverordnung zum Impfen und andere Regelungen zur Kostenerstattung, sollten so frühzeitig wie möglich abgeschlossen und für verschiedene Szenarien vorbereitet sein. Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten auch in der aktuellen Lage früher in die Entwicklung und Vermittlung öffentlicher Empfehlungen eingebunden werden. Es sollte geprüft werden, ob koordinierende Funktionen im Falle eines bundesländerübergreifenden Infektionsgeschehens von öffentlicher Bedeutung künftig anders geregelt werden könnte. Gemeinsam beschlossene Strategien sollten zwischen den Bundesländern auch einheitlich umgesetzt werden.

Die Kommunikation sollte ihrer Bedeutung entsprechend einen höheren Stellenwert im Pandemieplan erhalten, langfristig angelegt und angemessen finanziert werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst und die niedergelassenen Ärzte sollten regional und gemeinsam die Erfahrungen besonders in den Bereichen Koordination und Kommunikation aufarbeiten. Ferner ist es wichtig, der Ärzteschaft und dem öffentlichen Gesundheitsdienst besser zu vermitteln, dass Surveillancemaßnahmen auch zur Erstellung und Validierung von Präventionsempfehlungen erforderlich sind. Medizinisches Personal und Pflegepersonal sollten über die reine Informationsübermittlung hinaus in einem sachlichen Meinungsbildungsprozess vom Sinn öffentlicher Impfeempfehlungen überzeugt werden. Entscheidungsprozesse und Sachzwänge der Behörden sollten vorausschauender und transparenter kommuniziert werden.

Landesärztekammern, Berufs- und Fachverbände sollten nicht nur bezüglich behördlicher Empfehlungen ihre Kompetenz einbringen, sondern auch bezüglich der öffentlichen Stellungnahmen ihrer Sprecher wissenschaftliche Maßstäbe sicherstellen. Strategieanpassung sowie Verschärfung wie auch Deeskalation von Maßnahmen sollten den Betroffenen und der Öffentlichkeit verständlicher und vorausschauender angekündigt und erläutert werden. Entscheidungsprozesse zur Impfstoffbestellung und Verfahren zur Impfstoffzulassung sollten transparenter kommuniziert werden. Bereits bestehende Regelungen bezüglich Schadensersatzansprüchen und Entschädigungsleistungen im Falle von Impfschäden sollten besser kommuniziert werden. Moderne Kommunikationsforen sollten zur Früherkennung von Fehlinformationen und zur Verbreitung wichtiger Informationen stärker genutzt werden. Entwickelte Informationsmaterialien, wie Broschüren, Plakate, Anzeigen und Filmspots, sollten frühzeitiger und breiter eingesetzt werden.

Workshop des Robert Koch-Instituts

Ein erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010 erfolgte im Rahmen eines Workshops am 22./23.03.2010 in Berlin, den das Robert Koch-Institut ausgerichtet hat. Dieser Workshop war ein wichtiger Meilenstein bei der Analyse der Pandemieplanung. Von den fast 100 Teilnehmern waren Vertreter des Bundesministeri-

ums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern sowie des Bundesministeriums der Verteidigung vertreten. Ebenso nahmen zahlreiche Vertreter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, des Paul-Ehrlich-Instituts, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, des Friedrich-Löffler-Instituts, der Landes- und Kommunalbehörden, von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie von anderen Berufsgruppen, Verbänden und Institutionen teil, darunter auch Vertreter der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Im Rahmen dieser Tagung wurden sehr viele Erkenntnisse thematisiert und auch eingeordnet. Die Ergebnisse wurden im Mai 2010 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht.

„Krisenkommunikation neue Influenza: Expertengespräch“

Das Deutsche Ärzteblatt veranstaltete im April 2010 mit Journalisten, Wissenschaftlern und ärztlichen Funktionären eine Veranstaltung „Krisenkommunikation neue Influenza: Expertengespräch“. Von Seiten der Bundesärztekammer nahmen Dr. Cornelia Goesmann und Dr. Frank Ulrich Montgomery teil. Es wurde festgestellt, dass die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems beim Umgang mit einer drohenden Pandemie zahlreiche Schwachstellen gezeigt haben.

Insbesondere wurden dort die Kommunikationsprobleme auch unter Ärzten auf vielen Ebenen angesprochen. Die Meinungen und Äußerungen von Wissenschaftlern, Behörden, Politikern und Ärzten haben sich exorbitant widersprochen. Daraus entstand eine sehr schwierige Situation für die Ärzteschaft bei der Betreuung ihrer Patienten. Darüber hinaus wurde betont, dass es sich als nützlich erwiesen hat, auf die Pandemieplanung zurückgreifen zu können, wenngleich in Planungsszenarien sowie in der nationalen Pandemieübung LÜKEX im Jahr 2007 von einem schwerwiegenderen Verlauf ausgegangen wurde. Das Infektionsschutzmanagement wurde insbesondere in den ersten Wochen als positiv und wirksam empfunden. In kürzester Zeit waren öffentlicher Gesundheitsdienst und Ärzteschaft informiert und fachliche Empfehlungen und Informationen abgestimmt. Entsprechend der im Pandemieplan enthaltenen Flexibilität wurde versucht, die Maßnahmen bedarfsorientiert und an die Situation angepasst umzusetzen.

AOLG-Arbeitsgruppe „Influenzapandemieplanung“

Die Einbeziehung der Ärzteschaft in die nationale Influenzapandemieplanung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgte erstmals Mitte 2005. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurden damals 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. Seither ist die Bundesärztekammer ständiger Gast des Gremiums. Das letzte offizielle 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) 2009. Die Bundesärztekammer stellte klar, dass der gesamten Bevölkerung die Impfung angeboten werden muss und die Priorisierung von Risikogruppen Aufgabe von Bund und Ländern ist. Der letzte telefonische Kontakt erfolgte im September 2010.

Influenza-Kommission für den Pandemiefall beim Robert Koch-Institut

In die Influenza-Kommission für den Pandemiefall beim Robert Koch-Institut ist die Bundesärztekammer, namentlich Prof. Dr. Christoph Fuchs, berufen worden. Die konstituierende Sitzung der Influenza-Kommission für den Pandemiefall fand im Robert Koch-Institut Anfang 2007 statt. Die Kommission soll den Krisenstab, bestehend aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums des Inneren, in fachlichen Fragen zur Influenzapandemie in den Phasen 4 bis 6 beraten.

Zwischenzeitlich fand eine gemeinsame Sitzung der Influenza-Kommission für den Pandemiefall und der Expertengruppe „Influenza-Pandemieplanung“ am 26. und 27.08.2010 im Robert Koch-Institut statt. Im Rahmen dieses Zusammenkommens wurden eine Standortbestimmung durchgeführt und zukünftige Aufgaben der Kommission und der Expertengruppe bestimmt. Es wurde festgestellt, dass die Vertraulichkeit während des Beratungsprozesses gewährleistet bleiben muss. Die Mitglieder können sich jedoch öffentlich äußern. Es muss unterschieden werden zwischen Ergebnissen der Beratung und den Beschlüssen und Empfehlungen der Entscheidungsträger, die das politische Mandat haben. Die Aufgabe des RKI und des Expertengremiums ist die eigenständige fachliche Auseinandersetzung mit den Themen der Pandemieplanung als Grundlage der Beratungen der Entscheidungsträger.

Eine hohe Transparenz der Beratungen, z. B. durch Publikationen der fachlichen Grundlagen und Ableitungen, trägt zur Akzeptanz der Bevölkerung für die notwendigen Maßnahmen bei. Der Prozess kann als Dreieck dargestellt werden. Auf der Basis der Beratungen wird eine Entscheidung getroffen; für die Entscheidung muss Akzeptanz durch Kommunikation gefunden werden. Es wird festgestellt, dass das Wissen der Ärzteschaft über die Impfstoffe verbessert werden soll. Zudem müssen die Kommunikationsstrukturen zu den Ärzten verbessert werden. Dies ist Aufgabe aller Institutionen, aber auch der Fachgesellschaften und der Ärztekammern.

3.8.2 Aktivitäten auf europäischer Ebene

Rolle des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)

Das EU-Institut ECDC wurde 2005 mit dem Ziel gegründet, die europäische Abwehr gegen Infektionskrankheiten zu stärken (www.ecdc.europa.eu). Der Sitz des ECDC befindet sich in Stockholm. Nach dem Artikel der Verordnung zur Gründung des ECDC (EG 851/2004) hat es die Aufgabe, akute Bedrohungen für die menschliche Gesundheit durch infektiöse Krankheiten zu identifizieren, zu bewerten und zu kommunizieren. Kernaktivitäten des ECDC sind: Überwachung, wissenschaftliche Beratung, Identifizierung neu auftretender Bedrohungen der Gesundheit, Pandemiebekämpfung, Schulung, Gesundheitskommunikation sowie Bereitstellung technischer Hilfe (Unterstützung der Mitgliedstaaten). Zudem sollen aussagekräftige wissenschaftliche Gutachten über die Risiken von aktuellen und neu auftretenden Infektionskrankheiten erstellt werden. Um diese Aufgabe zu erfüllen, arbeitet das ECDC in Partnerschaft mit nationalen Einrichtungen des Gesundheitsschutzes in Europa zusammen, indem europaweite Krankheits- und Frühwarnsysteme aufgebaut wurden.

Ende Juli 2010 wurde der Bundesärztekammer die Gelegenheit gegeben, das Konsultationspapier „Stakeholder Consultation on Strengthening European Union Preparedness on Pandemic Influenza“ der Initiative „Pandemic Preparedness Plan“ der EU-Kommission in Form eines Fragebogens zu beantworten. Über diese Konsultation sollte in Erfahrung gebracht werden, wie hilfreich die im Jahre 2005 veröffentlichte „Mitteilung über die Bereitschafts- und Reaktionsplanung der EU-Gemeinschaft“ mit Blick auf die Influenzapandemie für die Vorbereitungsphase auf eine solche sowie bei der Bekämpfung der Influenzapandemie A (H1N1) 2009 war. Ziel dieser Mitteilung ist es, nationalstaatliche Pandemiebekämpfungsmaßnahmen auf EU-Ebene zu koordinieren und die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung dieser Maßnahmen zu unterstützen.

Die Bundesärztekammer lehnte auch im Rahmen einer Stellungnahme des CPME das Ausfüllen des Fragebogens ab, da zunächst Grundsätzliches zu klären ist. In diesem Fragebogen „Consultation Paper“ wurden viele Fragen zur Kompetenzerweiterung der EU gestellt, wie die Fragen zur zentralen (EU-)Bevorratung von Impfstoffen, antiviralen Arzneimitteln etc. Solche neuen EU-Aufgaben würden Kompetenzen und Gelder von den Mitgliedstaaten auf die EU-Kommission verlagern. Zudem fehlte im Fragebogen die Möglichkeit zur Manöverkritik in Form von Fragen wie bspw.: Was ist gut verlaufen, was ist nicht gut verlaufen und was ist zu verbessern? In Deutschland hat sich das Robert Koch-Institut als obere Gesundheitsbehörde den oben genannten Fragen im Rahmen eines Experten-Workshops im März 2010 gestellt (siehe oben) und die Ergebnisse in der Fachliteratur veröffentlicht und damit einen wertvollen Beitrag zur Vorbereitung einer verbesserten Pandemiebekämpfungsstrategie geleistet.

Die Bundesärztekammer hat ihre Stellungnahme am 14.08.2010 an den Verantwortlichen der EU-Kommission, Franz Karcher, gesandt. Es wurde in dem Schreiben darauf hingewiesen, dass das ECDC zwar gute Arbeit im Hinblick auf die Bekämpfung der H1N1-Influenzapandemie 2009 durch Vorlage von Studien zur Evidenz geleistet, die Aufgabe des Koordinators und Beraters für die Mitgliedstaaten aber in nicht ausreichendem Maße wahrgenommen hat. Erst wenn diese Expertise des ECDC deutlicher sichtbar wird, kann über eine Kompetenzerweiterung der EU-Kommission und des ECDC nachgedacht werden. Es wurde dargelegt, dass die WHO sich weitestgehend in ihrer Pandemiestufenbeschreibung auf die Ausbreitungsgeschwindigkeit beschränkt und keine Aussagen zur Erkrankungsschwere macht. Aufgrund dessen ist es umso wichtiger, dass das ECDC im Rahmen der bestehenden WHO-Definition der Pandemiestufe 6 länderspezifische Lagebewertungen unter Berücksichtigung der Krankheitsschwere in seine Definition aufnimmt. Ferner sollten die Frühwarn- und Reaktionssysteme für Pandemien des ECDC für diese Aufgabe weiter ausgebaut werden. Dabei sollen bestehende Meldesysteme dahingehend weiterentwickelt werden, dass sie früher aktivierbar sein können. Hierzu wäre es sehr hilfreich, wenn von der ECDC klar definiert wird, was gemeldet werden soll (z. B. Todesfälle alleinig durch das Pandemievirus oder Todesfälle durch das Pandemievirus in Verbindung mit chronischen Erkrankungen). Die Festlegungen der zu meldenden Merkmale und die Vereinheitlichung des Meldeverfahrens für zukünftige Pandemiesituationen sollen von der ECDC als Entwurf den Mitgliedstaaten vorgelegt werden. Das so vereinbarte Meldeverfahren soll von allen Mitgliedstaaten angewandt werden. Das ECDC soll auf Grundlage der oben erwähnten Vorschläge die wichtige Rolle des Koordinators und Beraters (Risikokommunikation) zur Unterstützung der Mitgliedstaaten ausfüllen. Diese Stellungnahme der Bundesärztekammer erfolgte im Konsens mit dem Robert Koch-Institut.

Ausblick

Die H1N1-Influenza-Pandemie von 2009 hat alle mit der Pandemie befassten Institutionen und Personen auf allen Ebenen vor große Herausforderungen gestellt, obwohl sie im Vergleich zu früheren Pandemien nicht sehr schwerwiegend verlief. Die Fachkräfte in der medizinischen Versorgung, im öffentlichen Gesundheitsdienst und in den Bundesbehörden waren durch ihr Engagement in der Lage, gewisse planerische, strukturelle und kommunikative Herausforderungen und Defizite zu kompensieren.

Aber es wurde deutlich, dass diese Kompensationsmechanismen bei einer anders garteten epidemiologischen Lage leicht an ihre Kapazitätsgrenzen geraten können. Es hat sich gezeigt, dass ein wirksamer und verträglicher Pandemieimpfstoff wenige Monate nach dem Auftreten eines neuen Influenzavirus verfügbar sein kann, wengleich zu Beginn mit Knappheit zu rechnen ist. Auch die Organisation der Verteilung des Impfstoffes und die Einbeziehung der Ärzteschaft müssen unter Nutzung bestehender Strukturen vereinfacht werden. Das Geflecht von Zuständigkeiten ist in Deutschland derart komplex, dass die Verhandlungs- und Entscheidungsprozesse in Bezug auf Impfflogistik und Impfkostenerstattung auch für Situationen wie im Herbst 2009 vorbereitet sein müssen.

Allgemein müssen Kenntnis und Verständnis der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit bezüglich der Ziele, des Nutzens und der Risiken von Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen gefördert werden. Kommunikation über getroffene und geplante Entscheidungen und Maßnahmen müssen transparenter und vorausschauender betrieben werden. Die Ärzteschaft muss auch mit einer Sprache sprechen. Wichtig ist, aus dieser Pandemie zu lernen und danach die Maßnahmenplanung auszurichten, um im Rahmen einer nächsten Pandemie das Vertrauen der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und deren Gesundheit wirksam zu sichern.

3.9 Notfall- und Katastrophenmedizin

Die Bundesärztekammer begleitet die Themen Notfall- und Katastrophenmedizin sowie gesundheitlicher Bevölkerungsschutz unter zahlreichen Gesichtspunkten, von denen hier nur eine Auswahl beispielhaft erwähnt werden kann. Der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ berät den Vorstand der Bundesärztekammer in allen entsprechenden Fachfragen.

3.9.1 Reanimationsempfehlungen

Nachdem Mitte Oktober 2010 die neuen Wiederbelebungsleitlinien auf internationaler (International Liaison Committee on Resuscitation, ILCOR) sowie auf europäischer Ebene (European Resuscitation Council (ERC), Guidelines for Resuscitation 2010) veröffentlicht wurden, hat der Deutsche Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung am 10.11.2010, wie in den letzten zwei Jahrzehnten in Deutschland üblich, den Nationalen Reanimationskonsens beschlossen. Die Leitlinien des ERC 2010, Stand 18.10.2010, bilden die Grundlage für die Reanimation in Deutschland (Deutsche Fassung: [166](http://</p></div><div data-bbox=)

www.grc-org.de/leitlinien05/cat_view/6-wissenschaft/1-leitlinien/27-leitlinien-2010, Englische Fassung: <http://www.cprguidelines.eu/2010/>).

Die Bundesärztekammer wird in der Folgezeit zunächst Eckpunkte für die Reanimation 2010 veröffentlichen. Voraussichtlich im Frühjahr 2011 wird die 5. überarbeitete Auflage des Buches „Reanimation – Empfehlungen für die Wiederbelebung“ von der Bundesärztekammer herausgegeben werden. Darin werden neben den europäischen Wiederbelebungsempfehlungen auch aktuelle Studienergebnisse sowie Erfahrungen aus Deutschland berücksichtigt.

3.9.2 Notarztqualifikation

In Zuge der Diskussion über einen „Notarztmangel“ werden bedauerlicherweise immer wieder Forderungen laut, die Notarztqualifikation herabzusetzen. Insbesondere die Weiterbildungszeit der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin wird kritisch betrachtet. Des Weiteren werden Stimmen zur Substitution ärztlicher Aufgaben durch Rettungsfachpersonal laut. Diesen Tendenzen muss strikt begegnet werden. Die Notarztqualifikation muss im Bereich einer Zusatz-Weiterbildung, welche mit Prüfung vor der Landesärztekammer abschließt, verbleiben. Übergangsweise sollte die Fachkunde Rettungsdienst akzeptiert werden. Die Substitution notärztlicher Aufgaben ist abzulehnen. Eine Absenkung der Qualifikation für Notärzte ist im Hinblick auf eine hochwertige Patientenversorgung in der präklinischen Notfallmedizin nicht zu vertreten.

Neben der Diskussion um die Absenkung der Notarztqualifikation wird für andere Einsatzbereiche, den Zentralen Notaufnahmen im Klinikbereich, die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin gefordert. Der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ spricht sich erneut vehement dafür aus, die Interdisziplinarität in der Notfallmedizin zu erhalten. Er prognostiziert, dass ein „reiner“ Facharzt für Notfallmedizin, ohne Anbindung an ein anderes Gebiet in der Medizin, nach einem gewissen Zeitraum der Tätigkeit einen zu engen Blickwinkel, d.h. ausschließlich auf „Notfälle“ entwickelt und die breite interdisziplinäre Sichtweise, auch für „Nicht-Notfälle“, verliert.

Die Forderung nach einem Facharzt für Notfallmedizin wird in der Regel mit der Einrichtung von Zentralen Notaufnahmen verknüpft, die jedoch flächendeckend in Deutschland nur bei einer grundlegenden Änderung der Krankenhausstruktur entstehen könnten.

3.9.3 Leitender Notarzt

Nachdem im letzten Jahr durch den Vorstand der Bundesärztekammer festgestellt wurde, dass die Empfehlungen zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt aus dem Jahr 1988 sowie die Ausführungen der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) von 1999 weiterhin aktuell sind, fand in diesem Jahr ein Erfahrungsaustausch der Kursleiter der Fortbildungsseminare „Leitender Notarzt“ statt, zu dem die Sächsische Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der BAND eingeladen hatte. Die Bundesärztekammer hat diesen Erfahrungsaustausch eng begleitet. Das Ergebnis des Erfahrungsaustausches wurde in einer abschließenden Sitzung am

25.11.2010 erstellt und beinhaltet einen Entwurf für „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Leitender Notarzt“. Dieser Entwurf wird in den Fortbildungsgremien sowie im Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ voraussichtlich Anfang 2011 beraten und ggf. anschließend dem Vorstand zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

3.9.4 Bevölkerungsschutz

Nachdem sich der Begriff Bevölkerungsschutz als Übersetzung der international verwendeten Bezeichnung Civil Protection etabliert hat, fanden im letzten Jahr mehrere Veranstaltungen zum gesundheitlichen, insbesondere medizinischen Bevölkerungsschutz statt. Die Bundesärztekammer hatte bei diesen Veranstaltungen Gelegenheit darzustellen, dass medizinischer Bevölkerungsschutz, bei aller gebotenen Interdisziplinarität, nicht ohne die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten stattfinden kann. Dies insbesondere, da nach derzeitiger Definition das gesamte Gesundheitswesen mit der medizinischen Vorsorge, der Regelversorgung, der Nachsorge, den katastrophenmedizinischen Maßnahmen, Strukturen sowie Einrichtungen und Organisationen, auch im Spezialschutz, gefordert ist. Herausforderungen stellen sich dabei insbesondere bei den Zuständigkeiten sowie an den Schnitt- und Nahtstellen. Dies betrifft die Zusammenarbeit im Alltag, bei der Vorbereitung auf spezielle Einsätze und im Einsatz selbst. Die Vernetzung und Absprachen zur Zusammenarbeit müssen zwingend vor Eintreten einer Krisenlage erfolgen.

Die Bundesärztekammer wird das Thema weiter verfolgen. So steht für das nächste Jahr bereits die Förderung der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung in der Ersten Hilfe als Thema im Deutschen Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung bei der Bundesärztekammer fest.

3.9.5 Konsensus-Konferenz „Psychosoziale Notfallversorgung“

Die Bundesärztekammer beteiligt sich seit 2007 an einem Konsensusprozess zur Erstellung von Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) in der Gefahrenabwehr. Dieser dreijährige Arbeitsprozess konnte im November 2010 abgeschlossen werden (www.bbk.bund.de). Die Bundesärztekammer hatte im Konsensusprozess die Interessen der bereits an den Einsatzstellen vertretenen Notärzte und Leitenden Notärzte sowie die ggf. neu in diesem Einsatzbereich einzubindenden Fachärzte aus den „PPP“-Fächern zu berücksichtigen. Dabei ist es gelungen, Ärztinnen und Ärzte an allen Stellen der psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr, sowohl für die Einsatzkräfte als auch für die Angehörigen, formal vorzusehen. Mit der Empfehlung zur Etablierung bestimmter Strukturen soll erreicht werden, dass mehr Betroffene als bisher Zugang zu den Strukturen der Regelversorgung des Sozial- und Gesundheitsbereiches finden. Dies scheidet derzeit oft an der fehlenden Begleitung der Betroffenen vom Notfallereignis bzw. dem belastenden Einsatzerlebnis in die weiterführenden Strukturen.

3.9.6 Rettungsassistentenausbildung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die im Jahr 2007 begonnene Diskussion um die Novellierung des Rettungsassistentengesetzes auch im Jahr 2010 fortgesetzt. Im letzten Jahr hat die Bundesärztekammer, die eine Novellierung des Rettungsassistentengesetzes seit Jahren für dringend geboten und überfällig hält, das Ergebnis der Expertenrunde zum Thema „Ausbildungsziel, Ausbildungsinhalte, Kompetenzen“ ablehnen müssen, da sich die in den Expertenrunden erzielte Übereinstimmung bezüglich der zukünftigen Kompetenzen von Rettungsassistenten, entgegen mündlicher Zusagen im BMG, nicht im schriftlichen Entwurf wiedergefunden haben. Vielmehr wurde eine regelhafte Substitution ärztlicher Tätigkeiten vorgesehen. Das BMG versicherte in weiteren Expertenrunden mündlich erneut, dass eine regelhafte Substitution ärztlicher Tätigkeiten nicht beabsichtigt sei. Die Bundesärztekammer beteiligte sich deshalb weiter an den Diskussionen um die Ausbildungsstrukturen, insbesondere an der Empfehlung der Expertengruppe zur praktischen Ausbildung an Rettungswachen, Leitstellen und in der Klinik sowie zu Themen des theoretischen und praktischen Unterrichts an der Schule. In der Diskussion konnten ergänzend Empfehlungen für Verwaltungsvorschriften zur Praxisanleitung in den Rettungswachen und der Klinik, sowie zur Besetzung des Prüfungsausschusses und Ausgestaltung, des Bestehens sowie Wiederholens der staatlichen Prüfung gegeben werden. Auch die zeitliche Strukturierung der Ausbildung, die von zwei auf drei Jahre verlängert werden soll, wurde besprochen. Die Beratungen zur Novellierung des Rettungsassistentengesetzes zum Schwerpunkt „Finanzierung der Ausbildung“ werden 2011 in der Expertengruppe fortgesetzt.

3.9.7 Notarztwesen

In der Vergangenheit war die Notarztstätigkeit in der Regel Teil der Dienstaufgabe von Krankenhausärzten. Dies hat sich in den letzten Jahren zunehmend verändert. Die Gründe dafür sind vielfältig. In einigen Bundesländern ist die Sicherstellung des Notarztwesens an die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen worden, die mit einzelnen Notärzten Verträge abschließen. Dadurch werden Fragen des Honorararztwesens aufgeworfen (siehe Kapitel 3.4.X, S. 128 ff.). Auch die Qualitätssicherung der Notarztstätigkeit durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst erfährt dabei einen Wandel. Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst beklagen zunehmend, die nur gelegentlich tätigen Ärztinnen und Ärzte kaum noch einschätzen und beurteilen zu können. Zur Sicherstellung der hochwertigen Patientenversorgung in der präklinischen Notfallmedizin muss dieses Thema weiterhin eng begleitet werden.

3.9.8 Verankerung des Rettungsdienstes und der Notfallmedizin im SGB V

Auch im Berichtsjahr fasste der Deutsche Ärztetag eine EntschlieÙung zur Verankerung des Rettungsdienstes und der Notfallmedizin im SGB V. Der Rettungsdienst soll mit den Anteilen „Notfallrettung“ und „qualifizierter Krankentransport“ als eigenständige Leistung im SGB V als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 anerkannt werden. Die beste-hende Verankerung im Bereich „Fahrtkosten“ (§ 60 SGB V) ist aufgrund der Entwicklung

im Rettungswesen nicht mehr zu vertreten. Die geforderte Veränderung würde das präklinische System klar im Bundesrecht (SGB V) verankern. Voraussichtlich könnten bisher übliche, unnötige Schieds- und Gerichtsverfahren vermieden werden.

Anders als in den Vorjahren haben nun auch die Bundesländer eine Initiative ins Leben gerufen, den Rettungsdienst als eigenständiges Leistungssegment im SGB V zu regeln. Die 83. Gesundheitsministerkonferenz hat Anfang Juli 2010 beschlossen, die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zu bitten, der Entwicklung des Rettungsdienstes zu einem eigenständigen präklinischen Leistungssegment in der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen sowie die Sach- und Rechtslage zu prüfen. Die AOLG hat vorgesehen, Anfang 2011 einen Vorschlag für die Gesundheitsministerkonferenz vorzulegen. Es ist zu erwarten, dass insbesondere die Finanzierung im Rettungswesen Anlass zur Diskussion zwischen Bund und Ländern gibt.

Es bleibt abzuwarten, ob das Thema nachhaltig auf der politischen Ebene diskutiert werden wird.

3.10 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Die Auseinandersetzung mit den existenziellen Phänomenen Sterben, Tod und Trauer ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung chronisch unheilbarer Erkrankungen, des demografischen Wandels sowie sich ändernder gesellschaftlicher Strukturen eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Der Charta-Prozess dient dem Dialog aller relevanten Gruppen, um eine breit angelegte gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den drängenden Fragen der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in unserem Land anzustoßen. Zugleich sollen Perspektiven für die Weiterentwicklung der Palliativversorgung aufgezeigt werden, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Die Initiative wurde im Rahmen des 10. Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Palliativversorgung in Budapest im Frühjahr 2007 ins Leben gerufen. Hierbei wurden folgende Handlungsfelder identifiziert:

- rechtliche und ethische Fragen am Lebensende
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in diesem Bereich Tätigen
- Wissenschaft und Forschung sowie
- internationale Zusammenarbeit

Der Prozess wurde national von der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) initiiert. Auftakt bildete ein Symposium am 3. September 2008, in dem über die Versorgungsrealität schwerstkranker und sterbender Menschen gesprochen und die Grundlagen der Charta erörtert wurden. Die Resonanz war außerordentlich positiv; zahlreiche Organisationen und Institutionen unterschrieben einen „Letter of Intent“, in dem sie die Entwicklung einer Charta als grundlegende Orientierung für die weitere Entwicklung der Palliativversorgung befürworteten.

Die Erarbeitung der Charta erfolgte auf der Basis folgender Organisationsstruktur:

- Steuerungsgruppe – bestehend aus Vertretern der drei Trägerorganisationen zur Steuerung des Gesamtprozesses: DGP, DHPV und Bundesärztekammer
- Runder Tisch – als Diskussions- und Konsensusgremium mit den Repräsentanten wesentlicher gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Gruppen
- Arbeitsgruppen – bestehend aus Experten zur inhaltlichen Ausarbeitung der einzelnen Themenbereiche

An diesem Prozess, der gut zwei Jahre dauerte, haben über 50 gesellschaftlich und gesundheitspolitisch relevante Gruppen aus dem Bereich der Palliativversorgung mitgewirkt. Es war ein Prozess, an dem mehr als 150 Experten in fünf Arbeitsgruppen (entsprechend den Handlungsfeldern) eingebunden und bei dem ein hohes Maß an Kooperation und Abstimmung gefordert waren. Auf der Grundlage der ausführlichen Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurde die Charta entwickelt, am Runden Tisch den beteiligten Institutionen zur Diskussion gestellt und im Konsens verabschiedet.

Am 8. September 2010 wurde die Charta der Öffentlichkeit vorgestellt, verbunden mit dem Wunsch, hiermit eine Orientierung für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung zu geben, in deren Mittelpunkt die Bedürfnisse und Rechte Schwerstkranker und Sterbender stehen. Ziel ist es nun, diese Gedanken in die Öffentlichkeit zu tragen, zu verbreiten und den Dialog über ihre Inhalte und Ziele zu fördern sowie die notwendigen Umsetzungsschritte einzuleiten und in ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.

Der Text der Charta sowie eine Liste der Institutionen, welche erklärt haben, dass sie Ziele und Inhalte der Charta mittragen und für sie eintreten, ist abrufbar unter www.charta-zur-betreuung-sterbender.de.

Kooperationstagung zum Thema „Ambulante Palliativversorgung – Vision und Wirklichkeit“

Um den Dialog über die Palliativversorgung zu verstärken und Perspektiven für eine verbesserte ambulante Versorgung aufzuzeigen, führten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 6. November 2010 gemeinsam eine Tagung durch.

Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber im Jahr 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen und damit einen Gesetzanspruch für unheilbar kranke Menschen auf eine multiprofessionelle Betreuung geschaffen hat, die Versorgung im häuslichen Umfeld jedoch noch weitgehend unbefriedigend ist, sollte im Rahmen dieser Veranstaltung die Sensibilität für die Probleme der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung geweckt und gute Praxismodelle dargestellt werden. In Arbeitsgruppen wurden die Themen „Schnittstellenproblematik“, „Teambildung“, „Qualifikationen“ und „Vertragsgestaltung“ vertiefend diskutiert.

Auch der 114. Deutsche Ärztetag 2011 wird sich mit Aspekten der ambulanten und stationären Palliativversorgung befassen.

