

3. Ärztliche Versorgung

3.1 Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2011

Im Jahre 2007 war neben die drei schon länger existierenden Trends ein vierter getreten: Im ambulanten Bereich stieg die Zahl der angestellten Ärzte 2007 im Vergleich zu 2006 um knapp 15 Prozent auf 10.406. Diese Tendenz hält weiter an. Im Jahr 2011 betrug der Zuwachs 2.067 (+ 12,3 Prozent), womit sich die Gesamtzahl auf 18.843 erhöhte. Damit hat sich deren Zahl seit 1993 (5.397) mehr als verdreifacht. Zu den schon länger existierenden Trends ist festzustellen: Erstens verharret die Abwanderung weiter auf einem hohen Niveau. Im Jahre 2011 haben 3.410 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 2011 27,6 Prozent. Die Zuwanderung betrifft zwar das gesamte Bundesgebiet, ist aber prozentual in den neuen Bundesländern ausgeprägter. So waren im Jahre 2000 erst 5,9 Prozent aller ausländischen Ärzte in Deutschland in den neuen Bundesländern tätig, im Jahre 2011 waren es bereits 16,5 Prozent. Das bedeutete, dass die Nachwuchsgewinnung in Deutschland aus eigener Kraft weiterhin ungenügend ist und Vakanzten nur durch Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte behoben werden können. 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 An-

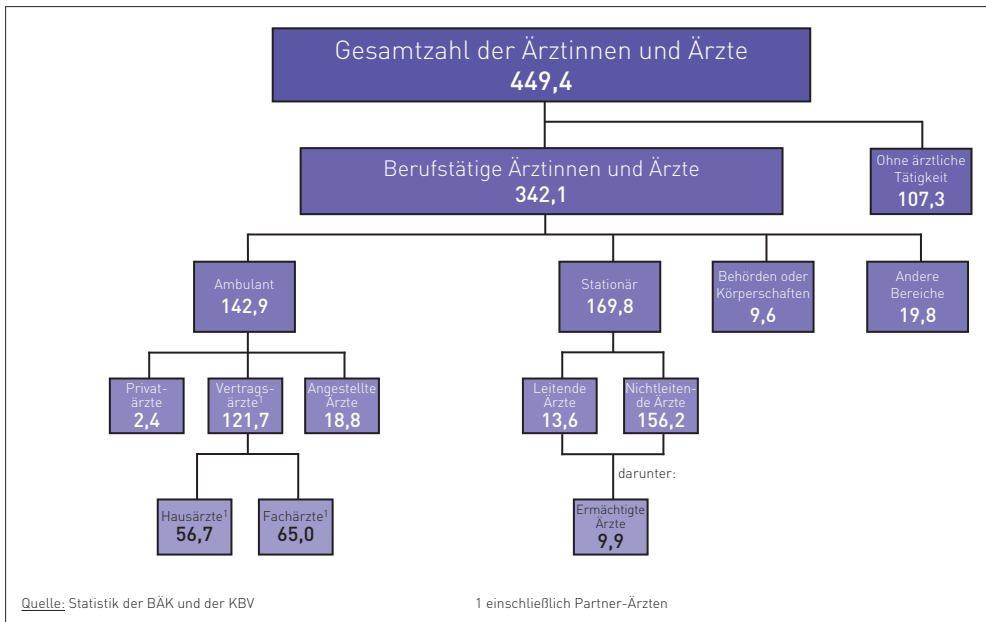


Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2011 [Zahlen in Tausend]

Berufstätige Ärzte:

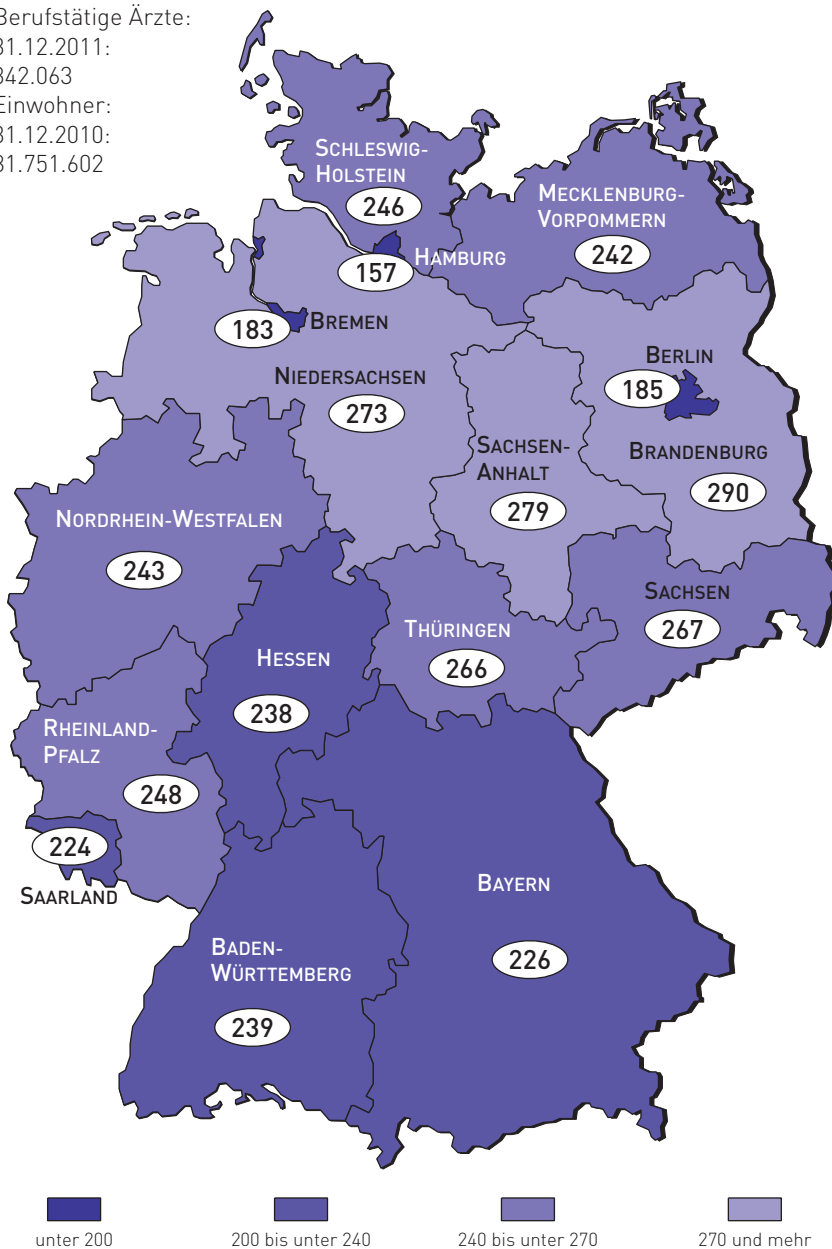
31.12.2011:

342.063

Einwohner:

31.12.2010:

81.751.602



Quelle: Statistik der BÄK, Statistisches Bundesamt

Abbildung 2: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2011 (Einwohner je berufstätigen Arzt)

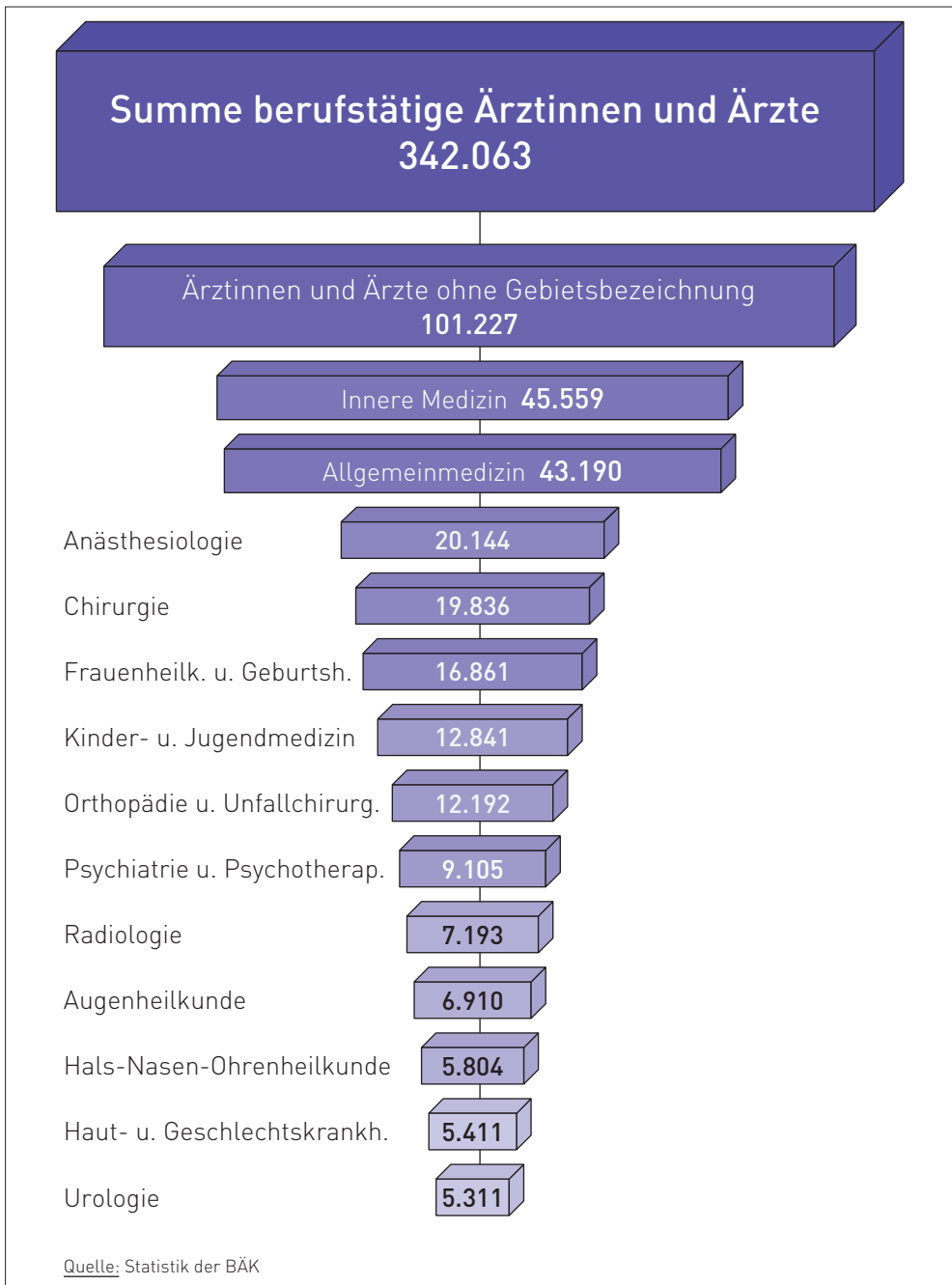


Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2011

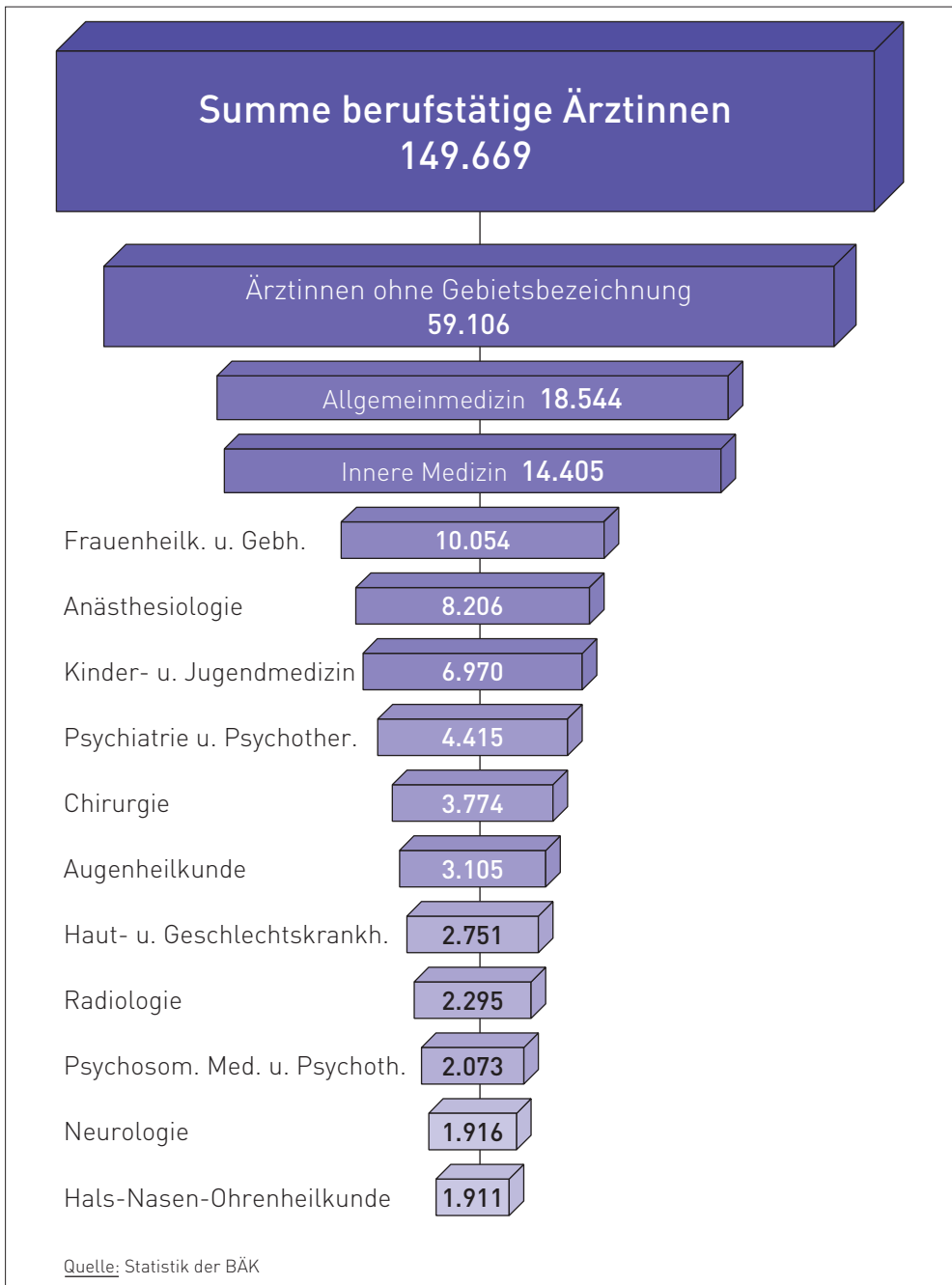


Abbildung 4: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen zum 31.12.2011

teil der Ärztinnen an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern lag im Jahre 2011 bei 56,9 Prozent (Vorjahr: 58,7 Prozent). Nimmt man nur die deutschen Ärztinnen und Ärzte, sind es sogar 60,5 Prozent.

3.1.1 Gesamtzahl der Ärzte

Im Jahre 2011 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 449.409 gestiegen. Dies sind 2,4 Prozent mehr als im Jahre 2010; damit liegt die Zuwachsrate etwas über den Steigerungsraten der vorherigen Jahre. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2011 in der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 44,6 Prozent der Gesamtzahl (2010: 44,1 Prozent) erreicht.

3.1.2 Berufstätige Ärzte

Ohne die 107.346 nicht ärztlich Tätigen waren im Jahre 2011 im Bundesgebiet 342.063 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies waren 8.464 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate betrug damit 2,5 Prozent.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2009 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 43,8 Prozent der Gesamtzahl (2010: 43,0 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 30 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 17,4 Prozent angestiegen. Der Anteil der über 59-Jährigen ist auf 14,3 Prozent angestiegen (Vorjahr: 13,5 Prozent). Dagegen ist der Anteil der 40- bis 49-Jährigen von 31 Prozent auf 29,6 Prozent zurückgegangen.

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

Die größten Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Nervenheilkunde (- 3,3 Prozent), Öffentliches Gesundheitswesen (- 1,8 Prozent) sowie Pharmakologie (- 1,1 Prozent).

3.1.3 Im Krankenhaus tätige Ärzte

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte ist bezogen auf alle ärztlich Tätigen leicht angestiegen auf nun 49,7 Prozent (Vorjahr: 49,1 Prozent). Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg – zum sechsten Mal in Folge – recht deutlich um 3,8 Prozent (absolut: 6.208) auf 169.840. Am deutlichsten nahm die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte in Baden-Württemberg (5,4 Prozent), Niedersachsen (4,4 Pro-

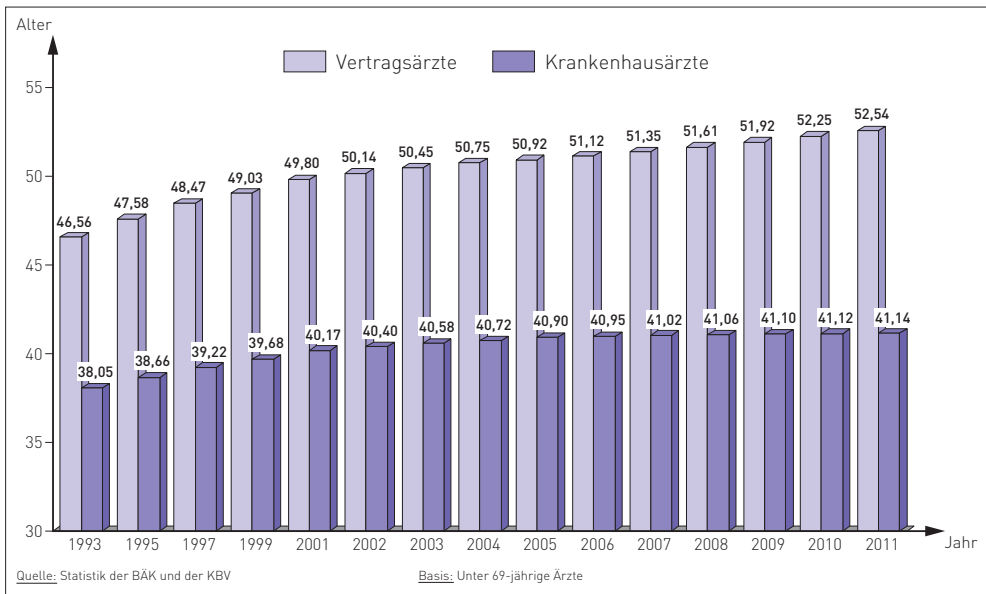


Abbildung 5: Durchschnittsalter der Ärzte

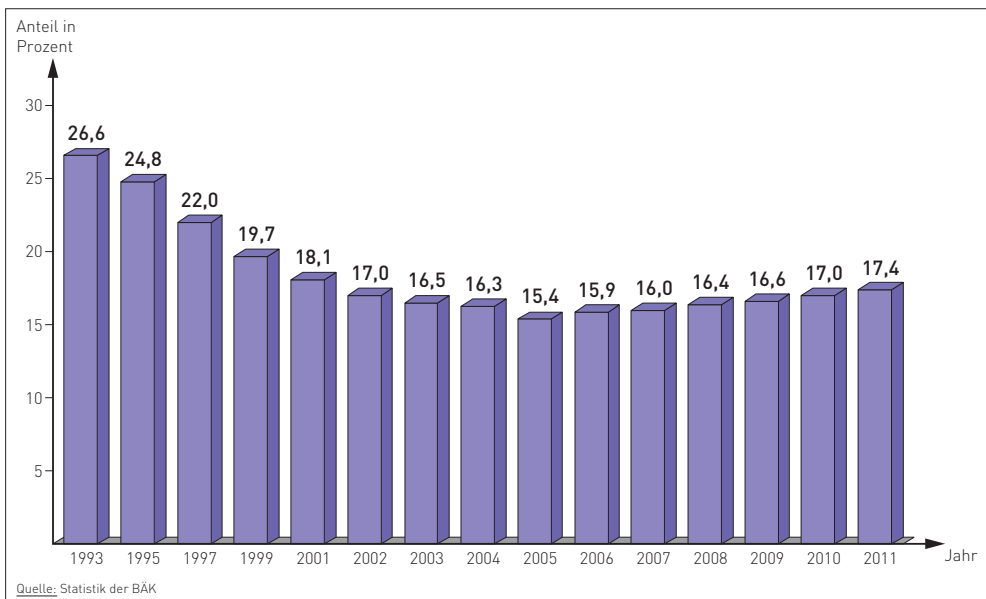


Abbildung 6: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten

zent) und Westfalen-Lippe (4,3 Prozent) zu. Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2011 weiter angestiegen, von 44,5 Prozent im Jahre 2010 auf nun 45,3 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 32,2 Prozent auf 32,5 Prozent angestiegen. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der über 59-Jährigen von 5,0 Prozent auf 5,3 Prozent. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg dadurch nur leicht von 41,12 Jahre im Jahre 2010 auf 41,14 im Jahre 2011.

3.1.4 Ambulant tätige Ärzte

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2011 um 1,0 Prozent angestiegen, was 1.394 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Zum Stichtag sind 142.855 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist um 673 Ärztinnen und Ärzte, auf 124.012 zurückgegangen, dies entspricht – 0,5 Prozent. Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem in den Jahren 2003 bis 2010 bereits deutliche Anstiege zu verzeichnen waren, im Jahre 2011 weiter gestiegen, von 39,8 Prozent auf 40,4 Prozent.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 4,0 Prozent im Jahre 2010 auf 3,6 Prozent. Zugleich ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 23,4 Prozent auf 25,1 Prozent gestiegen.

3.1.5 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 29.368 rund 3 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,6 Prozent und ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen.

3.1.6 Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit – soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind – hat sich 2011, wie die Jahre zuvor, erhöht. Die Steigerungsrate betrug 1,8 Prozent. Dies entspricht 1.855 Ärztinnen und Ärzten.

Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 63,4 Prozent im Ruhestand (Vorjahr: 62,7 Prozent), 2,1 Prozent sind berufsunfähig (Vorjahr: 2,1 Prozent), 0,7 Prozent befinden sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,6 Prozent), 4,7 Prozent sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 4,8 Prozent), 2,4 Prozent sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,4 Prozent), 5,4 Prozent befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,4 Prozent), 6,5 Prozent sind arbeitslos (Vorjahr: 7,0 Prozent) und schließlich geben 14,7 Prozent einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 14,9 Prozent).

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden, vor. Daraus ergibt sich, dass bis September 2011 ein weiterer Rückgang der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte festzustellen ist. Es wurden nur noch 2.420 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet, wobei der Ärztinnenanteil 64,7 Prozent (Vorjahr: 63,3 Prozent) beträgt. Dies entspricht einer Abnahme um 32 Ärztinnen und Ärzte bzw. 1,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem Höhepunkt der Ärztearbeitslosigkeit im Jahre 1997 hat die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte um 6.976 bzw. 74,2 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: 0,7 Prozent); wird als Bezugsgröße die Zahl der abhängig beschäftigten Ärzte genommen, liegt sie bei 1,1 Prozent (Vorjahr: 1,2 Prozent). Diese Zahlen liegen deutlich unter der 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 31,8 Prozent (Vorjahr: 32,2 Prozent), stationär 37,8 Prozent (Vorjahr: 37,3 Prozent), in Behörden/Körperschaften 2,1 Prozent (Vorjahr: 2,2 Prozent), in sonstigen Bereichen 4,4 Prozent (Vorjahr: 4,3 Prozent) und nicht ärztlich tätig 23,9 Prozent (Vorjahr: 24,0 Prozent).

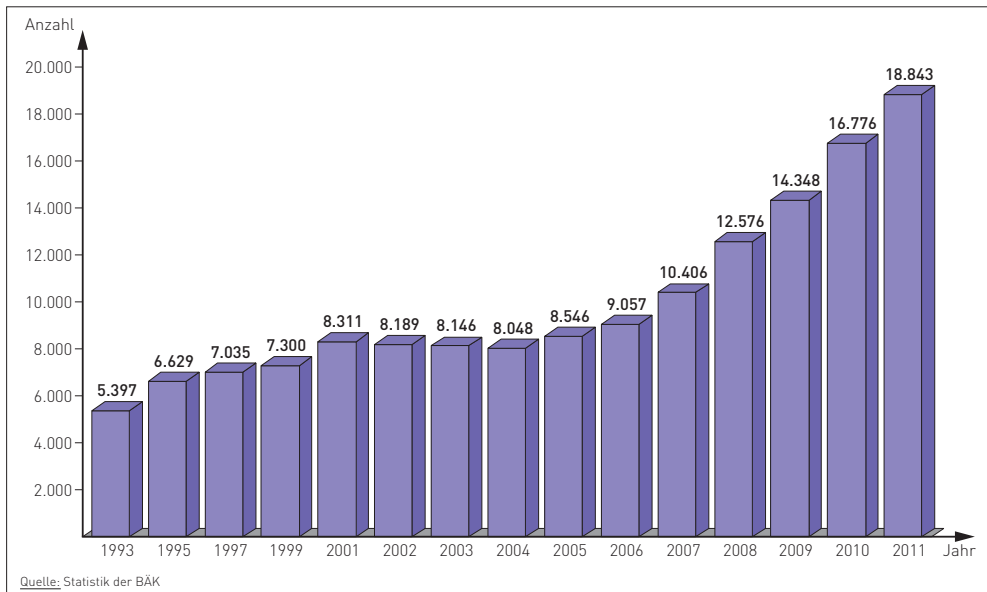


Abbildung 7: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte

3.1.7 Anzahl der erteilten Anerkennungen

Im Jahre 2011 wurden 11.548 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Damit lag die Zahl deutlich über den 10.460 Anerkennungen des Jahres 2010. Die meisten Anerkennungen wurden mit 2.136 im Fach Innere Medizin ausgesprochen, die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Inneren Medizin mit Schwerpunkt umfassen insgesamt nur 664. Die Zahl der Anerkennungen in den Fächern Allgemeinmedizin sowie Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) ist gegenüber dem Vorjahr von 1.085 auf 1.298 gestiegen. Auffällig ist die Entwicklung im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) von 2003 wurde die Orthopädie in das Gebiet Chirurgie integriert und mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie fusioniert. Nachdem die ersten Kammern dies in ihre Weiterbildungsordnungen übernommen hatten, gab es 7 Anerkennungen im Jahr 2004 und 292 im Jahr 2005. Danach stieg die Zahl auf 1.567 im Jahr 2007. 2009 lag sie bei 1.339, um dann auf 820 im Jahr 2011 zu sinken. Dies ist aber immer noch sehr hoch. Vor allem, wenn man bedenkt, dass es 2011 auch noch 109 Anerkennungen im Fach Orthopädie und 95 Schwerpunkt Anerkennungen in Unfallchirurgie gab. Daher dürften die meisten Anerkennungen in Orthopädie und Unfallchirurgie auf Umschreibungen entsprechend den einzelnen Übergangsbestimmungen zurückzuführen sein. Im Jahre 2011 wurden für insgesamt 1.144 Schwerpunktbezeichnungen Anerkennungen ausgesprochen; damit lag die Zahl deutlich niedriger als im Jahre 2010 mit 1.274.

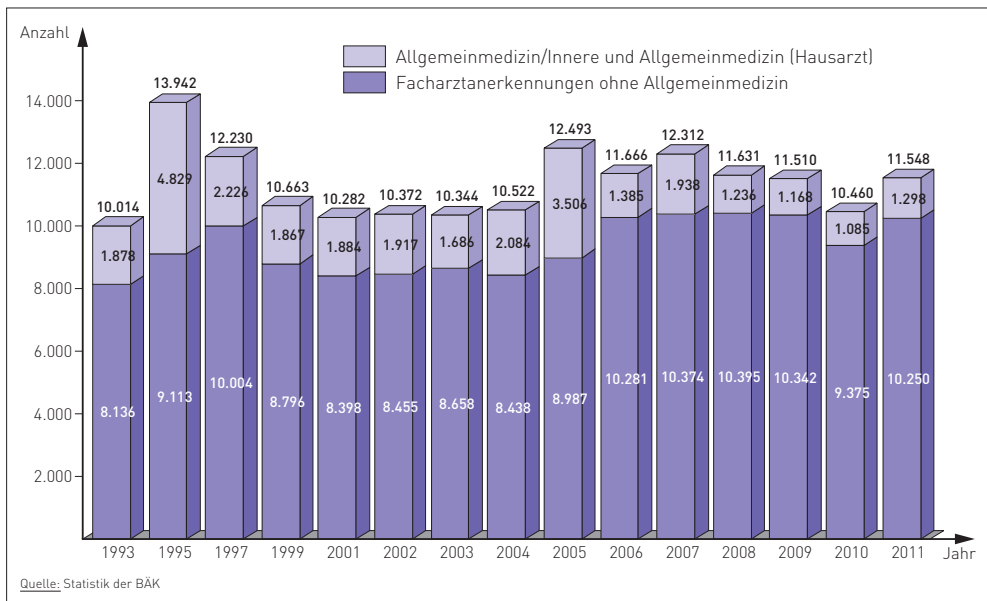


Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen

3.1.8 Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2011 um 3.039, das entspricht 12 Prozent, auf 28.355 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2011 bei 13,6 Prozent (Vorjahr 9,1 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 16,6 Prozent (Vorjahr 12,2 Prozent).

Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 2.383 die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten – insbesondere aus der Europäischen Union mit 2.148. Der größte Zustrom konnte aus Rumänien (+ 610) verbucht werden, es folgen Ungarn (+ 239), Griechenland (+ 208), Österreich (+ 190) und die Tschechische Republik (+ 188). Größere Abwanderungen aus einzelnen Ländern waren im Jahr 2011 nicht zu verzeichnen.

Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Österreich (2.363), Griechenland (2.224) und Rumänien (2.105), gefolgt von Polen (1.636).

Damit kommen 73,5 Prozent aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 17,8 Prozent aus Asien, 4,8 Prozent aus Afrika und 3,0 Prozent aus Amerika.

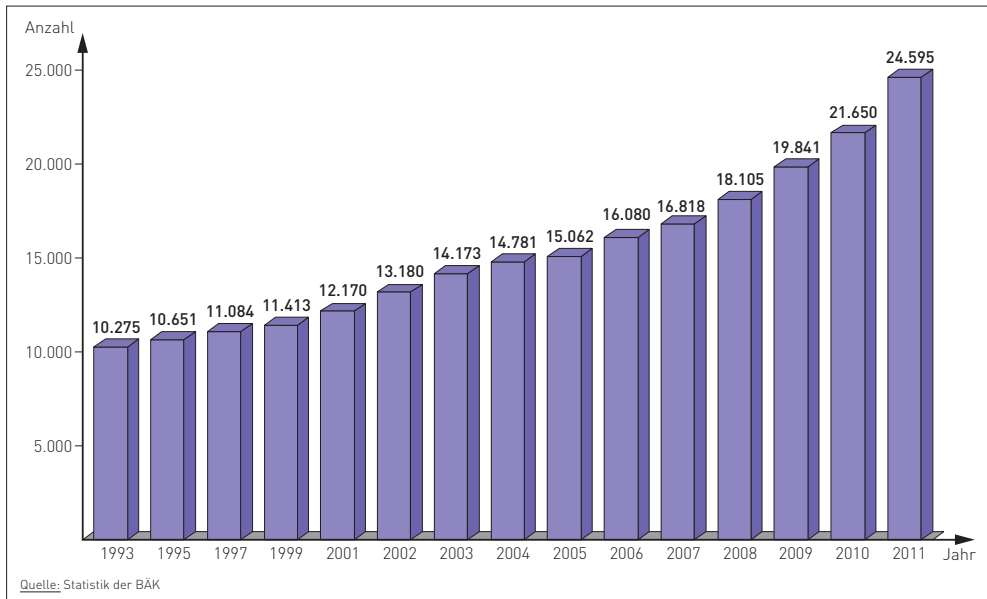


Abbildung 9: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzte

3.1.9 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 2011 insgesamt 3.410 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 68,6 Prozent beträgt. Die Abwanderung hat damit weiter zugenommen und liegt auf dem höchsten Niveau seit Beginn der Erfassung. Die prozentual höchste Abwanderung konnte wieder in Hessen, Bremen und Niedersachsen festgestellt werden. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie in den vergangenen Jahren – die Schweiz (715), Österreich (302), die USA (183) sowie Großbritannien (136).

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 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 geschaffen. Diese gilt es, insbesondere aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung, weiter auszugestalten und auszubauen, teilweise aber auch in Anbetracht 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 als vielmehr auf überwiegend interdisziplinäre, aber sektorenspezifische Versorgungsmodelle ausgerichtet sind.

Hintergrund der Einführung dieser Versorgungsstrukturen 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 Wettbe-

werb 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 Einrichtungen hinzugekommen, die nicht Selbstversorger sind, die aber eine integrierte Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer anbieten (sogenannte Managementgesellschaften). Die Einführung der Managementgesellschaften verfolgt den Zweck, dass den Krankenkassen nicht die Vielfalt der Leistungserbringer gegenübersteht, sondern eine Trägergesellschaft das Angebot gegenüber der Krankenkasse bündeln kann.

Durch das zum 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) haben die gesetzlichen Regelungen zur integrierten bzw. sektorenübergreifenden Versorgung eine weitere Fortentwicklung erfahren. Zu den hier relevanten Einzelregelungen wird auf die Ausführungen im Kapitel 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 von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen eingerichtete Registrierungsstelle bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) 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, der einen Zeitraum von fünf Jahren (2004 bis 2008) umfasst. Da dieser Bericht nur auf Plan- 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 KBV und DKG auf der anderen Seite. Dem Wunsch nach Transparenz – insbesondere hinsichtlich der Zulässigkeit von Kürzungen der Gesamt-

vergütungen 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 Auslaufen der Anschubfinanzierung zum Ende des Jahres 2009 hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 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 Auslaufen 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 Bevölkerung 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.

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. Zur besseren Überwindung der Schnittstellen 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 sektorenspezifischen 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 (GMK) 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, sowie
 - eine 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 mitbeteiligt. 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 zuneh-mend erschwert.

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 sektorenspezifischen Bedarfsplanung sprechen sich die Länder dafür aus, die für die Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien künftig durch ein sektorenübergreifendes Gremium zu ergänzen. Konkret schlägt die Gesund-heitsministerkonferenz vor, eine neue Vorschrift (§ 90a neu) in das Sozialgesetzbuch V aufzunehmen, in dem dieses neue Gremium (Gemeinsamer Landesausschuss) geregelt wird.

Dieser Vorschlag wurde zunächst jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Begründung abgelehnt, dass eine bessere Verzahnung der Versorgung nicht durch Planung, sondern durch Öffnung eines ambulanten spezialärztlichen Be-reichs für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu gleichen Bedingungen erreicht werden soll. Konsequenterweise wurde ein sektorenübergreifendes Planungsgremium auch nicht in dem Mitte Februar 2011 vom BMG vorgelegten Positionspapier zum geplanten Versorgungsgesetz erwähnt. Tatsächlich erfolgte Ende März eine Einigung zwischen Bund und Ländern dahingehend, dass den Ländern im SGB V das Recht eingeräumt werden sollte, ein sektorenübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen. Der gefundene Konsens sah ferner vor, dass die nähere Ausgestaltung und Besetzung den Ländern überlassen bleiben sollte und die Beschlüsse des Gremiums nur Empfehlungs-charakter ohne unmittelbare Bundeswirkung haben sollten. Dieser Kompromiss hat

dann auch Eingang in das zum 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) gefunden.

In einem Schreiben an die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder anlässlich der Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz am 06.04.2011 wurde von Seiten der Bundesärztekammer unter Berücksichtigung der aktuellen Beratungsergebnisse der AG „Sektorenübergreifende Versorgungsplanung“ von Bundesärztekammer und Landesärztekammern am 23.03.2011 nochmals für die Schaffung eines Gemeinsamen Landesgremiums sowie für die stimmberechtigte Einbindung der Landesärztekammern in dieses Gremium geworben. Trotz der eindringlichen Appelle der Bundesärztekammer – u. a. in mehreren Schreiben im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens sowie in den Stellungnahmen zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz – konnte nicht erreicht werden, dass die Landesärztekammern als feste Mitglieder vorgesehen wurden. Von daher kommt es nun darauf an, dass die Landesärztekammern in ihren jeweiligen Ländern eine Aufnahme in den Kreis der Beteiligten erreichen können.

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.

Nach der Wahl des Vorstands der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin beim 114. Deutschen Ärztetag in Kiel wurden Dr. Max Kaplan, München, als Vorsitzender und Dr. Cornelia Goesmann, Hannover, als stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin für die Wahlperiode 2011/2015 in ihren Ämtern bestätigt. Dr. Carl-Heinz Müller, Berlin, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wurde erneut als kooptiertes Mitglied der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin vom Vorstand der Bundesärztekammer berufen. Als Gäste haben Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie der Arbeitsgemeinschaft „Junge Allgemeinmedizin Deutschland“ (JADE) an den Sitzungen teilgenommen.

Im Berichtszeitraum traf sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin zu ihrer achten Sitzung in der Wahlperiode 2007/2011 und zu ihrer ersten Sitzung in der Wahlperiode 2011/2015. Die Sitzungen fanden am 30.03.2011 und am 30.11.2011 in Berlin statt.

Zudem fand am 18.02.2011 eine gemeinsame Sitzung des Vorstands der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin mit dem Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte in dieser Wahlperiode statt. Anlass dieses Treffens war ein an den Vorstand der

Bundesärztekammer überwiesener Änderungsantrag zu der vom 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden verabschiedeten Entschließung „Positionen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung“. Beide Akademievorstände stimmten in der gemeinsamen Sitzung einen Formulierungsvorschlag ab, der vom Vorstand der Bundesärztekammer übernommen wurde. Die Sätze 1 und 2 in Absatz 2 Abschnitt 5 des Positionspapiers zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung lauten nun: „Die Rolle des ersten Ansprechpartners und Koordinators übernimmt unter Beachtung der Patientenentscheidung in der Regel der Hausarzt. Die Übernahme der medizinischen Case-Manager-Funktion ist bei bestimmten Erkrankungen, die eine regelmäßige, engmaschige fachärztliche Versorgung erfordern, grundsätzlich auch für einen Arzt eines weiteren Fachgebietes möglich.“

Wesentliches Arbeitsergebnis der Frühjahrssitzung war die Verabschiedung eines umfangreichen Entschließungsantrags zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Unter der Überschrift „Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“ wurde die Entschließung vom 114. Deutschen Ärztetag beschlossen. Weiterhin hat sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin im Jahr 2011 mit den PatientenLeitlinien des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien, der Situation des hausärztlichen Nachwuchses, dem Quereinstieg in die Allgemeinmedizin sowie mit der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich befasst. Neben den inhaltlichen Schwerpunktthemen diskutierte die Akademie bei ihren Sitzungen aktuelle Fragen der Gesundheits-, Berufs- und Sozialpolitik. Berichterstatte zu diesem Tagesordnungspunkt war jeweils Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident bzw. in der Herbstsitzung Präsident der Bundesärztekammer.

PatientenLeitlinien des NVL-Programms

Bei dem Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien handelt es sich um eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Qualitätsförderung in der Medizin. Nationale VersorgungsLeitlinien werden seit 2003 erarbeitet. Die PatientenLeitlinien stellen eine laienverständliche „Übersetzung“ der Empfehlungen der ärztlichen Leitlinien dar und enthalten umfassende Informationen zu Ursachen, Versorgung und Umgang mit einer Erkrankung. Die PatientenLeitlinien sollen die Grundlage für eine partnerschaftliche Entscheidung darstellen und das Selbstmanagement der Patienten unterstützen. PatientenLeitlinien bestehen zu den Themen Chronische KHK, COPD, Typ-II-Diabetes – Fußkomplikationen, Typ-II-Diabetes – Netzhautkomplikationen, Asthma sowie Unipolare Depression. In Erstellung befinden sich PatientenLeitlinien zu den Themen Herzschwäche, Kreuzschmerz sowie Diabetes und Nierenerkrankungen. Aus den PatientenLeitlinien wiederum werden Kurzinformationen erarbeitet, deren Ziel es ist, in knapper und übersichtlicher Form qualitativ hochwertige Informationen bereitzustellen. Die Unterlagen können von der Homepage des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) heruntergeladen oder dort bestellt werden; sie eignen sich insbesondere auch für die Zurverfügungstellung in hausärztlichen Praxen.

Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses

Gerade aus hausärztlicher Sicht stellt die Sicherstellung des Nachwuchses eine zentrale Herausforderung dar. Aus diesem Grund setzte die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin in der Frühjahrssitzung ihre Beschäftigung mit dieser Thematik fort. Zum einen ließen sich die Akademiemitglieder über die Arbeitsergebnisse des vom Vorstand der Bundesärztekammer zu Beginn des Jahres 2010 eingerichteten Kompetenzteams „Nachwuchsförderung/-gewinnung“ informieren. Aufgabe dieses Kompetenzteams unter der Leitung des Präsidenten der Sächsischen Ärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, war die Bestandsaufnahme von Maßnahmen zur Nachwuchsförderung und Nachwuchsgewinnung für die kurative Tätigkeit (siehe Kapitel 2.1.5). Insgesamt konnten über 80 Einzelprojekte auf Länderebene identifiziert werden. Die Nachwuchsgewinnung für die Allgemeinmedizin erfolgt über Ausbildungsstipendien, Informations- und Serviceangebote, über Weiterbildungsverbände, Rotationsprogramme und Jobbörsen sowie über Koordinierungsstellen, Webportale und Netzwerke. Beispielfhaft wurde auf die Internetportale www.hausarzt-brandenburg.de und www.hausarzt-werden-in-thueringen.de hingewiesen. Die Arbeit des Kompetenzteams hat aufgezeigt, dass von zahlreichen Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesärztekammern und Kommunen Projekte gestartet wurden, bei denen häufig die hausärztliche Versorgung im Focus steht. Unklar ist allerdings die Wirksamkeit der Maßnahmen, da die Projekte zumeist nicht evaluiert werden.

Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

In der Frühjahrssitzung wurde zudem der vom Akademievorstand erarbeitete Entschließungsantrag „Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“, der wesentliche Überlegungen und Forderungen der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zusammenfasst, beraten. Der Entschließungsantrag wurde vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel mit großer Mehrheit angenommen (siehe Beschlussprotokoll des 114. Deutschen Ärztetages unter www.bundesaerztekammer.de).

Aus der angenommenen Entschließung resultiert ein weitergehender Arbeitsauftrag, da der 114. Deutsche Ärztetag alle Zuständigen, insbesondere jedoch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und den Deutschen Hausärzterverband aufgefordert hat, sich in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer bis zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg auf ein zukunftsorientiertes Leitbild zu verständigen, das die Potenziale des Hausarztberufes vermittelt. Zu diesem Zweck sollen Charakteristika, Kompetenzen, Leistungsspektrum sowie Ansprüche an die hausärztliche Versorgung ausgearbeitet werden. Auf Einladung des Vorstands der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin fand am 30.11.2011 ein erstes Gespräch mit Vertretern der DEGAM und des Hausärzterverbandes statt, in dem vereinbart wurde, ein solches Papier gemeinsam bis zum 115. Deutschen Ärztetag zu erarbeiten.

Quereinstieg in die Allgemeinmedizin

Schwerpunktthema der Herbstsitzung war der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Von den Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages war gefordert worden, einen Quereinstieg für Fachärzte anderer Gebiete der Patientenversorgung in die Allgemeinmedizin zu schaffen. Vom Akademievorstand war ein Vorschlag für eine bundesweit einheit-

liche, befristete Umsetzung des Quereinstiegs erarbeitet worden. Dieser Vorschlag war anschließend in den federführenden Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer (siehe Kapitel 2.2) beraten und letztendlich im Oktober 2011 vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen worden.

Die Empfehlungen für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin sehen folgendermaßen aus:

1. Bei Zulassung zur Prüfung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin erhalten Kammerangehörige, die eine Facharztbezeichnung aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung führen dürfen, 18 bis 36 Monate Weiterbildungszeit auf die stationäre Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin angerechnet.
2. Die 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung sind beim Quereinstieg verpflichtend abzuleisten.
3. Voraussetzung für die Zulassung zur Facharztprüfung ist der Nachweis des Erwerbs aller Inhalte der Weiterbildung nach der aktuellen Weiterbildungsordnung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin, d. h. der Nachweis über alle in den Weiterbildungsrichtlinien vorgesehenen Weiterbildungsinhalte (Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten) sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Anzuerkennen sind dabei auch Theoriekurse, welche die Inhalte der Weiterbildung Allgemeinmedizin abdecken.
4. Obligatorisch für Quereinsteiger ist weiterhin die 80-stündige Kurs-Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung.
5. Fakultativ für Quereinsteiger wird ein 80-stündiger „Orientierungskurs Allgemeinmedizin“ empfohlen, der von der zuständigen Landesärztekammer anerkannt sein muss.
6. Die Landesärztekammern (bzw. die Koordinierungsstellen) unterstützen Quereinsteiger dabei, sich möglichst frühzeitig einen erfahrenen Hausarzt/eine erfahrene Hausärztin als Mentor zu suchen.
7. Bei Kammerangehörigen, die ihre Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung (siehe Punkt 2) nachweislich vor dem 31.12.2015 begonnen haben, kann die hier beschriebene Anerkennungspraxis für den Quereinstieg zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin Anwendung finden.
8. Um eine qualifizierte Entscheidung zur Beendigung oder Fortführung des Quereinstiegs treffen zu können, werden die Daten dieser Maßnahme kontinuierlich registriert und die Ergebnisse im Frühjahr 2015 vorgestellt und evaluiert.

Die vom Vorstand beschlossenen Empfehlungen sollen zu einer bundesweit möglichst einheitlichen Umsetzung des Quereinstiegs führen. Zugleich wurde die Maßnahme befristet: Quereinsteiger müssen bis zum 31.12.2015 die Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung begonnen haben. Sofern es nicht zu einer Verlängerung kommt, würden die letzten Quereinsteiger ihre Weiterbildung zum 31.12.2017 (bzw. entsprechend länger bei teilzeitbeschäftigten Weiterzubildenden) beenden. Vorgesehen ist weiterhin eine Evaluierung der Maßnahme, sodass der Vorstand der Bundesärztekammer im Laufe des Jahres 2015 eine qualifizierte Entscheidung über Fortführung oder Beendigung des Quereinstiegs treffen kann. Über die Evaluationsergebnisse wird auch die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin informiert.

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung wurde vom Gesetzgeber 1992 eingeführt, um bundesweit eine ausgewogene haus- und fachärztliche Versorgung zu sichern. Ziel war es ursprünglich, einen Anstieg der Arztzahlen vor allem in überversorgten Gebieten zu verhindern. Inzwischen haben sich die Zeiten geändert: Statt einer „Ärztenschwemme“ droht Deutschland ein Ärztemangel. Vor allem in ländlichen Regionen gibt es bereits heute zu wenige Ärzte. Politische Zielsetzung ist, die Bedarfsplanung zu ändern und stärker am Versorgungsbedarf zu orientieren. In der Herbstsitzung wurden die Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Reform der ärztlichen Bedarfsplanung vorgestellt und beraten.

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 44.343 im Jahre 2011 und damit im Bestand um 16.386 Ärzte gewachsen. Der Anteil dieser Arztgruppe an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte ist hingegen von 52,4 Prozent im Jahre 1975 auf 35,8 Prozent im Jahre 2011 gesunken (siehe Tabelle 1). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen im gleichen Zeitraum von 25.346 auf 79.483, d. h. um 54.137 Ärzte gewachsen und in der Relation von 47,6 Prozent (1975) auf 64,2 Prozent (2011) gestiegen. Die zahlenmäßige Entwicklung beider Arztgruppen ist seit 1975 kontinuierlich gegenläufig.

An der bisherigen Entwicklung mit einer kontinuierlichen Abnahme des Anteils der Allgemein-/Praktischen Ärzte und einem gegenläufigen kontinuierlichen Zuwachs an Spezialisten an der Gesamtzahl aller ambulant tätigen Ärzte hat sich auch im vergangenen Jahr nichts geändert. Vom 31.12.2010 bis zum 31.12.2011 sank die Zahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte erneut geringfügig. Die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen in den alten Bundesländern stieg hingegen um 1.323 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
2011	44.343	35,8	79.483	64,2	123.826	100
11:10 in %	-0,1		+1,7		+1,1	

Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellter 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 31.12.2010 bis zum 31.12.2011 um 98 Ärzte. Ihr Anteil lag 2011 bei 35,8 Prozent aller ambulant tätigen Ärzte in Deutschland. Die Zahl der Spezialisten erhöhte sich von 2010 auf 2011 um 1.492 Ärzte, dies entspricht einem Anteil von 64,2 Prozent.

Von 1990 bis 2011 sank der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte von 43,5 Prozent auf 35,8 Prozent, zugleich stieg der Anteil der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen von 56,5 Prozent auf 64,2 Prozent. Am 31.12.2011 waren 142.855 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
2011	51.167	35,8	91.688	64,2	142.855	100
11:10 in %	-0,2		+1,7		+1,0	

Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellter Ärzte

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 31.12.2011 waren 13.204 Allgemein-/Praktische Ärzte (25,8 Prozent) 60 Jahre und älter sowie 19.267 Ärzte 50 bis 59 Jahre alt (37,7 Prozent) (siehe Tabelle 3). Deutlich geringer ist mit 26,6 Prozent der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen im Vergleich zu 34 Prozent bei den Spezialisten.

Tabelle 3: Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzte zum 31.12.2011 (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	275	1.763	2.038	522	2.560
	in Prozent	0,7	12,9	4,0	0,6	1,8
35 bis 39	Anzahl	1.764	1.267	3.031	4.547	7.578
	in Prozent	4,7	9,2	5,9	5,0	5,3
40 bis 49	Anzahl	10.525	3.102	13.627	31.129	44.756
	in Prozent	28,1	22,6	26,6	34,0	31,3
50 bis 59	Anzahl	14.336	4.931	19.267	35.219	54.486
	in Prozent	38,3	36,0	37,7	38,3	38,2
über 60	Anzahl	10.565	2.639	13.204	20.271	33.475
	in Prozent	28,2	19,3	25,8	22,1	23,4
Summe Ärzte	Anzahl	37.465	13.702	51.167	91.688	142.855
	in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik der BÄK

Ein noch deutlicheres Bild zeigt Tabelle 4, die im Unterschied zur Tabelle 3 die Ärzte in Weiterbildung nicht enthält. Da Ärzte ohne Gebietsbezeichnung als Praktische Ärzte gezählt werden, sind die Ärzte in Weiterbildung in Tabelle 3 bei den Praktischen Ärzten mit enthalten und „verjüngen“ diese.

Tabelle 4: Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte zum 31.12.2011 (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	146	64	210	179	389
	in Prozent	0,4	0,7	0,5	0,2	0,3
35 bis 39	Anzahl	1.247	120	1.367	2.712	4.079
	in Prozent	3,6	1,4	3,2	3,4	3,3
40 bis 49	Anzahl	9.172	1.700	10.872	26.378	37.250
	in Prozent	26,6	19,8	25,2	32,6	30,0
50 bis 59	Anzahl	13.832	4.246	18.078	33.143	51.221
	in Prozent	40,1	49,7	42,0	40,9	41,3
über 60	Anzahl	10.102	2.435	12.537	18.536	31.073
	in Prozent	29,3	28,4	29,1	22,9	25,1
Summe Ärzte	Anzahl	34.499	8.565	43.064	80.948	124.012
	in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik der BÄK

Fasst man die Ärzte in zwei Altersgruppen zusammen, so zeigt sich, dass in der Allgemeinmedizin 12.239 Ärzten in der ersten Altersgruppe (35 bis 49 Jahre) 30.615 Ärzten in der zweiten Altersgruppe (50 bis über 60 Jahre) gegenüber stehen. Diese Gegenüberstellung zeigt deutlich die Problematik des fehlenden hausärztlichen Nachwuchses auf.

3.3.3 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 Förderbeiträge sieht das neue Förderprogramm unter anderem die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene vor. Beteiligte an der Koordinierungsstelle sind laut Vereinbarung die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung sowie die Landeskrankenhausgesellschaft. Die Landesärztekammer soll als Beteiligte einbezogen werden. Da sich die Verhandlungen auf Landesebene schwieriger und zeitaufwändiger als erwartet gestalteten, konnten nur in wenigen Bundesländern bis Ende 2010 Koordinierungsstellen eingerichtet werden. Im Jahr 2011 haben sich nun in fast allen Regionen Koordinierungsstellen gebildet.

Zugleich konnte 2011 der erste Evaluationsbericht über den Berichtszeitpunkt 2010 erstellt und von der Lenkungsgruppe am 19.12.2011 verabschiedet werden. Die in der Vereinbarung vorgesehene Veröffentlichung des Evaluationsberichtes steht noch aus. Aufgrund der mit der neuen Vereinbarung geänderten Rahmenbedingungen erfolgt in dem

Evaluationsbericht kein Vergleich zu den Vorjahren. Es zeigt sich allerdings, dass der im ambulanten Bereich von 2008 auf 2009 stark rückläufige Trend an Weiterbildungsstellen 2010 immerhin abgebremst werden konnte. Im stationären Bereich ist ein leichter Anstieg der geförderten Stellen erkennbar. Mit 660 teilnehmenden Krankenhäusern hat jedes dritte Krankenhaus in Deutschland Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Förderprogramms weitergebildet.

Weiterhin wurden von der Lenkungsgruppe am 19.12.2011 Mindestinhalte und Auswertungsregularien des standardisierten Fragebogens gemäß § 5 Abs. 6 der Vereinbarung verabschiedet. Die Weiterzubildenden sollen mit Hilfe dieses Fragebogens die Qualität der Weiterbildung zu zwei Zeitpunkten im Verlauf ihrer Weiterbildung bewerten. Befragungskonzept und Fragebögen waren von einer Arbeitsgruppe unter Federführung der Bundesärztekammer, beginnend im Jahr 2010, erarbeitet worden. Das nun verabschiedete Befragungskonzept sieht vor, dass Erhebung und Auswertung der Befragung gemäß § 5 Abs. 6 im Auftrag der Vertragspartner auf Bundesebene unmittelbar durch die Landesärztekammern oder durch die Koordinierungsstellen unter Hinzuziehung der jeweiligen Landesärztekammer erfolgen.

3.3.4 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 fand die achte Sitzung der Deutschen Akademie der Gebietsärzte in der Wahlperiode 2007/2011 sowie die konstituierende Sitzung in der Wahlperiode 2011/2015 statt. Alte und neue Vorsitzende ist Dr. Martina Wenker, Hannover. Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Akademie der Gebietsärzte war in der Wahlperiode 2007/2011 Dr. Franz-Josef Bartmann, Bad Segeberg. Für die neue Wahlperiode wurde vom Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte Dr. Klaus Ottmann, Ochsenfurt, zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Die Sitzungen fanden am 19.02.2011 und am 22.10.2011 statt.

Dr. Andreas Köhler, Berlin, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zuständig für das fachärztliche Ressort, wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer als kooptiertes Mitglied in die Deutsche Akademie der Gebietsärzte berufen. Als Gäste nehmen der Vorsitzende der Potsdamer Runde, Dr. Thomas Scharmann, München, und der Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, Dr. Siegfried Götte, Berlin, an den Sitzungen teil.

Neben der Erörterung aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Themen standen insbesondere die Entwicklung der Berufshaftpflichtprämien, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Mittelpunkt der Beratungen.

Entwicklung der Berufshaftpflichtprämien

Die Befassung mit dieser Thematik in beiden Sitzungen im Jahr 2011 geht auf zwei Anträge (Drucksachen V-42 und V-52) zurück, die beim 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden gestellt wurden (siehe Beschlussprotokoll des 113. Deutschen Ärztetages unter www.bundesaerztekammer.de). In beiden Anträgen waren die gestiegenen Prämien für die ärztliche Berufshaftpflicht problematisiert worden.

In der Frühjahrssitzung stellten Vertreter des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) die Entwicklung der Schadenshöhe bei Personenschäden im Heilwesen vor. Zu dieser Thematik war 2009 vom GDV ein Projekt durchgeführt worden, in dem sowohl das allgemeine Abwicklungsverhalten von Personenschäden als auch die Entwicklung der durchschnittlichen Schadenshöhen über die Zeit sowie die zugrundeliegenden Kostentreiber untersucht worden waren. Zu den Stichtagen 31.12.2003 und 31.12.2008 wurden die Schadenshöhen in fünf Schadenskategorien (Schmerzensgeld, vermehrte Bedürfnisse [insbesondere Pflegekosten], Erwerbsschaden [inklusive Unterhalt], Heilbehandlungskosten, Sonstiges) der hundert größten Großschäden der beteiligten Versicherungsunternehmen miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass der mittlere Aufwand von 2003 bis 2008 um fast 6 Prozent pro Jahr von 1,33 Mio. Euro auf 1,76 Mio. Euro anstieg. Den größten Anteil am Schadensaufwand hat die Kategorie „vermehrte Bedürfnisse“, die Steigerungsrate betrug 9 Prozent pro Jahr. Noch höher war die Steigerungsrate der Erwerbsschadenkomponente, die in den fünf Jahren jährlich um 11 Prozent anstieg. Die Projektergebnisse können ausführlicher in der Zeitschrift „Versicherungswirtschaft“ (Heft Nr. 6/2010) nachgelesen werden.

Im Anschluss daran stellten Vertreter von Versicherungsunternehmen Einflussfaktoren auf die Tarifikalkulation in der Arzthaftpflichtversicherung vor. Dabei ist die Prämienhöhe insbesondere von dem erwarteten Schadensaufwand abhängig. Zentrale Herausforderungen bei der Tarifikalkulation sind für die Versicherungsunternehmen die langen Zeiträume zwischen Schadeneintritt und -meldung (Schäden können noch 30 Jahre nach Legung der Ursache gemeldet werden) und die lange Regulierungsdauer. Zudem ist zum Zeitpunkt der einzelnen Schadenmeldung in der Regel noch nicht viel über die tatsächlichen Umstände bekannt. Insbesondere die Haftungsprüfung für einen behaupteten Schaden und die Feststellung des tatsächlichen Schadens benötigen ihre Zeit. Trotzdem müssen die Versicherungsunternehmen bereits zu diesem Zeitpunkt nach kaufmännischen und gesetzlichen Vorgaben eine Reserve bilden.

Während in der Frühjahrssitzung die Analyse des Problems der steigenden Berufshaftpflichtprämien im Mittelpunkt stand, wurden in der Herbstsitzung Lösungsoptionen vorgestellt und diskutiert. Zunächst referierte Dr. Klaus Ottmann über einen verschuldensunabhängigen Hilfsfonds für Patienten, der eine ergänzende Regelung zu den bestehenden Regelungen darstellen könnte. Gerade bei schweren, schicksalhaften Verläufen könnte dieser Fonds eine Möglichkeit bieten, zeitnah und unbürokratisch zu helfen. Das Ziel eines solchen Hilfsfonds wäre die finanzielle Soforthilfe zur Erleichterung der Lebensumstände betroffener Patienten und ihrer Familien. Grundsätzlich findet die Idee eines verschuldensunabhängigen Hilfsfonds für Patienten eine positive Aufnahme in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, deutlich wird aber auch, dass ein solcher Hilfsfonds das Problem steigender Berufshaftpflichtprämien nicht wird lösen können.

Weiterhin werden die Ergebnisse der von der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern eingerichteten Arbeitsgruppe „Berufshaftpflichtversicherung“ am 22.10.2011 beraten (siehe Kapitel 4.2.3). Als Ursachen für die Erhöhung der Prämien wurden von der Arbeitsgruppe die gestiegene Klagebereitschaft der Patienten, die stark gestiegenen Schadenssummen und eine geänderte Geschäftspolitik der Versicherungen herausgearbeitet. Kontrovers beraten werden in der Akademie die Chancen und Risiken, insbesondere auch die Umsetzungsmöglichkeiten der von der Arbeitsgruppe zusammengestellten Lösungsansätze. Zu den Vorschlägen gehören u. a. die Einführung einer Haftungshöchstgrenze bei Schadensfällen, die regelmäßige Einpreisung der (steigenden) Prämien in den EBM und die GOÄ, die Schaffung einer Poollösung für Großschadensfälle, ggf. mit Staatsbeteiligung, die Solidarität mit den besonders betroffenen Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe durch Festlegung einer einheitlich hohen Haftpflichtprämie über alle Fachgebiete hinweg oder zumindest durch einen anderen Zuschnitt der versicherten Arztgruppen (Zellenbildung) und den Aufbau niederschwelliger Lösungen für „kleinere“ Fälle.

Der Problemaufriss zum Thema „Haftpflichtversicherung und Prämiengestaltung“ der Arbeitsgruppe „Berufshaftpflichtversicherung“ dient der Vorbereitung einer strukturierter Diskussion im Vorstand der Bundesärztekammer, das Meinungsbild der Deutschen Akademie der Gebietsärzte wird hierbei Berücksichtigung finden. Für das Jahr 2012 ist eine Fortsetzung der Beschäftigung mit dieser Thematik vorgesehen.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

In der Frühjahrssitzung befasste sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte weiterhin mit der Versorgungssituation Demenzzkranker in Deutschland. Exemplarisch wurden an diesem Krankheitsbild die Möglichkeiten und Schwächen der bestehenden Bedarfsplanung aufgearbeitet. Dabei wurden Demenzerkrankungen gerade angesichts ihrer aufgrund des demografischen Wandels wachsenden Bedeutung ausgewählt. Als Ergebnis wurde von Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte und Mitglied der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, festgehalten, dass die Versorgung von Demenzzkranken in Zukunft eine enge Verzahnung der vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen, insbesondere eine Vernetzung des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungssektors, erfordert. Notwendig sind abgestimmte regionale Behandlungspfade, die auch die Leistungsangebote der stationären Anbieter mit einbeziehen. Strukturelle Voraussetzungen für eine gute und qualitätsgesicherte Versorgung an Demenz erkrankter Menschen stellt die sektorenübergreifende Bedarfsplanung dar. Ebenfalls vorgestellt werden in dieser Sitzung die Möglichkeiten eines von der Kasenärztlichen Bundesvereinigung neu geschaffenen Instrumentes, dem elektronischen Gesundheitsinformationssystem (eGIS).

Die Überlegungen der Deutschen Akademie der Gebietsärzte zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung haben Eingang in die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz gefunden (siehe Kapitel 1.2.2, S. 18 ff.).

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V hat sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte bereits in mehreren Sitzungen beschäftigt. In der Herbstsitzung 2011 ging es um den neuen Ansatz der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Da allerdings zu dem Zeitpunkt der Sitzung bereits absehbar war, dass die ursprünglich vorgesehene Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vom Gesetzgeber nochmals revidiert wird, die endgültige Fassung aber noch nicht feststand, verzichteten die Akademiemitglieder auf eine abschließende Würdigung der Neuregelung.

3.4 Stationäre Versorgung

Zu Fragen und Problemen der stationären Versorgung wird der Vorstand der Bundesärztekammer durch den Ausschuss und die Ständige Konferenz „Krankenhaus“ sachverständig beraten. Vorsitzender dieser Krankenhausgremien ist seit 2003 Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Stellvertretender Vorsitzender ist seit 2008 Dr. Theo Windhorst, ebenso Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. 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.

Die Relevanz und die Bedeutung der stationären Versorgung nehmen trotz der großen Leistungskraft des ambulanten Bereichs insbesondere wegen des steigenden Durchschnittsalters in Deutschland 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 wachsenden Behandlungsbedarf. Ohnedies findet sich im Gesundheitswesen ein erhebliches Wachstums- und Beschäftigungspotenzial im Sinne eines hochrelevanten Wirtschaftsbereichs. Zuletzt betrug der Anteil am Bruttoinlandsprodukt 10,4 Prozent. Insgesamt 4,8 Millionen Erwerbstätige sind im weiteren Sinn im Gesundheitswesen aktiv. Damit ist jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.

In diesem Zusammenhang stellen die deutschen Kliniken mit einem Umsatzvolumen von ca. 60,4 Milliarden Euro und über 1 Million Beschäftigten einen entscheidenden Anteil des Gesundheitswesens dar. In vielen Regionen und Kommunen sind Kliniken der größte regionale Arbeitgeber. Weder die wirtschaftliche Entwicklung des Jahres 2011 noch die Schätzungen für das Jahr 2012 haben den Stellenwert der stationären Versorgung für die Sicherung einer hoch qualitativen Gesundheitsversorgung wie auch für den Arbeitsmarkt verringert.

Neben ihren Aufgaben der Krankenversorgung kommen den Krankenhäusern bedeutende Funktionen der Forschung und Entwicklung sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie 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 Reform der Krankenhausfinanzierung und -versorgung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 hat die Rahmenbedingungen im Berichtsjahr maßgeblich wiedergespiegelt.

Aktuelle Lage und Zielstellung 2011

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

Ende 2010 standen in den insgesamt 2.064 Krankenhäusern Deutschlands (Vorjahr: 2.080) insgesamt 503.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Damit hat sich der Rückgang der Zahl der Häuser deutlich verlangsamt, die Zahl der aufgestellten Betten blieb im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands entspricht dies einer Bettendichte von 615 Betten je 100.000 Einwohner. Die durchschnittliche Bettenauslastung sank gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte auf 77,4 Prozent. Etwas mehr als 18 Millionen Patienten wurden 2010 vollstationär im Krankenhaus behandelt (+ 1,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Die durchschnittliche Verweildauer ist erneut gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Tage auf 7,9 Tage gesunken.

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 2010 mehr als verdoppelt (32,9 Prozent). Zurückgegangen ist im gleichen Zeitraum der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0 Prozent auf 30,5 Prozent. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser hat sich demgegenüber nur geringfügig auf 36,6 Prozent (1991: 39,1 Prozent) geändert.

Die Gesamtkosten der Krankenhäuser beliefen sich im Jahr 2010 auf 79,7 Milliarden Euro. Die Krankenhauskosten setzten sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 47,4 Milliarden Euro (+ 3,4 Prozent gegenüber 2009), den Sachkosten von 30,2 Milliarden Euro (+ 3,3 Prozent) sowie den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds von 1,0 Milliarden Euro (+ 1,7 Prozent) zusammen. Weitere 1,1 Milliarden Euro entfielen auf Steuern, Zinsen und ähnliche Aufwendungen und Kosten der Ausbildungsstätten. In diesen Gesamtkosten waren Ausgaben für nichtstationäre Leistungen mit einem Volumen von 10,3 Milliarden Euro enthalten. Nichtstationäre Leistungen beinhalteten unter anderem Kosten für die Ambulanz sowie für wissenschaftliche Forschung und Lehre. Die Kosten der rein stationären Krankenhausversorgung lagen bei rund 69,5 Milliarden Euro.

Insbesondere sind die durchschnittlichen Aufwendungen für Sachkosten und Energie in 2010 trotz verschiedenster Einsparbemühungen der Kliniken im Vergleich zum Vorjahr weiter 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 Personalsbudgets, u. a. durch fehlende Nachbesetzungen von frei werdenden Stellen,

Umstrukturierungen und Notlagetarifverträge angestrebt. Die Individualität der Patientenbetreuung 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 zu kommen droht. Rückmeldungen zu Einzelfallbeschwerden an die Landesärztekammern bestätigen diesen Trend.

Mit Blick auf die finanziellen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung ab dem Jahr 2012 gilt es nicht nur aus ärztlicher, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, Ärztinnen und Ärzten zeitnah vernünftiger 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 2011 wurden durch die Bundesärztekammer nachfolgende Aktivitäten ergriffen bzw. begleitet, um die notwendigen Verbesserungen für die Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken sowie für die Patientenversorgung erreichen zu können:

- Fortsetzung der gemeinsamen Beratung zu dem notwendigen Anpassungsbedarf im Bereich der Krankenhausfinanzierung im Rahmen der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Überarbeitung und weitere Ausgestaltung der Klassifikationssysteme OPS und ICD 2012 und der Deutschen Kodierrichtlinien in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), den Selbstverwaltungspartnern sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- Erörterung der weiteren Ergebnisse der Begleitforschung zum G-DRG-System gemäß § 17 Abs. 8 KHG (2. Phase) und deren mögliche Konsequenzen für die Ausgestaltung des neuen DRG-Kataloges sowie Diskussionen mit nationalen und internationalen Fachexperten.
- Verstärkung der Kooperation mit der Fédération des Médecins Suisses (FMH) in Fragen der Verbesserung der Patientenversorgung, der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, der Berufsausübungsform der Honorarärzte, der Krankenhausplanung sowie der Spezifika der Krankenhausfinanzierung vor dem geplanten Start der Swiss-DRG-2012.
- Detaillierte Erörterung mit den Beteiligten der Selbstverwaltung, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den betroffenen Fachgesellschaften zur weiteren Entwicklung und Implementierung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 KHG (Stellungnahmen vom 15.03.2011 und 02.12.2011 sowie Anhörung am 05.12.2011).
- Ausbau der Kooperation mit dem Bundesverband der Medizinstudierenden (bvmd) u. a. in Fragen der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten bzw. Studentinnen und Studenten in der stationären Versorgung.
- Mentoring sowie u. a. Integration der bvmd-Anliegen in das Seminar „Medizin und Ökonomie“ der Bundesärztekammer.

- Aktualisierung und Adaptierung des Seminars „Medizin und Ökonomie“ auf Basis der Empfehlung des Vorstandes der Bundesärztekammer unter besonderer Berücksichtigung sektorenübergreifender Versorgungsansätze.
- Beratung der Fachgesellschaften sowie der Selbstverwaltungspartner bei der weiteren Ausgestaltung des G-DRG-Fallpauschalenkataloges 2011.
- Erörterung von Pro und Contra zu einer Einführung eines Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für die Erfassung hochaufwändiger Pflege mit betroffenen Fachgesellschaften, dem BMG, den Selbstverwaltungspartnern sowie dem Deutschen Pflegerat.
- Diskussion und Kommentierung der für die stationäre und sektorenübergreifende Versorgung und die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten relevanten Passagen des Entwurfes zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG).
- Intensive Diskussion und Erörterung der zunehmenden Begutachtung und Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei gleichzeitigem Ausbau der Kooperation mit Vertretern der unterschiedlichen MDK (Schwerpunkt: untere und obere Grenzverweildauer).
- Überarbeitung, Aktualisierung und Adaptierung des Geografischen Krankenhaus-analysesystems (GeKAS) in Kooperation mit den Landesärztekammern, Erfahrungsaustausch mit den Verantwortlichen der Landesärztekammern.
- Fortsetzung der Diskussion und des Meinungsaustausches mit Vertretern des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) zu zukünftigen Wettbewerbsrahmenbedingungen im Gesundheitswesen und der stationären Versorgung auf Basis der Stellungnahme zum Hauptgutachten der Monopolkommission 2010. Schwerpunkt 2011: Nachjustierungsbedarf der Wettbewerbskontrolle im stationären Sektor, unzureichende Wettbewerbskontrolle bei Fusionen der gesetzlichen Krankenkassen.
- Fortsetzung der Beratungen der Arbeitsgruppe „Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland“ des Vorstandes der Bundesärztekammer mit den betroffenen Verbänden und Institutionen sowie die Verabschiedung eines Positionspapiers.
- Fortsetzung des Informationsaustausches über potenzielle Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in Europa in Kooperation mit dem Weltärztebund (WMA), Genf.
- Intensivierung der Diskussion mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie dem Bundesverband der Deutschen Industrie zu Fragen des Fachkräftemangels im Gesundheitswesens sowie den Optionen und Risiken der Gesundheitswirtschaft in Deutschland.
- Ausbau des Meinungsaustausches zu Fragen der Attraktivitätssteigerung ärztlicher Tätigkeit in Klinik und Praxis mit verschiedenen Personalagenturen.
- Auswertung der Stellenanzeigen des Deutschen Ärzteblattes im Sinne einer Trendanalyse (Schwerpunkt: stationäre Versorgung).

Neben den klassischen Gesetzgebungs- und Finanzierungsthemen bildeten 2011 die Themen Personal, Steigerung der Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen sowie die Schaffung verbesserter Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte den entscheidenden Schwerpunkt. Angesichts der vorliegenden Diskussionsstände und Ergebnisse ist davon auszugehen, dass diese Thematik die Erörterung möglicher Verbesserungsoptionen in den nächsten Jahren prägen wird.

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. Angeführt ist es im Dokumentationsteil dieses Tätigkeitsberichtes (Kapitel 13.1, S. 489 f.) sowie 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 bis in das dritte Quartal 2011 positive wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland hat die von privaten Trägern seit ca. drei Jahren erwartete Welle einer verstärkten Privatisierung, bedingt durch eine Stärkung der Liquidität der Länder, Städte und Kommunen, verhindert. Dementsprechend wurden die Akquisestrategien der unterschiedlichen Trägergruppen im Laufe des Jahres wiederholt angepasst. Zu einer erneuten Veräußerung eines Universitätsklinikums bzw. einer Klinik der Maximalversorgung ist es bis zum Berichtszeitpunkt Ende 2011 nicht gekommen. Die Verkäufe beschränken sich in der Regel auf Kliniken der Grund- und Regelversorgung sowie der mittleren Versorgungsfragen und sind im Vergleich zu den Vorjahren mit intensiven, teilweise sehr kontroversen politischen Diskussionen in der Region verbunden (z. B. Schramberg, Rottweil). Zudem wird zur Steigerung der Akzeptanz einer Privatisierung durch Beteiligte vor Ort der Einstieg über eine Minderbeteiligung (bis 49 Prozent) derzeit präferiert. Ebenfalls auffällig ist für das Berichtsjahr, dass eine zunehmende Übernahme privater Träger durch private Investoren zu beobachten ist. Vergleichbares ist für 2012 zu erwarten; aktuelle Vorbereitungen für die „Übernahme“ eines privaten Trägers durch Hedge-Fonds.

Auch im Bereich der anderen Trägerstrukturen – freigemeinnützig und öffentlich-rechtlich – sind weitere Konzentrations- und Fusionsbewegungen zu beobachten. Bei Fusionsgesprächen zwischen freigemeinnützigen Trägern spielen die konfessionsbedingten Grenzen zudem zunehmend weniger eine Rolle. Im Bereich der öffentlich-rechtlichen Träger findet insbesondere in den Ballungsgebieten eine zunehmende Zentrierung im Sinne von Großkliniken statt. Dennoch gestaltet sich deren Finanzlage trotz möglicher neuer Synergien teilweise schwierig. Ein Novum stellt die geplante Beteiligung des Bundes – über ein finanzielles Engagement an dem Max-Dellbrück-Zentrum in Berlin – an der Charité dar. Nicht zuletzt in Verknüpfung mit dem steigenden Ärztemangel ergeben sich in den laufenden Trägerumstrukturierungen sehr gute Optionen, wichtige Forderungen der Ärzte deutlich besser berücksichtigen zu können. Mitspracherecht der Belegschaft, Beibehaltung von Gehalts- und Pensionsregelungen, Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen für eine gewisse Frist, die Festlegung von Investitionsverpflichtungen, die Förderung von Forschung und Lehre sowie Fragen der Standortsicherung stellen in diesem Zusammenhang einige wesentliche Elemente dar.

Waren in früheren Jahren noch deutliche Managementunterschiede zwischen den unterschiedlichen Trägergruppen zu verzeichnen, ist inzwischen und auch im Berichtsjahr festzustellen, dass die verschiedenen Träger zunehmend die gleichen Managementinstrumentarien anwenden und ähnliche Lösungsansätze verfolgen. Insbesondere der Fachkräftemangel bereitet Kliniken aller Trägerstrukturen wachsende Probleme. Im Vergleich zu den Vorjahren betrifft dies neben dem Ärztemangel zunehmend auch die Ver-

füßbarkeit von kompetentem Klinikmanagement. Dies dürfte nicht zuletzt der Grund dafür gewesen sein, dass ein Krankenhausverband die Gründung einer Nachwuchsakademie für Klinikmanagementfachkräfte plant.

Die Trägerstrukturentwicklung im Berichtsjahr ergibt noch keinen Anhalt, dass von einer Gefährdung der durch den Deutschen Ärztetag wiederholt eingeforderten Trägerpluralität ausgegangen werden muss. Die Bundesärztekammer wird sich auch in 2012 für eine trägerunabhängige Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken einsetzen.

Medizin und Ökonomie

Mit Blick auf die erheblichen Umbrüche der stationären Versorgung und der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Sektor führt die Bundesärztekammer seit 2008 regelmäßig ein- bis zweimal im Jahr das Seminar „Medizin und Ökonomie“ durch. Das Seminar stellt für interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie Studentinnen und Studenten ein Angebot dar, ihre medizinische Expertise mit aktuellem gesundheitspolitischem und ökonomischem Know-how zu verknüpfen. Das Seminar ermöglicht interessierten Ärztinnen und Ärzten, sich jeweils über aktuelle Daten, Fakten, gesundheitspolitische Trends, moderne Elemente der Gesundheitsversorgung wie Medizinische Versorgungszentren, sektorenübergreifende Versorgung, Innovationen, Vergütungssysteme, Vernetzung, Entlassmanagement etc. zu informieren und diese Ansätze mit Referenten aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens zu erörtern.

Insbesondere die renommierten Referenten unterstützen die zugrunde liegende Idee einer Versachlichung der Debatte und Kompetenzvermittlung von Beginn des Seminars an. Trotz ihrer vielfältigen terminlichen Verpflichtungen finden sie regelmäßig Zeit, engagierten Ärztinnen und Ärzte in der Diskussion Rede und Antwort zu stehen. Die Beteiligung und die Diskussionen innerhalb des Seminars zeigen, dass die Teilnehmer von der Vermittlung praxisrelevanter Betriebswirtschaft, moderner Managementstrukturen, der vielfältigen Vertragsoptionen, aber auch des wiederholten Verbesserungsbedarfs von medizinischen Prozessabläufen profitieren.

Die Bundesärztekammer hat sich auf Wunsch einer Fülle von Teilnehmern entschieden, 2011 erstmals einen ergänzenden Aufbaukurs anzubieten (10./11.10.2011). Da die veränderten Rahmenbedingungen insbesondere auch die angehenden Ärztinnen und Ärzte/Medizinstudierenden betreffen, wurde zudem die Kooperation mit dem Bundesverband der Medizinstudierenden (bvmd) erfolgreich fortgesetzt. Eine Fortsetzung der Seminare ist für 2012 bei gleichzeitiger Stärkung sektorenübergreifender und ambulanter Themenkomplexe geplant.

Ausbau der Kooperation mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)

Basierend auf den gemeinsamen Aktivitäten der Vorjahre konnte im Berichtsjahr 2011 die Kooperation mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland deutlich ausgebaut werden. Neben dem Austausch in den unterschiedlichsten Einzelfragen wurde die bvmd bei der Verlegung der Geschäftsstelle von Bonn nach Berlin organi-

satorisch unterstützt. 2011 konnten auch weitere Fortschritte in der gemeinsamen Erörterung des Verbesserungsbedarfs der Arbeitsbedingungen von Medizinstudierenden in der stationären Versorgung sowie bei den finanziellen Rahmenbedingungen erzielt werden.

Die Kooperation mit dem Präsidium der bvmd gestaltet sich außerordentlich konstruktiv, sodass für die zentralen Fragestellungen der Nachwuchsförderung und der Studienbedingungen in 2012 auf guten Ergebnissen aufgebaut werden kann.

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

Die Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) kooperieren über die Ständige DRG-Fachkommission in Fragen der Krankenhausfinanzierung bzw. der Weiterentwicklung des G-DRG-Fallpauschalensystems. Die Sitzungen der DRG-Fachkommission dienen als Plattform für führende Repräsentanten von Fachgesellschaften, Trägerorganisationen, Vertretern der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik, um aktuelle medizinische, aber auch ökonomische Fragestellungen im Kontext der fortgesetzten, regelmäßigen Adaptierung des G-DRG-Fallpauschalensystems erörtern zu können.

Die Fachkommission wird geleitet durch Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien, sowie seit Herbst 2011 durch Prof. Dr. Karl-Heinz Rahn, Präsident der AWMF. Professor Rahn übernahm im Berichtsjahr den Vorsitz von Prof. Dr. Albrecht Encke, Past-Präsident der AWMF. Die Notwendigkeit eines strukturierten Dialoges der Experten der Ärzteschaft mit Vertretern der das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) tragenden Selbstverwaltungspartner, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und weiterer Beteiligten nimmt angesichts der Bedeutung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich und deren Relevanz für die zukünftige Verfügbarkeit von Ressourcen in Klinik und Praxis an Bedeutung zu. Bei einem aktuellen Verteilungsvolumen von ca. 60,4 Milliarden Euro im Bereich der stationären Versorgung in Deutschland und der gewachsenen Komplexität des G-DRG-Vergütungssystems ist der Austausch unter den unterschiedlichen Beteiligten unverzichtbar geworden. Die Ergebnisse der seit längerem diskutierten Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG zu den positiven und negativen Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Systems bleiben auch 2011, insbesondere im Bereich der Auswirkungen im Bereich der medizinischen Versorgung (stationär/ambulant) sowie der veränderten Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, deutlich hinter den Erwartungen zurück. Gerade diese Ergebnisse wären aber entscheidend für eine entsprechende sinnvolle Adaptierung des G-DRG-Systems 2012 gewesen. Klare Informationen zu den Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung, der Leistungsverlagerung in den ambulanten Sektor oder auch die Personalentwicklung und Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind wesentlich. Dies betrifft auch die geplante Finanzierungssystematik gemäß § 17d KHG (Psychiatrie/Psychosomatik). Leider sind derzeit noch deutliche Verzögerungen, u. a. bei der Einführung einer Begleitforschung zum Vergütungssystem gemäß § 17d KHG für die Psychiatrie/Psychosomatik festzustellen.

In der Frühjahrssitzung der Ständigen DRG-Fachkommission am 31.03.2011 konnten folgende Themen erörtert werden:

- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 2011, Implementierung von Innovationen in die stationäre Finanzierung
- Erste Erfahrungen mit dem Anfragetool des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus
- DRGs in den deutschen Kliniken: Perspektive zwischen Medizin und Ökonomie – Eine Zwischenbilanz seitens der Fakultät für Wirtschaft und Management der TU Berlin
- Auswirkungen der DRGs auf Kliniken der Grund- und Regelversorgung/der mittleren Versorgungsstufe
- Zwischenbilanz der Notfallvergütung im Krankenhaus
- Sachstand der Einführung der SwissDRG 2011
- Probleme der MDK-Prüfung
- Finanzierung gemäß § 17d Psychiatrie/Psychosomatik: Stand und Perspektive der Einführung 2011 aus Sicht der Psychiatrie und der Psychosomatik
- Gesundheitspolitische Einschätzungen unter Berücksichtigung der Eckpunkte des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes

Im Kontext des Dialoges mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde nochmals auf die erheblichen Probleme mit den Prüfungen und dem damit verbundenen Aufwand hingewiesen. Verschärft wurde die Diskussionslage durch wiederholte Presseartikel zu angeblich falsch erstellten Krankenhausabrechnungen. Leider konnte für das Berichtsjahr 2011 auch keine entscheidende Entschlackung der durch die Selbstverwaltung vereinbarten Kodierrichtlinien sowie der weiteren Prüf- und Abrechnungsvereinbarungen festgestellt werden. Angesichts der Personalsituation und der Arbeitsbedingungen in den Kliniken bei gleichzeitig limitierten Ressourcen muss dieser Thematik im Jahr 2012 durch die Selbstverwaltungspartner gemäß § 17b KHG mehr Aufmerksamkeit zukommen.

In der Herbstsitzung der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF am 24.10.2011 konnten folgende Aspekte diskutiert werden:

- Regierungsentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) unter Berücksichtigung aktueller Änderungsanträge
- Aktueller Sachstand zum neuen G-DRG-Katalog 2012
- Schwerpunktdiskussion zur Problematik der „Unteren-/oberen Grenzverweildauer“ aus Sicht unterschiedlicher Fachgesellschaften, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Gesetzlichen Krankenversicherung/GKV-Spitzenverband sowie Experten des Universitätsklinikums Münster und des MDK
- Ergebnisse der Phase 2 der Begleitforschung zum G-DRG-System
- Auswirkungen des G-DRG auf andere Versorgungssektoren (Schwerpunkt Rehabilitation/Ambulante Versorgung)
- Relation G-DRG und Schmerzmedizin, Zwischenresümee 2011
- Implementierung des Finanzierungssystems gemäß § 17d KHG unter besonderer Berücksichtigung der Vergütungssystematik und der Institutsambulanzen

Für das Jahr 2012 ist eine Intensivierung der gemeinsamen Erörterung mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und der Selbstverwaltungspartner seitens der Fachkommission vorgesehen.

Die Bundesärztekammer dankt an dieser Stelle nochmals ausdrücklich dem langjährigen Co-Vorsitzenden, Prof. Dr. Albrecht Encke, für sein außerordentliches Engagement in der Ständigen DRG-Fachkommission.

3.4.3 G-DRG-System 2012

Im Gegensatz zu den Vorjahren konnte das G-DRG-System 2012 letztlich leider nicht im Konsens der beteiligten Selbstverwaltungspartner gemäß § 17b KHG verabschiedet werden. Nach zunächst erfolgreichen Verhandlungen ergaben sich Anfang Oktober 2011 Divergenzen, die nach Ablauf einer zum 02.11.2011 gesetzten Frist eine Ersatzvornahme gemäß § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 KHG durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erforderlich machten.

Die Ersatzvornahme des Ministeriums zur Sicherstellung einer zeitgerechten Umsetzbarkeit des G-DRG-Systems 2012 wurde durch die Bundesärztekammer begrüßt. Die entsprechende Rechtsverordnung beinhaltet den dazugehörigen Fallpauschalenkatalog, Zusatzentgeltkatalog, die nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergüteten vollstationären Leistungen, teilstationären Leistungen sowie die entsprechenden Zusatzentgeltkataloge. Erfreulicherweise haben sich insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Fachgesellschaften sowie Kliniken an dem Vorschlagsverfahren gemäß § 17b KHG umfänglich beteiligt. Insgesamt konnten so über 530 rechenbare Vorschläge eingebracht werden, auf deren Basis ca. 4.300 Simulationsrechnungen vorgenommen wurden. Für 27 Prozent der Vorschläge konnte eine Lösung im Sinne des Vorschlages ermöglicht werden.

Das G-DRG-System 2012 ist Ausdruck der Verstetigung und Konsolidierung des DRG-Kataloges. Im Vergleich zum Vorjahr wurde quantitativ das Niveau gehalten (-1 Fallpauschale). Das G-DRG-System 2012 umfasst 1.193 DRGs, von denen 40 nicht bewertet und fünf rein teilstationäre Fallpauschalen sind. Eine Datenlieferung als Basis der Kalkulation erfolgte von 249 Kliniken, von denen nach Prüfung der Datenqualität 245 in der Kalkulationsdatenbasis verbleiben konnten. 2012 waren insgesamt zwölf Universitätskliniken an der Kalkulation beteiligt. Diskussionsschwerpunkte der diesjährigen Adaptierung waren u. a. die Intensivmedizin, die Pädiatrie, die Extremkosten, die Gefäß-DRGs, die Langliegerproblematik, die sogenannte Reste-DRGs, Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen, Beatmung/Heimbeatmung, Polytrauma, Wirbelsäuleneingriffe, Endoprothetik, unfallchirurgische Eingriffe, Geriatrie etc. Ebenso standen die neuen Zusatzentgelte sowie „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) zur Diskussion.

Ein Novum ist die Aufnahme des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). Die Bundesärztekammer hatte schon während des Pflegegipfels 2009 deutlich gemacht, dass sie eine berufsgruppenspezifische Modifikation des OPS als nicht zielführend einschätzt. Die ersten Erprobungen des PKMS (Version 1.0) stießen 2010 in den Kliniken auf erhebliche Umsetzungsprobleme im Sinne massiver bürokratischer Belastung und entsprechender Ablehnung durch die Beteiligten. Nach Verabschiedung des amtlichen OPS 2012 im Herbst 2011 ist für die PKMS eine Erläuterung von 26 Seiten (!) hinterlegt. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss es nach wie vor Ziel der Adaptierung des G-DRG-Systems sein, eine Sachgerechtigkeit der Vergütungssystematik für Kliniken zu erreichen, ohne dass für die zukünftig vorgesehenen Zusatzentgelte ZE 130 und 131 ein der-

art aufwändiges Dokumentationsverfahren über einen berufsgruppenspezifischen OPS erforderlich wird. Sollte sich diese Systematik verstetigen, dürfte einerseits die direkt am Patienten verfügbare Kapazität an Pflegekräften nochmals limitiert werden, andererseits wird mit einer verstärkten berufsgruppenspezifischen Modifikation des OPS und somit mit einer generellen Änderung der Klassifikationssystematik zu rechnen sein müssen.

Auch wenn die Bundesärztekammer die Sicherung einer rechtzeitigen Verabschiedung durch die Ersatzvornahme des BMG begrüßt, muss für das Jahr 2012 wieder eine Verabschiedung des Entgeltkataloges durch die Selbstverwaltungspartner angestrebt werden. Zudem muss das G-DRG-System im Sinne eines „lernenden Systems“ in die Lage versetzt werden, bürokratische Belastungen angesichts des wachsenden Fachkräftemangels in den Kliniken auf das unerlässliche Maß zu reduzieren.

Innovation

Laut Informationen des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) wurden für das System 2012 ca. 80 Medikamente/Verfahren auf Basis der Leistungen für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) untersucht. Trotz der Fülle an Vorschlägen kam es letztlich nur zur Integration von wenigen Zusatzentgelten für Medikamente (zwei bewertet/drei unbewertet) sowie der Integration eines NUB des Klassifikationsstatus 1. Subsummierend muss für 2011 festgehalten werden, dass im Gegensatz zu der enormen Innovationskraft des deutschen Gesundheitswesens (s. Diskussion im Bereich neuer medizintechnischer Verfahren, Arzneimittel etc. sowie der Gesundheitswirtschaftsinitiative der Bundesregierung) die quantitative Integration „Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ in das relevante stationäre Finanzierungssystem noch unzureichend ist. Ob dies noch mit dem zukünftigen Innovationspotenzial des Gesundheitswesens in Deutschland und dem Innovationsbedarf in den deutschen Kliniken im Einklang steht, ist fraglich. Darüber hinaus kam es 2011 zu einer Streichung von Zusatzentgelten (29 ZE 2010 und 83 ZE 2011). Die Innovationsfähigkeit im Sinne des Ausbaues der sektorenübergreifenden Versorgung blieb damit in 2011 in Vorbereitung für 2012 ebenfalls sehr überschaubar. Sowohl im Bereich der teilstationären Versorgung als auch in der belegärztlichen Versorgung sind keine maßgeblichen Fortschritte zu verzeichnen.

Ein aus Sicht der Bundesärztekammer weiterer wesentlicher Punkt ist die Schaffung von Finanzierungsoptionen für die Kostenübernahme der Patientenversorgung im Krisenfall bzw. bei außerordentlichen Kostenbelastungen. Hintergrund sind die im Berichtsjahr mit der Finanzierung der Patientenversorgung im Rahmen der EHEC-Infektionswelle Mai/Juni 2011 gemachten Erfahrungen. Die Bundesärztekammer hat durch ein Schreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer vom 16.06.2011 an den Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, Staatsminister Stefan Grüttner, deutlich gemacht, dass die im Krisenfall sich überproportional engagierenden Ärztinnen und Ärzte sowie die medizinischen Einrichtungen/Kliniken die Gewissheit haben wollen, dass die zur Kompensation der Ausnahmesituation notwendige zusätzliche Finanzierung tatsächlich geleistet wird.

Anfragen zum G-DRG-System

2011 wurde eine neue Lösungsoption durch das InEK im Auftrag der Selbstverwaltungspartner eingeführt. Das Tool „Anfragen an das InEK“ nahm eine seit längerer Zeit geäußerte Forderung der Bundesärztekammer auf, eine Arbeitsgruppe zu Anfragen Externer an das InEK einzurichten. Anfragen durch das InEK zeitnah, sachgerecht und belastbar beantwortet zu bekommen, kann beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Kliniken eine höhere Rechtssicherheit im Umgang mit der G-DRG-Systematik, z. B. bei MDK-Prüfungen, ermöglichen. Leider konnten für das Berichtsjahr 2011 keinerlei Veröffentlichungen des InEK zu eingegangenen Anfragen und deren Beantwortung im Sinne von FAQ etc. festgestellt werden. Für das Jahr 2012 ist daher eine Anfrage an das InEK im Sinne eines Zwischenberichtes zu den bisher eingegangenen Anfragen und den damit verbundenen Lösungsoptionen in Planung.

Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

2011 konnte die etablierte Kooperation mit dem MDK seitens der Bundesärztekammer und der AWMF ausgebaut werden. Die gemeinsamen Beratungen ergeben eine Fülle von praktischen Hinweisen, die letztendlich zu einer Reduktion der aus Rechnungsprüfungen resultierenden Belastungen für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, aber auch Kliniken und Geschäftsführungen führen können. Angesichts der Umsetzungsprobleme in den Kliniken wurden 2011 zwei Themenkomplexe vordringlich erörtert: Prüfungen zur „Unteren und oberen Grenzverweildauer“ sowie Krankenhausfehlablechnungen.

Im Bereich der „Unteren und oberen Grenzverweildauer“ ergaben die Debatten unter Einbindung von Experten unterschiedlicher Verbände und Institutionen, dass hier 2012 noch erheblicher Nachjustierungsbedarf im G-DRG-System besteht. Entsprechende nachfolgende Gespräche sind veranlasst und werden fortgesetzt.

Bezüglich der generellen Vorwürfe einer bewussten Fehlabrechnung in den Kliniken folgte 2011 letztlich eine Erörterung der Problematik durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 26.10.2011. Hintergrund war u. a. ein Bericht des Bundesrechnungshofes in 2011, demzufolge 30 Prozent der von den Krankenkassen geprüften Abrechnungen fehlerhaft wären. Laut Berechnungen des Bundesrechnungshofes würde dies zu einer zu Unrecht durch die Kliniken beanspruchten Abrechnung von 875 Millionen Euro pro Jahr führen. Der GKV-Spitzenverband argumentierte, dass sogar bis 45,6 Prozent aller geprüften Abrechnungen falsch seien. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) stellte klar, dass jährlich überhaupt nur 4 bis 5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen beanstandet würden und somit 95 Prozent aller Krankenhausabrechnungen unproblematisch seien. Zudem wird die lineare Hochrechnung des GKV-Spitzenverbandes auf ein Gesamtschadensvolumen von ca. 1,5 Milliarden Euro pro Jahr als nicht sachgerecht zurückgewiesen.

Angesichts der geführten Debatte und sich verknappenden Ressourcen im Gesundheitswesen ist für das Jahr 2012 davon auszugehen, dass die Thematik über potenzielle fehlerhafte Krankenhausabrechnungen nicht an Dynamik verlieren wird. Festzuhalten bleibt, dass in der Debatte des Ausschusses für Gesundheit festgestellt wurde, dass sich die gesamte Abrechnungssystematik, wie auch von der Bundesärztekammer bemängelt, sehr komplex gestaltet. So sind für eine korrekte Abrechnung durch eine Klinik unter-

schiedlichste Regelwerke, wie z. B. die Deutschen Kodierrichtlinien, die Abrechnungsregeln, der Fallpauschalenkatalog, die Zusatzgeltkataloge sowie die Diagnosekodierung mit 13.275 Diagnosen und die Prozedurenklassifikation mit 25.500 Prozeduren zu berücksichtigen. Angesichts dieser Rahmenbedingungen wird der zukünftige Dialog mit den Selbstverwaltungspartnern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sich auch auf eine erhebliche Reduktion der Komplexität des Vergütungssystems und seiner Regularien beziehen müssen, wenn nachhaltige Verbesserungen erzielt werden sollen.

Die Grundlage zu einer weiteren Versachlichung der Diskussion konnte 2011 im Dialog mit dem MDK gelegt werden. Nicht zuletzt wird es von entscheidender Bedeutung sein, zur Steigerung der Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen (insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte) das sich verschärfende Missverhältnis zwischen Überregulierung und einer gerechtfertigten Krankenhausfinanzierungskontrolle sachgerecht aufzulösen.

ICD-10-GM-2012

Am 27.09.2011 wurde die ICD-10-GM Version 2012 in der endgültigen Fassung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht. Erfreulicherweise konnten über 80 Vorschläge aus dem Bereich der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften sowie der Kliniken in die Modifikation für das Jahr 2012 einfließen. Wesentliche Änderungen sind u. a. im Bereich der Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sowie der venösen Embolien, die ab dem Jahr 2012 deutlich differenzierter kodierbar werden. Darüber hinaus sind ähnliche Spezifizierungen der Kodierbarkeit im Bereich der Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem ermöglicht worden. Die Diskussionen in der dazugehörigen Arbeitsgruppe werden durch die Bundesärztekammer begleitet und gestalten sich in der Regel sehr sachgerecht. Die differenzierten Änderungen der Klassifikation sind der kostenfrei zugänglichen Aktualisierungsliste unter www.dimdi.de zu entnehmen.

OPS-Version 2012

Da sich in der Version vom 25.10.2011 des OPS 2012 einige Fehler seitens des Deutschen Instituts für Dokumentation und Information (DIMDI) ergeben hatten, konnten diese letztendlich erst am 04.11.2011 durch das DIMDI endgültig den Anwendern zur Verfügung gestellt werden. Auch im Bereich der Prozeduren gelang es 2011, über 300 Vorschläge aus der Ärzteschaft/den Fachgesellschaften bzw. Kliniken einzubringen. Dieses Engagement zur Verbesserung der Klassifikationssysteme ist die entscheidende Voraussetzung für die Aktualität der Systematiken. Dies hat nicht zuletzt auch erhebliche Bedeutung für die darauf basierenden Vergütungssysteme, wie das G-DRG-System, den einheitlichen Bewertungsmaßstab sowie die GOÄ.

Die Fachdiskussion wird durch die Bundesärztekammer eng begleitet und findet in Abstimmung mit dem DIMDI, den Selbstverwaltungspartnern, dem InEK sowie dem BMG statt. Wesentliche Änderungen des systematischen Verzeichnisses des OPS 2012 beziehen sich u. a. auf die Aufnahme eines neuen Zusatzkodes für die Reoperation an Lunge, Bronchien, Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell sowie die Streichung der Codes für die Rethorakotomie und die Rethoraskopie. Darüber hinaus erfolgte die Über-

arbeitung der Codes für Implantation, den Wechsel, die Entfernung und die Korrektur eines Herzschrittmachers bzw. eines Defibrillators, die Überarbeitung für Osteosyntheseverfahren, die Neustrukturierung des Bereiches der Operation an der Mamma sowie die Überarbeitung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). Insbesondere die Einführung des PKMS wird aus Sicht der Bundesärztekammer kritisch gesehen. Nach wie vor wird die Integration berufsgruppenspezifischer Codes in den OPS als nicht zielführend gewertet. Zudem zeigt sich auf der Basis der Erfahrungen in den Kliniken, dass die derzeitige Form des PKMS mit einer erheblichen Überbürokratisierung verbunden ist. Es ist davon auszugehen, dass die Implementierung zu einer deutlichen Reduktion der Attraktivität pflegerischer Tätigkeit in den Kliniken führen wird und somit die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Schwestern zur Gewährleistung einer guten Patientenversorgung behindern wird. Es bleibt zu hoffen, dass bei einer Beibehaltung des PKMS entsprechend schnelle Modifikationen und Reduktionen der Dokumentationsbelastung in den nächsten Jahren erfolgen werden.

Für das Jahr 2012 wird sich ein weiterer Modifikationsbedarf im Bereich des neu einzuführenden Entgeltsystems gemäß § 17d KHG und den zugrunde liegenden OPS-Ziffern ergeben. In den letzten zwei Jahren hat sich deutlich gezeigt, dass die derzeit verfügbaren OPS-Codes eine sachgerechte Abbildung der in den Kliniken erbrachten Leistungen derzeit nicht ermöglichen. Entsprechende Diskussionen mit den dazugehörigen Fachgesellschaften sind 2011 erfolgt und 2012 geplant.

Deutsche Kodierrichtlinien 2012

Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das G-DRG-System 2012 wurden im Berichtsjahr 2011 durch die Selbstverwaltungspartner und das InEK unter Beteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegeverbandes erneut angepasst. Die nach mehreren Sitzungen erarbeitete Version konnte am 22.09.2011 verabschiedet werden. Auch in diesem Kontext konnte 2011 gewährleistet werden, dass eine Fülle von Vorschlägen der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften in das Verfahren zur Weiterentwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien im Sinne der Einbindung des wissenschaftlich-medizinischen und weiteren Sachverständes erfolgt ist: die Anpassung an die aktuelle ICD-10-GM-Version sowie die OPS-Version 2012, die Adaptierung an die G-DRG-Klassifikation der Version 2012 sowie die inhaltliche Klarstellung einzelner existierender Kodierrichtlinien. Auch wenn zu bestimmten Bereichen ein weitergehender Modifikationsbedarf gegeben ist, beschränken sich die Anpassungen 2011, um keinen überproportionalen Neuschulungsbedarf in den Kliniken für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte auslösen zu müssen. Zudem sind die Änderungen in den Kodierrichtlinien zunehmend mit kontroversen Diskussionen zwischen der DKG und der GKV behaftet. Insgesamt sind die Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der Version 2012 als moderat zu bezeichnen. Dennoch tragen die Deutschen Kodierrichtlinien in der aktuellen Version nach wie vor dazu bei, dass Konflikte zwischen den Kliniken und dem MDK unvermeidlich sind.

Angesichts des zunehmenden Ärztemangels sollten die betroffenen Kliniken mehr denn je dazu übergehen, die technische Kodierarbeit durch medizinische Kodierfachkräfte unter ärztlicher Leitung vornehmen zu lassen, um die zeitlichen Ressourcen von Ärztinnen und Ärzten für originäre ärztliche Tätigkeiten in deutschen Kliniken steigern zu können.

Deutsche Kodierrichtlinien Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)

Die DKR-Psych in der Version 2012 wurden auf Basis der Abstimmung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung vereinbart. Die Bundesärztekammer ist in dieses Verfahren nicht direkt eingebunden. Die bereits bestehenden Deutschen Kodierrichtlinien waren Ausgangsbasis für die Erstellung der DKR-Psych. In der Einleitung zu der Version 2012 wird allerdings erneut darauf hingewiesen, dass es bisher bedauerlicherweise immer noch nicht gelungen ist, für alle Kodierrichtlinien geeignete Beispiele aus dem Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik zu finden. Daher sind in diesen Fällen nach wie vor Beispiele aus dem G-DRG-System der Somatik belassen worden. Seitens der Bundesärztekammer und der betroffenen Fachgesellschaften wurde zu Beginn des Jahres 2011 erneut nachdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Ausdifferenzierung des Vergütungsansatzes gemäß § 17d KHG in Richtung eines G-DRG-Fallpauschalensystems für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik abgelehnt wird. Daher ist die für das Jahr 2012 zu befürchtende weitere Anlehnung an die G-DRG-Systematik kritisch einzuschätzen.

Neben der Anpassung an die aktuelle ICD- und OPS-Version 2012 wurden für die Version der DKR-Psychiatrie/Psychosomatik insbesondere die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren adaptiert. Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Anpassungen der Version 2011 für 2012 noch unzureichend sind.

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

Das zweite Halbjahr 2010 und das erste Halbjahr 2011 wurden maßgeblich durch die Diskussion zu einer potenziellen Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) geprägt. So sollen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ab dem 01.07.2011 mit Hilfe der AKR Diagnosen dokumentieren. Nach dem Hinweis des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf die mit dem Referentenentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz verbundene Intention, die Einführung der AKR entfallen zu lassen, schlug die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den gesetzlichen Krankenkassen vor, die Vereinbarung zu den AKR auszusetzen. Da die gesetzlichen Krankenkassen Gegenleistungen für die Aussetzung forderten, die für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Honorarverluste bedeutet hätten, entschied die KBV im Juli 2011, die Vereinbarung zum Inkrafttreten einseitig nicht umzusetzen. Diese Empfehlung beruht auf einem Beschluss der Vertreterversammlung der KBV vom 30.05.2011.

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

Unter Bezugnahme auf eine Anfrage des BMG vom 03.01.2011 hat sich die Bundesärztekammer zu Beginn des Berichtsjahres zur weiteren Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG geäußert. In den Positionierungen wurde verdeutlicht, dass bei der weiteren Ausgestaltung in den nächsten Jahren grundlegende Aspekte vordringlich zu berücksichtigen sind:

- Pilotierung: Die Erprobung wesentlicher neuer Systematiken und Instrumentarien in Modellen (vor einer flächendeckenden Umsetzung).

- Arztmangel/Fachkräftebedarf: Die eingehende Berücksichtigung der Aus-, Fort- und Weiterbildungskapazitäten sowie der aktuellen Zahlen und Prognosen zum Ärztemangel in den betroffenen Fachgebieten bei der weiteren Ausgestaltung der Systematik.
- Finanzielle Ressourcen: Die limitierenden Auswirkungen des GKV-OrgWG und GKV-FinanG auf die Finanzoptionen der an der Einführung des tagesbezogenen Entgeltsystems gemäß § 17d KHG beteiligten Kliniken (Wirkung der Regelungen der Veränderungsrate 2011/2012 etc.).
- Verweildauerverlauf: Die Berücksichtigung der Entwicklung der Betten- und Verweildauerzahlen für die betroffenen Fachdisziplinen im Verlauf der letzten 20 Jahre.
- Begleitforschung: Die Unabdingbarkeit des Beginns einer zeitnahen Begleitforschung vor Einführung der budgetneutralen Phase.
- Demografie: Die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der daraus resultierenden besonderen Bedeutung einer ausreichenden Finanz- und Personalverfügbarkeit der betroffenen Bereiche, z. B. der Gerontopsychiatrie.
- Kursreform/Umsetzbarkeit Psych-PV: Zudem muss aus Sicht der Bundesärztekammer sichergestellt sein, dass die mit der bisherigen Psych-PV intendierten Verbesserungen der Personalressourcen bis zum Beginn der budgetneutralen Phase durch die beteiligten Kliniken und medizinischen Einrichtungen rechtssicher und ohne die Einschaltung von Schiedsstellen erreicht werden können.
- Datenschutz: Implementierung eines begleitenden Datenschutzkonzeptes.
- Entbürokratisierung: Reduktion der mit der Einführung und Umsetzung des neuen Vergütungssystems verbundenen Dokumentationsverpflichtungen für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie für die medizinischen Fachkräfte auf das unverzichtbare Minimum.
- Langfristiges tagesgleiches Entgeltsystem: Darüber hinaus ist es unabdingbar, dass trotz verschiedenster technischer Anlehnungen (in Ermangelung von internationalen Finanzierungsmodellen für den Bereich Psychiatrie/Psychosomatik) an das deutsche G-DRG-Fallpauschalensystem keine Weiterentwicklung des noch in Entwicklung befindlichen tagesbezogenen Entgeltsystems gemäß § 17d KHG hin auf ein DRG-Fallpauschalensystem erfolgt. Diese Position wird durch alle relevanten Verbände, Institutionen und Berufsverbände, Fachgesellschaften etc. geteilt und ist als Axiom der weiteren Diskussionen zu sehen.

Einführungszeitplan/Qualität

Bedingt durch die nicht unerheblichen Umsetzungsprobleme der Jahre 2009/2010, muss zudem bei der weiteren Ausgestaltung von finanzierungssystematisch relevanten Entscheidungen zu

- Dauer und Ausgestaltung der budgetneutralen Einführung,
- Dauer und Ausgestaltung der Konvergenzphasen,
- Nutzung des Entgeltsystems als Preissystem,
- Änderungen der Budgetverhandlung,
- Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität und
- begleitenden Regularien, z. B. Abrechnungsprüfungen,

der vorgesehene Einführungszeitraum zum 01.01.2013 kritisch überdacht werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist der geplante Einführungszeitraum sehr ambitioniert.

Hier muss unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Jahres 2011 dem Grundsatz „Qualität vor Schnelligkeit“ der Vorzug gegeben werden.

Die Bundesärztekammer hat deutlich gemacht, dass im Gegensatz zu der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems auf kein international verfügbares Modell zurückgegriffen werden kann. Darüber hinaus sind die beteiligten Kliniken und medizinischen Einrichtungen noch nicht mit einer vergleichbaren Infrastruktur der Informationstechnologie und des zugehörigen Personals ausgerüstet. Ebenso stehen die Software-Anbieter vor erheblichen Herausforderungen angesichts der durch die Selbstverwaltungspartner noch zu treffenden Richtungsentscheidungen.

Die Diskussionen des Jahres 2011 ergaben, dass es bei der weiteren Ausgestaltung des tagesgleichen Entgeltsystems gemäß § 17d KHG daher umso mehr darum gehen muss,

- eine flächendeckende, moderne und sektorenübergreifende Versorgung von psychiatrischen und psychosomatischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen,
- eine ausreichende Verfügbarkeit von Personal- und Behandlungskapazitäten unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der Ärzteschaft in der Psychiatrie und Psychosomatik sicherzustellen sowie
- durch die Etablierung eines „lernenden Systems“ den ausreichenden und schnellen Zugang berechtigter Innovationen zu gewährleisten.

Kompensationsfähigkeit des ambulanten Sektors

Die Bundesärztekammer verdeutlichte 2011, dass bei der weiteren Ausdifferenzierung der Finanzierungssystematik zudem die reale Kompensationsfähigkeit des ambulanten Sektors mitdiskutiert werden sollte. Die nach Neujustierungen von Vergütungssystemen im stationären Sektor übliche Intensivierung von Verweildauerverkürzungen (z. T. auch gesundheitspolitisches Ziel) muss sehr genau abgewogen werden, da schon derzeit von einer Kompensationsfähigkeit (medizinische und finanzielle Ressourcen) nicht mehr ausgegangen werden kann.

Mitverantwortung der Bundesländer

Im Rahmen der notwendigen finanziellen Ausstattung sieht die Bundesärztekammer neben dem Bund auch die Bundesländer in der Pflicht, eine entsprechend ausreichende Finanzierungsgrundlage durch eine Intensivierung der landesspezifischen Krankenhausinvestitionsfinanzierung für die Psychiatrie und Psychosomatik zu gewährleisten. Die bisherige Rückführung der Finanzmittel zur Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer konterkariert eine Fülle von Initiativen und Programmen zur Verbesserung der Versorgung, z. B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie sowie der Versorgung von dementen Patientinnen und Patienten.

Die Diskussion des Jahres 2011 zeigt deutlich, dass der inhaltliche und systematische Entwicklungsstand der Instrumentarien für das pauschalisierte Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG noch nicht den Status erreicht haben, der eine reine Fokussierung auf finanzsystematische Entscheidungen ermöglicht.

Am 10.11.2011 wurde der Bundesärztekammer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und psychosomatische Einrichtungen zugeleitet. Ba-

sierend auf der Stellungnahme vom 15.03.2011 wurde gegenüber dem BMG dargelegt (Stellungnahme vom 02.12.2011), dass einerseits bestimmte technische Überlegungen wie die Schaltung von zwei Optionsjahren für den Einstieg der betroffenen Kliniken, die geplante budgetneutrale Phase zwischen 2013 und 2016 oder aber die Schaffung der Option von „besonderen Einrichtungen“ begrüßt wird. Nachbesserungsbedarf wird seitens der Bundesärztekammer bei der vorgesehenen Implementierung von innovativen Verfahren, der zeitnahen Umsetzung der Begleitforschung, der Berücksichtigung des Fachkräftemangels, der Vorlage eines plausiblen Datenschutzkonzeptes sowie der deutlich verstärkten gesetzlich zu fixierenden Integration ärztlicher Expertise in den weiteren Beratungsprozess des BMGs und der Selbstverwaltungspartner durch Einbindung der Experten der betroffenen Fachgesellschaften/Ärzteschaft gesehen. Zum Berichtszeitpunkt steht die weitere Erörterung mit Vertretern des BMG noch aus (z. B. Verschiebung der Einführung auf den 01.01.2014).

Es bleibt zu hoffen, dass einerseits mehr denn je aus den Problemen der Einführung des G-DRG-Systems für eine reibungslose Implementierung der Vergütung gemäß § 17d KHG gelernt wird, andererseits sich das Ministerium abschließend gegen eine Überführung des Bereichs Psychiatrie/Psychosomatik in ein G-DRG-System ausspricht. Es gilt insbesondere die Spezifika der betroffenen Patientinnen und Patienten und Fachdisziplinen sowie der sie betreuenden Ärztinnen und Ärzte so zu berücksichtigen, dass es zu keiner Gefährdung der Qualität der Patientenversorgung sowie der Arbeitsbedingungen/Arbeitsverhältnisse und der Einrichtungen kommen wird.

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

Experten der FMH nahmen auch 2011 regelmäßig an den Sitzungen der Ständigen DRG-Fachkommission von Bundesärztekammer und AWMF teil. Die Rückspiegelungen ihrer Erfahrungen bei der Anpassung (Helvetisierung) des G-DRG-Systems auf Schweizer Verhältnisse wurden gemeinsam diskutiert und als Grundlage für Verbesserungen des G-DRG-Systems genutzt. Zeitgleich unterstützen verschiedene Mitglieder der Fachkommission die Schweizer Kolleginnen und Kollegen bei der Meinungsbildung sowie bei der fachlichen Ausarbeitung des Swiss-DRG-Systems, das 2012 gestartet werden soll. Nach wie vor besteht ein ausgeprägtes Interesse der Schweizer Kolleginnen und Kollegen an Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland mit der Einführung der Fallpauschalensystematik, der beginnenden Implementierung von pauschalierten Tagesentgelten für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik, den Auswirkungen der potenziellen Leistungsverlagerungen und den Rückwirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten. Neben der FMH konnte der Erfahrungsaustausch auch mit der Geschäftsführung des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte (VSAO) fortgesetzt und intensiviert werden. Dieser bezog sich neben den klassischen Feldern in der Krankenhausfinanzierung und -planung auch auf die Kooperation mit deutschen Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz sowie die Erfahrungen mit unterschiedlichen ärztlichen Berufsausübungsformen wie z. B. den Honorarärzten/Vicar-Ärzten. Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion des Jahres 2011 bezog sich auf die quantitativ jetzt umfänglich vorliegenden Ergebnisse der Begleitforschung zum G-DRG-System. Leider konnten die Ergebnisse der Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8

KHG nur sehr bedingt dazu beitragen, eine suffiziente Grundlage für die Begleitforschung in der Schweiz vorbereiten zu helfen.

Angesichts der zunehmenden Personalverknappung im Bereich der Ärzteschaft in der Schweiz wird sich der Dialog 2012 zunehmend auch auf mögliche, gemeinsame Lösungsoptionen gegen den Ärztemangel konzentrieren. Gleichzeitig soll durch das gemeinsame Vorgehen sichergestellt werden, dass den in der Schweiz tätigen deutschen Ärztinnen und Ärzten vergleichbar gute Arbeitsbedingungen wie ihren Schweizer Kolleginnen und Kollegen ermöglicht werden. So zeigen neueste Analysen, dass der Zuzug deutscher Ärzte in die Schweiz leicht nachlässt.

3.4.4 Krankenhausbedarfsplanungsanalysen

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre zeigen neben vielen anderen Schwerpunkten eine klare Intention zu einer Stärkung der sektorenübergreifenden Kooperation und Planung. Dies wurde 2011 auch in den eingehenden Diskussionen zu krankenhausesrelevanten Passagen des Versorgungsstrukturgesetzes deutlich. Zukünftig wird daher einer zunehmenden Integration ärztlichen Sachverständigen in die weitere Ausgestaltung der Krankenhausplanungsdebatte sowie den sektorenübergreifenden notwendigen Koordinationen eine wesentliche Bedeutung zukommen. Seitens der Bundesärztekammer wurde 2011 daher wiederholt in Schreiben des Präsidenten oder mündlichen Erörterungen mit Landesministerien, Verantwortlichen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie Abgeordneten des Deutschen Bundestages darauf hingewiesen, dass die Vertreter der Ärzteschaft/Ärztekammern in den vorgesehenen Landesplanungsgremien stimmberechtigt beteiligt werden müssen. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde gegenüber der Gesundheitsministerkonferenz verdeutlicht, dass

- die Kompetenz der Ärztekammern bei medizinischen Fach- und Strukturfragen bei allen Beteiligten anerkannt ist,
- die Ärztekammern die ärztliche Weiterbildung organisieren und strukturieren und somit die ärztliche Fachexpertise eine wesentliche Grundlage für die zukünftige Bedarfs- und Versorgungsplanung darstellt,
- die Ärztekammern aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben in die Strukturverantwortung der Gesundheitsversorgung eingebunden sind,
- die Ärztekammern nicht zuletzt durch die Organisation der ärztlichen Weiterbildung in einer engen Verknüpfung mit zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten stehen und diese bei sektorenübergreifenden Anliegen oder spezifischen Weiterbildungsoptionen beraten können,
- der notwendige Abgleich bei einer Flexibilisierung der Planungsbereiche und der ärztlichen Kooperationsformen mit dem ärztlichen Berufsrecht nur unter Einbeziehung der Ärztekammern ermöglicht werden kann,
- den Ärztekammern und ihren regionalen Untergliederungen die lokalen Gegebenheiten, Problemstellungen, aber auch Konflikte bestens bekannt sind, ohne dass die Kammern selbst in das Vertragsgeschäft involviert sind,
- die Ärztekammern durch ihre Unabhängigkeit eher und besser in der Lage sind, frühzeitig Entwicklungen des Leistungsgeschehens, der Leistungsstrukturen zu identifizieren und diese in die Planungsdebatte zurückzuspiegeln (Chancen und Risikoabwägung),

- die Ärztekammern ihre Erfahrung mit Koordination und Abstimmung verschiedener fachlicher Positionen und Förderung der sektoren- und professionsübergreifenden gemeinsamen Verantwortung für die Patientenversorgung einbringen können,
- die Ärztekammern über den Kontakt zu den medizinischen Fachgesellschaften frühzeitig auf medizinische Innovationen und zukünftige Entwicklungen als Grundlage weiterer Planungen hinweisen können,
- über die Kompetenz der Ärztekammern die zu erwartenden externen Statistiken, Analysen und Berichte in den anstehenden Planungsprozessen medizinisch sachgerecht eingesetzt und bewertet werden können.

Erfreulicherweise sind die nachdrücklichen Argumentationen im Laufe des Jahres 2011 zunehmend von unterschiedlichen Landesministerien, aber auch Vertretern der Gesundheitspolitik des Bundes zunehmend positiver aufgegriffen worden (z. B. Niedersachsen).

Geografisches Krankenhausanalysesystem (GeKAS)

Um die entsprechende Kompetenz der Ärzteschaft ausbauen zu können, wurde Ende 2008 eine aus Mitgliedern der Krankenhausgremien bestehenden Arbeitsgruppe zur Thematik „Krankenhausbedarfsplanungsanalyse“ eingerichtet. Der Vorsitzende dieser Arbeitsgruppe ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien. Vor diesem Hintergrund wurde das Krankenhausbedarfsplanungsanalysesystem nochmals adaptiert sowie mit den neuesten Daten der Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V aktualisiert.

Die Nutzung erster (Zwischen-)Auswertungen in den regionalen bzw. landesspezifischen Debatten hat sich als vorteilhaft erwiesen. Dies betrifft z. B. die Diskussionen zur Notfallversorgung oder zum zukünftigen Versorgungsbedarf in psychiatrischen/neurologischen Abteilungen. Für das Jahr 2012 sind weitere Diskussionen zu einem möglichen Ausbau bestimmter Instrumentarien zu erwarten. Dies wird maßgeblich davon abhängen, welche konkreten Vorgaben durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz für die zukünftige Bedarfsplanungsdebatte gelegt werden. Erst unter Kenntnis der präzisen Rahmenbedingungen und datentechnischen Optionen (z. B. der potenziellen Beteiligung am Datenzugang gemäß § 303 ff. SGB V) können weitere Strukturentscheidungen getroffen werden.

Zudem gilt es, die 2011 mit massiver Unterstützung der Landesärztekammern argumentierte Beteiligungsnotwendigkeit der Ärzteschaft an den geplanten Planungsprozessen und -gremien auf Landesebene 2012 fortzusetzen und entsprechende Ressourcen auszubauen.

Die verstärkte Integration ärztlicher Expertisen in die Krankenhaus- und Bedarfsplanungsdebatte sichert letztlich eine optimierte Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich, eine sachgerechte Notfallversorgung sowie die Gewährleistung vernünftiger Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis.

3.4.5 Gesundheitsmarkt/Gesundheitswirtschaft

Mit einem Volumen von 60,4 Milliarden Euro Umsatz stellt die stationäre Versorgung in Deutschland einen fachlich wie wirtschaftlich beträchtlichen Anteil am Gesundheitswesen dar. Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und des steigenden Behandlungsbedarfs wird sich dies in den nächsten Jahren womöglich weiter verstärken. Eine Besonderheit des Gesundheitswesens ist, dass die Leistungen in der Regel nur von Erwerbstätigen vor Ort erbracht werden können. Daher ist die Problematik der Globalisierung von Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen nicht so dominant wie in anderen Wirtschaftsbereichen. Derzeit sind ca. 4,7 Millionen Erwerbstätige im Gesundheitswesen beschäftigt. Damit stellt das Gesundheitswesen rund 10 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse mit einer Tendenz zur Zunahme. Für das Berichtsjahr 2011 kann festgestellt werden, dass insbesondere die Thematik „Personal“ in den zuständigen Ministerien (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung) deutlich mehr wahrgenommen wird. So konnte in den Diskussionen 2011 durch die Bundesärztekammer verdeutlicht werden, dass zukünftig ein verstärkter Wettbewerb um Auszubildende zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Gesellschaftsbereichen stattfinden wird. Auch das Thema einer qualifizierten Zuwanderung wird in den nächsten Jahren (u. a. für die Deckung des Bedarfs an Pflegekräften) eine wachsende Bedeutung bekommen. Darüber hinaus konnte in den politischen Erörterungen dargelegt werden, dass nicht nur die Unternehmen in der Automobilindustrie, sondern auch die Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens Anstrengungen zur Erhaltung ihres kompetenten Mitarbeiterstammes unternehmen müssen. Auch die Diskussionen des Investitionsbedarfs zur Gesundheitsförderung alternder Belegschaften (z. B. in den Kliniken) finden zunehmend Gehör. Darüber hinaus besteht z. B. im Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie ein wachsendes Interesse, mittels eines systematischen Fachkräftemonitorings (z. B. über die jährliche Ärztestatistik der Bundesärztekammer) Antworten auf Zukunftsfragen, wie z. B. die Entwicklung des Fachkräftebedarfs, Berufsfelder mit einem besonders starken Bedarf sowie den Bedarf an hochqualifizierten Ärzten, Forschern sowie auch den Arbeiten in der Alten- und Krankenpflege, zu finden. Nicht zuletzt ist es für alle Beteiligten für die zukünftigen regionalen Versorgungsdiskussionen von Interesse, ob es z. B. regionale Unterschiede im Personalbedarf des Gesundheitswesens geben wird. Darüber hinaus hat sich in dem Diskurs mit den beteiligten Ministerien gezeigt, dass deren Koordination deutlich verbessert wurde. Eine Arbeitsgruppe der zuständigen Staatssekretäre soll einen zeitnahen Informationsabgleich ermöglichen.

Im Vergleich zu anderen Bereichen herrscht im Gesundheitswesen eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Anteil am Bruttoinlandsprodukt und der relativ geringen Exportquote, die seit 2011 dazu führt, dass durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) in Abstimmung mit anderen Ministerien eine Exportinitiative „Gesundheitswirtschaft“ gestartet wurde. Ziel der Bemühungen ist, dass die positiven Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen auch zugunsten eines erfolgreichen Auslandsgeschäftes genutzt werden können. Dies betrifft z. B. gesundheitsbezogene Dienstleistungen wie Telemedizin, medizinische Biotechnologie, die Medizintechnik sowie pharmazeutische Produkte. Entsprechende Interessenten werden durch ein umfassendes Informations- und Unterstützungsangebot des BMWi angesprochen. Auch wenn es

sich bei dieser Initiative zunächst um eine wirtschaftspolitische Unterstützung handelt, werden sich die Sekundärauswirkungen durchaus positiv auf das Gesundheitswesen auswirken, da die Stärkung der Exportumsätze letztlich der gesamtgesellschaftlichen Finanzkraft zugutekommt.

Auch die von der Bundesärztekammer wiederholt geforderte Fokussierung und Thematisierung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen und möglicher Lösungsoptionen wird intensiviert. Dabei gilt es u. a. sicherzustellen, dass die zukünftig gewonnenen Fachkräfte über gleichwertige Qualifikationen verfügen. Bei diesem Schritt sollte die Expertise der Ärzteschaft bzw. der jeweiligen Landesärztekammer miteingebunden werden. Ebenso gilt es, die Debatte zur notwendigen Nachjustierung der Wettbewerbsrahmenbedingungen für das Gesundheitswesen 2012 fortzuführen. Nach wie vor bleibt es nicht nachvollziehbar, dass einerseits Kliniken/Träger einer relativ stringenten Wettbewerbsaufsicht durch das Bundeskartellamt unterliegen, andererseits das Bundeskartellamt die Fusionskontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung seit 22.11.2011 nicht mehr durchführt. Da laut dem Landessozialgericht Hessen die gesetzlichen Krankenversicherungen keine Unternehmen darstellen, steht einem weiteren Konzentrationsprozess der gesetzlichen Krankenkassen derzeit rechtlich nichts mehr entgegen. Dies dürfte langfristig aber zu erheblichen Ungleichgewichten für die möglichen Vertragsverhandlungen über Versorgungsverträge zwischen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und den Krankenkassen führen. Leider sind (noch) keine entsprechenden Schutzregelungen in dem am 10.11.2011 vorgelegten Referentenentwurf zur 8. Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) zu finden.

Für 2012 gilt es daher, im Bereich der Gesundheitswirtschaft neben der Thematik Fachkräftemangel auch die Schaffung verlässlicher Wettbewerbsrahmenbedingungen im Gesundheitswesen weiter zu verfolgen.

3.4.6 Wettbewerb im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung des stationären Sektors

Von den Beteiligten im Gesundheitswesen relativ unbemerkt wurden ab dem 01.01.2011 über § 69 SGB des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) wesentliche Änderungen des Kartellrechts wirksam. Insbesondere durch die Änderung des § 69 SGB V i. d. F. wird das in § 1 GWB geregelte Kartellverbot u. a. auch die Vorschrift über „Verbotene Verhaltensweisen bei marktbeherrschender Stellung“ grundsätzlich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer anwendbar. Auch wenn über § 69 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V eine Reihe von Ausnahmetatbeständen festgeschrieben werden und diese somit nicht den Kontrollen durch das Wettbewerbsrecht unterliegen, muss aus Sicht der Bundesärztekammer bei zukünftigen Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen bzw. ihren Verbänden z. B. zu Honoraren, Exklusivitäten, Rabatten und Verträgen zunehmend geprüft werden, inwiefern diese dem Wettbewerbsrecht unterliegen bzw. gegen ein Kartellverbot verstoßen. Sollte dies rechtlich der Fall sein, kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch Geschädigte ein Anspruch auf Schadensersatz geltend gemacht wird. Zu erwarten bleibt, dass in weiteren Gesetzgebungsverfahren/Gesundheitsreformen wiederholt Änderungen des Wettbewerbs-/Kartellrechts erfolgen, die teilweise erhebliche Auswirkungen auch auf die Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis haben. Es gilt daher umso mehr, dass interessierte Ärztinnen und Ärzte vor Abschluss

von Verträgen mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen sich über die Rechtslage zeitnah informieren. Die Bundesärztekammer hat die Beteiligten wiederholt auf diesen Prüfbedarf hingewiesen.

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

Basierend auf der eingehenden Erörterung zu der Thematik als eigener Tagesordnungspunkt auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 hat sich die Bundesärztekammer 2010 und 2011 nachdrücklich bei den anstehenden Gesetzgebungsverfahren, zuletzt im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes, für die Wahrung der ärztlichen Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit eingesetzt. Ein Baustein zur Sicherung der Versorgung und der ärztlichen Unabhängigkeit ist u. a. der Vorschlag der Bundesärztekammer, die Freiberuflichkeit in den Praxen und Medizinischen Versorgungszentren zu stärken und primäres Gewinninteresse zugunsten ärztlich verantworteter und geleiteter Medizin zu verhindern. Auch während des diesjährigen 114. Deutschen Ärztetages in Kiel waren die Sicherung der ärztlichen Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit Prämissen, die sich in einer Fülle von Diskussionen wiederfanden.

„Wir müssen die Freiberuflichkeit des Arztes verteidigen und uns gegen Versuche stemmen, durch Substitution die Profession des Arztes zu untergraben. Wir müssen den Widerspruch zwischen berufsrechtlichen Pflichten und sozialrechtlichen Ansprüchen offenkundig machen. Und bei alledem müssen wir die Unverbrüchlichkeit unserer medizinethischen Grundüberzeugungen wider den Zeitgeist stehen“ (Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, 114. Deutscher Ärztetag 2011 in Kiel).

Nicht zuletzt ist nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom Oktober 2011 zu Modellvorhaben zur Delegation bzw. Substitution ärztlicher Leistungen durch qualifizierte Pflegekräfte für 2012 eine klare Positionierung der Ärzteschaft unverzichtbar. Da bei den Modellversuchen weitreichende Indikationen wie Bluthochdruck, Demenz, chronische Wunden sowie Diabetes Typ 1 und 2 betroffen sind, gilt es bei der weiteren Ausgestaltung sicherzustellen, dass die Verantwortung des behandelnden Arztes für die Diagnose, die Indikationsstellung, den zugehörigen Therapieplan und weitere Erforderlichkeiten gesichert bleiben. Erschwert wird die zukünftige Sicherung der ärztlichen Autonomie und Unabhängigkeit durch die fehlende Beteiligung der Bundesärztekammer im Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese konnte leider trotz massiver Interventionen im Berichtsjahr im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes nicht erreicht werden.

3.4.7 Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland – Positionsbestimmung der ärztlichen Spitzenorganisationen

Im Sommer 2010 wurde auf Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer eine Vorstandsarbeitsgruppe zur Thematik „Honorarärzte“ eingerichtet. Neben Mitgliedern des Vorstandes waren Vertreter der Geschäftsführungen von Landesärztekammern sowie der Geschäftsführung der Bundesärztekammer (Dezernat V, Rechtsabteilung) beteiligt. Vorsitzender der Arbeitsgruppe war Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Bremen.

Hintergrund dieses Beschlusses war die zunehmende Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten als sogenannte „Honorarärzte“ 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, Notarztwageneinsätzen oder aber von Intensivstationen, z. B. bei Erkrankung eines angestellten Arztes, im Einsatz.

Die Vorstandsarbeitsgruppe hat die Beratungen im August 2010 aufgenommen und bis zum Abschluss ihrer Arbeit Ende März 2011 achtmal getagt. In den intensiven Erörterungen wurden neben der aktuellen Ausgangsposition und Datenlage insbesondere nachfolgende Themen diskutiert:

- Fehlende Legaldefinition des „Honorararztes“
- Rechtliche Rahmenbedingungen der Tätigkeit
- Motivation und Beweggründe für die Aufnahme honorarärztlicher Tätigkeit
- Freiberufliche Tätigkeit/Scheinselbstständigkeit 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 Scheinselbstständigkeit etc.) und der Überschneidung mit anderen Formen ärztlicher Berufsausübung (Belegarzt, Konsiliararzt etc.) hat sich die Diskussion sehr komplex gestaltet.

Um möglichst weitreichend Perspektiven anderer betroffener Verbände und Organisationen berücksichtigen zu können, wurden Ende 2010 im Rahmen einer umfassenden Dialogveranstaltung eingehende Gespräche u. a. geführt mit:

- der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- dem Bundesverband der Honorarärzte
- Fachgesellschaften
- Haftpflichtversicherern
- Vermittlungsagenturen

- Medizinrechtlern
- Arbeitnehmerüberlassungen
- Berufsverbänden

Gerade in diesen intensiven Erläuterungen bestätigte sich, dass der Dialog- und Klärungsbedarf von allen benannten Seiten gegeben ist. Es zeigte sich zunehmend, dass die ärztliche Berufsausübung im Rahmen einer honorarärztlichen Tätigkeit 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 aufzeigen zu können.

Die derzeit herrschenden Bedingungen im deutschen Gesundheitswesen wirken in hohem Maße abschreckend auf junge Ärztinnen und Ärzte. Sie kämpfen mit schlechter werdenden Arbeitsbedingungen, empfinden die Vergütung oft als unzureichend oder ungerecht, sehen sich mit enormen bürokratischen Belastungen konfrontiert und stellen oft fest, dass Beruf und Familie unvereinbar sind. In der Konsequenz entscheiden sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte frühzeitig gegen eine weitere kurative Tätigkeit und suchen Alternativen in anderen Berufsfeldern oder im Ausland. Konsequenz hieraus ist, dass sich der Ärztemangel in Deutschland zunehmend verschärft und dadurch bedingt immer mehr Schwierigkeiten bei der Besetzung ärztlicher Stellen in Klinik und Praxis auftreten.

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer berufene Arbeitsgruppe hat in ihrer über halbjährigen Arbeit Ende März 2011 eine Positionsbestimmung zur honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland vorgelegt, in welcher alle relevanten Fragestellungen analysiert wurden, die für die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften mit dem Einsatz von Honorarärzten verbunden sind. Darüber hinaus hat sie Handlungsbedarf aufgezeigt und die honorarärztliche Tätigkeit unter berufsrechtlichen und -politischen sowie gesundheitspolitischen Gesichtspunkten bewertet. Dieser Positionsbestimmung haben die Vorstände der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im April 2011 einstimmig zugestimmt. Die beiden ärztlichen Spitzenorganisationen ziehen hierin nachfolgende Schlussfolgerungen zur honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland:

1. Honorarärzte sind Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet auf Honorarbasis freiberuflich tätig sind. Wie alle Ärzte jedweder Berufsausübung sind Honorarärzte Mitglieder ihrer Ärztekammer mit allen daraus resultierenden Rechten und Pflichten.
2. Die verzeichnete Zunahme honorarärztlicher Tätigkeit ist nicht Ursache, sondern Auswirkung und Folge des Ärztemangels sowie der erheblich gesunkenen Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis. Auch wenn es gelingt, die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zu verbessern und wenn Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels greifen, wird es künftig Honorarärzte geben: Kurzfristige Einsätze etwa bei Urlaubs-, Krankheits-, Schwangerschafts- oder Praxisvertretungen sind immer erforderlich.
3. Wesentliche Beweggründe für eine honorarärztliche Tätigkeit sind die dabei gefühlte und erlebte Unabhängigkeit sowie die Freiheit, das Maß der eigenen Arbeit selbst bestimmen zu können. Ein weiterer Anreiz sind die besseren Verdienstmöglichkeiten mit voller Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden.

4. Der kollegiale Umgang zwischen Honorärärzten und Ärzten der Stammbesetzung einer medizinischen Einrichtung ist eine wesentliche Voraussetzung für die sachgerechte und qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die Berufsordnung schreibt das Gebot des kollegialen Verhaltens und Umgangs fest; diesen Grundsatz müssen sich beide Seiten verstärkt bewusst machen. Ein respektvolles Miteinander sowohl in fachlicher als auch menschlicher Hinsicht erfordert klare Strukturen und umsichtige Führung. Gelingt kollegiales Verhalten, entsteht eine Win-win-Situation für alle Beteiligten.
5. Die Tätigkeit des Honorararztes bedeutet keine Scheinselbstständigkeit. Daher gilt es bei der Ausgestaltung und Durchführung des Vertrages ausdrücklich, insbesondere auf folgenden Punkt zu achten: Der Honorararzt muss seine vertraglichen Pflichten eigenverantwortlich erfüllen.
6. Jeder Arzt haftet für eine eigene schädigende Handlung. Dabei kommt es nicht auf den Bestand eines Vertragsverhältnisses zwischen Patient und Arzt an. Im eigenen Interesse braucht der Honorararzt deshalb unbedingt eine eigene Haftpflichtversicherung. Darüber hinaus empfiehlt es sich zu prüfen, ob ggf. eine Vermittlungsagentur eine spezielle Haftpflichtversicherung zu Gunsten des Honorararztes abgeschlossen hat oder ob die jeweilige medizinische Einrichtung über eine Betriebshaftpflichtversicherung verfügt, die den Honorararzt einschließt.
7. Eine honorarärztliche Tätigkeit als freiberuflich ausgerichtete, selbstständige Form der Berufsausübung erfordert eine abgeschlossene Weiterbildung. Sie ist die Grundlage einer ärztlichen Tätigkeit ohne Aufsicht und Anleitung. Dagegen ist eine ärztliche Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung, wie sie für eine ärztliche Weiterbildung erforderlich ist, mit einer Tätigkeit als Honorararzt letztlich nicht vereinbar.
8. Gemäß § 4 (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte sind Honorarärzte – wie alle Ärztinnen und Ärzte – verpflichtet, sich fortzubilden. Dies muss auf Verlangen der Ärztekammer in geeigneter Form nachgewiesen werden können.
9. Honorarärzte, medizinische Einrichtungen als Vertragspartner und ggf. Vermittlungsagenturen müssen bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Diese gewährleisten beim Einsatz von Honorarärzten, dass das hohe Behandlungsniveau gewahrt bleibt und keine Risikokonstellationen für Patienten und Mitarbeiter entstehen.
10. Unter den gegebenen Voraussetzungen sind Honorarärzte unverzichtbar, um bestehende Versorgungsengpässe oder -spitzen in Klinik und Praxis zu überbrücken. Um die Kontinuität der ärztlichen Patientenversorgung zu wahren, darf ihr Einsatz ein zuträgliches Maß jedoch nicht übersteigen und muss im Verhältnis zum gesamten ärztlichen Dienst einer medizinischen Einrichtung stehen.

Die angeführten Positionsbeschreibungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen können nur eine erste berufspolitische Einschätzung und Bewertung sein. Sie sind daher nicht als abschließend zu verstehen. Eine weitere Beobachtung, fortlaufende Analyse und ggf. erforderliche Neujustierungen der Positionierungen sind im Sinn von Work in Progress erforderlich.

Aus Diskussionen mit beteiligten Verbänden und Organisationen resultieren Impulse und Vorschläge, die in den ärztlichen Alltag einfließen müssen. Davon können alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte profitieren, unabhängig von der Form ihrer Berufsausübung. Dies betrifft insbesondere Anregungen und Ansätze, die ärztliche Arbeitsbedingungen verbessern, Arbeitszeitmodelle modernisieren, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf optimieren sowie eine ausreichende Qualität und Quantität an Aus-

Weiter- und Weiterbildungsmöglichkeiten sichern und damit Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels anstoßen.

Darüber hinaus gilt es auch, Rückmeldungen und Erfahrungen aus Dialogen im Detail zu analysieren und abzuwägen. Angesichts des nach wie vor zunehmenden Einsatzes von Honorarärzten in Deutschland dient dies der Vorbeugung nicht gerechtfertigter Verallgemeinerungen positiver oder negativer Art.

Die Positionsbestimmung ist auf der Homepage der Bundesärztekammer unter www.baek.de in ihrer Gesamtfassung abrufbar.

3.4.8 Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze – Verbesserung der Krankenhaushygiene

Im Sommer 2011 nahm das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze die parlamentarischen Hürden. Nachdem der Bundesrat in seiner Sitzung am 08.07.2011 den Vermittlungsausschuss nicht anrief, konnte dieses Gesetz, welches sich insbesondere die Verbesserung der hygienischen Bedingungen in den Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Ziel setzte, zum 1. August 2011 in Kraft treten.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens hatte die Bundesärztekammer zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages mit Schreiben vom 02.05.2011 Stellung genommen. In den allgemeinen Anmerkungen dieser Stellungnahme wird ausgeführt:

„Die grundsätzliche Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze wird ausdrücklich begrüßt. Der Gesetzentwurf enthält wichtige und richtige Regelungsansätze für das Ziel, nosokomiale Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern, durch eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie durch eine bessere Einhaltung von Hygieneregeln zu senken. Bei der Problemanalyse und der Suche nach geeigneten Lösungsansätzen muss jedoch beachtet werden, dass die Gefahr einer nosokomialen Infektion in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zwar steigt, dies jedoch nicht nur daran liegt, dass der Einsatz von Antibiotika mehr bakterienresistent werden lässt, sondern ein wesentlicher weiterer Grund hierfür ist, dass bei einer aus Gründen finanzieller Knappheit ausgedünnten Personaldecke in den Kliniken immer mehr Risikopatienten behandelt werden, welche anfälliger für eine Krankenhausinfektion sind. Hinzuweisen ist insbesondere auch darauf, dass Gründe wie die der hohen Arbeitsbelastung, des damit verbundenen Zeitmangels und der zunehmenden Dokumentationspflichten teilweise zu Widerständen der in den Krankenhäusern tätigen Berufsgruppen bei der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen bzw. zur Verbesserung der Krankenhaushygiene führen. Hierauf hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes noch Ende 2009 bei der Vorlage ihrer Empfehlung ‚Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen‘ ausdrücklich hingewiesen. Allerdings zieht weder diese Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention noch der nun vorliegende Gesetzentwurf die erforderliche Konsequenz, auf die vor diesem Hintergrund bestehende Notwendigkeit einer aus-

reichenden personellen Ausstattung der Krankenhäuser und deren erforderliche Finanzierung hinzuweisen. Diese ist jedoch das entscheidende Kriterium für eine hygienisch einwandfreie Patientenbetreuung. Soll der Gesetzentwurf einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Infektionsprävention in den deutschen Krankenhäusern leisten und nicht nur weitere, z. T. auch überbordende und weitere Bürokratie fördernde Regelungen schaffen, muss daher nach Auffassung der Bundesärztekammer auch eine beleihbare politische Regelung zu Möglichkeiten der Behebung dieser Ursachen und damit zur Finanzierung des durch die vom Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen bedingten Mehrbedarfs an Personal getroffen werden. Wenn in diesem Zusammenhang der Gesetzentwurf hierzu unter der Rubrik 3 ‚Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte; hier: Gesetzliche Krankenversicherung‘ lediglich auf die mögliche Vermeidung von 20 bis 30 % der geschätzten 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen und daraus resultierender geringerer Behandlungskosten durch die erzielbaren Verbesserungen im Infektionsschutz verweist, greift diese Einschätzung als ausreichende Grundlage für die Finanzierung erforderlicher personeller und sachlicher Mehraufwendungen durch verbesserte Infektionsschutzmaßnahmen sicherlich zu kurz. Die in der einführenden Problemendarstellung genannte Zahl von jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Erkrankungen sowie schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 Sterbefällen lässt eine Quellenangabe vermissen. Offenbar bezieht sich diese Feststellung im Gesetzentwurf auf eine Publikation von Gastmeier und Geffers aus dem Jahr 2006, in welcher ausdrücklich erläutert wird, dass es sich bei den genannten Zahlen um ‚Schätzungen ... mit einer Reihe von Limitationen‘ handelt. Abgesehen von dieser Unsicherheit geschätzter Zahlen ist der Informationsgehalt von in absoluten Werten gegebenen Häufigkeiten überaus gering. Notwendig wäre hier eine Darstellung in Abhängigkeit von der Behandlungsart bzw. -intensität (Intensivstation, chirurgische und internistische Station), da hier deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Infektionsraten bestehen. Insoweit ist im Hinblick auf eine Gesetzesbegründung die Verwendung derart pauschaler Schätzwerte wenig geeignet. In Bezug auf die im allgemeinen Teil des Gesetzentwurfes angeführten finanziellen Auswirkungen muss eine markante Asymmetrie bei der Quantifizierung zwischen Bund und Ländern festgestellt werden. Während für die beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen insgesamt Personal- und Sachmittel in Höhe von nahezu einer Million Euro pro Jahr angesetzt werden, wird für die Länder von nicht näher quantifizierten Kosten für zusätzlichen Vollzugaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz ausgegangen. Völlig zutreffend benennt der Gesetzentwurf als wesentlichen Ansatzpunkt bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen. Der hierfür erforderliche, in zentraler Rolle fungierende öffentliche Gesundheitsdienst verfügt aber nicht annähernd über die hier erforderlichen Ressourcen für eine Ausweitung oder Intensivierung seiner Aufgabenerfüllung. Hiermit – auch wenn in der Zuständigkeit der Bundesländer liegend – zeigt der Gesetzentwurf keinen Lösungsansatz für eines der wesentlichsten Probleme bei der Verbesserung der Hygienebedingungen auf.“

Nach den zum 1. August 2011 in Kraft getretenen gesetzlichen Neuregelungen haben die Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren, aber auch Tageskliniken, Arztpraxen und weiteren Einrichtungen die Verhütung von Infektionen und die Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft sicherzustellen. Die Einhaltung wird vermutet, wenn die veröf-

fentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beachtet worden sind. Die Verpflichtung zur Erstellung und Einhaltung von Hygieneplänen können seitens der Landesregierungen per Rechtsverordnung auf Arzt- und Zahnarztpraxen ausgeweitet werden.

Die Landesregierungen werden verpflichtet, bis zum 31. März 2012 Hygieneverordnungen zu erlassen. Darin haben die Länder neben Präventionsmaßnahmen und Konzepten zur Infektionsvermeidung insbesondere Regelungen über die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern sowie die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten zu treffen. Im Hinblick auf die derzeit nicht in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Fachärzte, Hygienefachkräfte und hygienebeauftragten Ärzte sind auf Landesebene Übergangsregelungen vorzusehen, welche befristet bis zum 31. Dezember 2016 möglich sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, in seinen Richtlinien bis zum 31. Dezember 2012 Anforderungen an die Qualität der Hygiene in der Versorgung festzulegen. Neben Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung hat der G-BA weitere geeignete Anforderungen, zum Beispiel zum internen Qualitätsmanagement oder zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen. Außerdem wird der G-BA verpflichtet, Indikatoren festzulegen, mit denen relevante Qualitätsaspekte der hygienischen Versorgung in den Krankenhäusern geprüft und zwischen den Einrichtungen verglichen werden können.

Die Krankenhäuser haben die Ergebnisse der vom G-BA neu festgelegten Hygiene-Indikatoren – sofern sie für eine Veröffentlichung geeignet sind – in den Qualitätsberichten darzustellen. Diese sind ab dem Jahr 2013 jährlich und nicht mehr wie bisher im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen. Das Gesetz verpflichtet die Bundesregierung ferner, bis zum 31. Dezember 2014 einen Evaluationsbericht (Begleitforschung) über die neuen Bestimmungen im Infektionsschutzgesetz vorzulegen.

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, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, berät der Ausschuss die aus der ärztlichen Tätigkeit in der Rehabilitation erwachsenden Fragen und Themen wegen der engen Zusammenhänge mit der Gesundheitsförderung und der Prävention in einem deshalb bewusst derart integriert angelegten Gremium.

Im Jahr 2010 wurden nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes in den 1.237 (Vorjahr: 1.240) deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen knapp 2 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt und damit 30.000 bzw. 1,7 Prozent weniger als 2009. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,4 Tage, wie bereits in 2009. Ende 2010 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 171.000 Betten vorgehalten – was einem Rückgang von etwa 1.000 Betten gegenüber 2009 entspricht. Zugleich sank die Anzahl der Pflge tage

um über 900.000 auf 50,2 Mio., infolgedessen verringerte sich die Bettenauslastung um 1,6 Prozentpunkte auf 80,1 Prozent.

Anders als im Bereich der Krankenhäuser 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. 92.400 Vollkräfte versorgten in 2010 die vollstationären Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, davon entfielen 8,9 Prozent auf den ärztlichen Dienst.

3.5.1 Gesetzliche Neuregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation

Der Bereich der medizinischen Rehabilitation hat durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) in 2009 für Versicherte, Leistungsträger und Leistungserbringer weitreichende Änderungen erfahren, welche sich auch zukünftig auf das Rehabilitationsgeschehen nachhaltig auswirken werden. Die wesentlichen Neuregelungen werden daher im Folgenden kurz dargestellt.

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 Pflege und dementsprechend zur Anwendung von Assessments bei der Bestimmung der Pflegestufen nach dem SGB XI kommen wird.

Die große Zahl chronisch kranker Menschen und der demografische Wandel, der mit einem Anstieg chronischer Erkrankungen verbunden ist, wird zukünftig eine stärkere rehabilitative Orientierung des Gesundheitssystems erfordern. 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 Perspektiven und zukünftige Potenziale der medizinischen Rehabilitation

Unter maßgeblicher Mitwirkung der Bundesärztekammer hat Ende 2010 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. einen in der Fachöffentlichkeit vielbeachteten Überblick über die vorhandenen und zunehmend wichtiger werdenden Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation gegeben. Herausgestellt wurde vor allem, 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.

Die Rehabilitation trägt für die einzelnen Betroffenen 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 veröffentlichten Überblick über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, erarbeitet vom GVG-Ausschuss „Pflege und Rehabilitation“ unter Beteiligung der Bundesärztekammer, wurden 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, 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)

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

Im Berichtsjahr stand im Vordergrund der Arbeit des Sachverständigenrates der BAR 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 Be-

rücksichtigung 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 dreijährigen Beratungen unter Mitwirkung der Bundesärztekammer vom Sachverständigenrat der Ärzteschaft erarbeitete und vom Vorstand der BAR 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 komplexer werdenden Belastungen des Alltags gewachsen zu bleiben, verstärkt sich. Dies erfordert in Ergänzung zur Förderung adäquater präventiver Maßnahmen eine Zielorientierung der Rehabilitation von der Herstellung der Erwerbsfähigkeit bis hin zum Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie auch bei fehlender Aussicht auf Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und der geriatrischen Rehabilitation, welche weiterentwickelt und ausgebaut werden müssen, wird darüber hinaus eine zunehmende Bedeutung zukommen. Die wesentlichen Kernaussagen dieses Positionspapiers können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rehabilitation und Teilhabe müssen sich „wie aus einer Hand“ über alle Versorgungsbereiche erstrecken.
- Die Ausrichtung der Rehabilitation auf individuelle Bedarfe muss auf der Grundlage einer konsequenten Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgen.
- Wunsch- und Wahlrecht sowie das Persönliche Budget können die Autonomie der Betroffenen stärken.
- Sozialmedizinisch nicht begründbare Unterschiede in der frührehabilitativen Versorgung müssen beseitigt werden.
- Zugangssteuerung und Durchführung der Rehabilitation sollen wissenschaftlich fundiert erfolgen.
- Die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen muss erhöht werden.
- In der Aus-, Weiter- und Fortbildung 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.

Hervorzuheben ist aus der Arbeit des Sachverständigenrates der Ärzteschaft weiterhin der 2010/2011 in 13. Auflage veröffentlichte Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. 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 2011

Neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien ist die Bundesärztekammer 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 21. bis 24. September 2011 in der Messe Düsseldorf statt. Über 50.000 Besucher informierten sich über die von 720 Ausstellern aus mehr als 30 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen sowie über Hilfsmittel aus dem Bereich von Rehabilitation und Pflege. Die REHACare International 2011 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 Zusammenhang stehender sozialpolitischer Themen erörtert. Bevölkerungsrückgang und Alterung führen zu neuen Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Der Kongress nahm Bezug zu dieser Thematik und stellte innovative – nicht nur technische – Lösungsansätze vor. Im Fokus standen „intelligente“ Technologien, die das Leben älterer und/oder hilfebedürftiger Menschen erleichtern und unterstützen, sodass diese die Chance erhalten, selbstbestimmt in ihrem häuslichem Umfeld leben zu können. Aufgreifen konnte die REHACare 2011 damit erneut die demografische Entwicklung, welche den Markt rund um Rehabilitation und Pflege in starkem Maße prägt und zugleich das Interesse an altersgerechten Produkten fördert.

Der REHACare-Kongress mit seinen Vortragsreihen zum „Wohnen im Alter“ und zum Thema „Demenz“ war hervorragend besucht. 630 Fachleute und betroffene Angehörige informierten sich intensiv über altersgerechte Wohnkonzepte, Demenz-Symptomatik sowie vorbeugende Maßnahmen und Unterstützungsangebote.

3.5.5 Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen

Mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ am 01.07.2001 haben Bundesregierung und Gesetzgeber 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. Hiermit hat ein bedeutsamer 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 die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Mitglieder 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 am 24. Mai und 23. November 2011 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.

3.5.6 Unzureichende Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen

Vor dem Hintergrund zunehmender Kritik von am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Verbänden und Organisationen an der unzureichenden Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen seitens der Leistungsträger empfahl der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 4. April 2011 dem Vorstand der Bundesärztekammer, einen entsprechenden Entschließungsantrag in den 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel einzubringen. Auf einen daraufhin vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossenen Antrag fasste der Ärztetag folgende Entschließung:

„Dem in § 9 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) kodifizierten Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten in der Rehabilitation wird von den zuständigen Kostenträgern, so insbesondere von den Rentenversicherungsträgern, völlig unzureichend Rechnung getragen. Mit der Begründung, dass das vorrangige Leistungsrecht das Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) ist, erfolgt weiterhin eine auch schon vom Bundesrechnungshof gerügte Praxis der Einweisung von Rehabilitanden in rentenversicherungseigene Kliniken – dies oftmals gegen den ausdrücklichen Willen der Patienten, auch wenn eine ihrem Wunsch entsprechende Rehabilitationsklinik oder ein ambulantes Rehabilitationszentrum geringere Kosten verursacht hätte.

Darüber hinaus wird das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten auch dadurch eingeschränkt, dass Rentenversicherungsträger die sozialrechtliche Verpflichtung der Belegung von zertifizierten Kliniken bzw. ambulanten Rehabilitationszentren nicht umsetzen, indem sie Nicht-Vertragskliniken bzw. nicht vertraglich gebundene ambulante Rehabilitationszentren nicht belegen, obwohl diese über eine Zertifizierung im Sinne des SGB V verfügen und somit Vertragseinrichtungen im Sinne des Gesetzes sind. In den meisten Fällen ist zudem die gewünschte Leistung des Leistungsberechtigten wirtschaftlicher als die genehmigte Leistung, so z. B. der Wunsch auf ambulante Durchführung statt einer stationären Leistung oder eine wohnortnahe vor einer wohnortfernen Leistungserbringung. Ferner wird dem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2006 geschaffenen Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation insbesondere von Seiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen nur unzureichend Rechnung getragen.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert daher die zuständigen Kostenträger in der Rehabilitation auf, diese den Rehabilitanden nur sehr eingeschränkt eingeräumten Wunsch- und Wahlrechte bei der Leistungsgewährung stärker zu beachten.“

3.5.7 Perspektiven – Licht und Schatten in der Rehabilitation

Derzeit sind immer noch viele „Baustellen“ im Bereich der medizinischen Rehabilitation festzustellen, so nicht zuletzt die immer stärker rückläufige Entwicklung der Leistungsgewährung durch die Kostenträger, die immer größer werdenden Antragsstaus sowie die immer noch unzulängliche Funktionsweise der Gemeinsamen Servicestellen. Als aus Sicht der Ärzteschaft ebenso unzureichend müssen die Arbeits- und Vergü-

tungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in den Rehabilitationskliniken bewertet werden; hier müssen in den Tarifverhandlungen dringend Verbesserungen erzielt werden. Bei vielen positiv zu bewertenden gesetzlichen Vorschriften und hierauf aufbauenden Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner lässt eine insgesamt zügige Umsetzung dieser neuen Regelungen zur realen Verbesserung der Ansprüche der Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen noch immer auf sich warten.

Eine wesentliche Voraussetzung hierfür kann auch eine von der Politik zu fordernde Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung sein. Angesichts des dort erheblich steigenden Leistungsbedarfs ist die nach wie vor bestehende Kopplung der Ausgaben an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter geradezu kontraproduktiv. Zu den Faktoren, die zu einem erheblichen Anstieg des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen führen werden, zählen die steigende Zahl chronischer Erkrankungen bei einer älter werdenden Bevölkerung, die höheren Versichertenzahlen in den rehabilitationsintensiven Alterskohorten, die Zunahme der Anschlussheilbehandlungen sowie die Konsequenzen aus der schrittweisen Einführung der Rente mit 67.

Dennoch kann auch festgehalten 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 können die Perspektiven durchaus positiv und zukunftssträftig sein. Diese Potenziale auch zum Wohle der von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu nutzen, muss daher vorrangiges Ziel aller am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten und damit auch der Ärzteschaft sein.

3.6 Betriebsärztliche Versorgung

Der Unternehmer hat nach dem Arbeitssicherheitsgesetz die Aufgabe, von der beruflichen Tätigkeit ausgehende Gefahren für die 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 werden 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 eine Vielzahl von Initiativen ergriffen.

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 angesagt, 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 Bewertung durch die beurteilten Geprüften stellen, und zwar im Hinblick darauf, ob sie 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
- Famulatur 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 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 im Sinne von Wertschöpfung durch Arbeitsschutz und Primärprävention.

Die Handlungsoptionen sollen im Rahmen von Vorträgen, Artikeln etc. bekannt gemacht werden, um eine breite Diskussion und die erforderlichen Maßnahmen zu induzieren.

Nachwuchsförderung durch Bund und Länder

Es ist zu begrüßen, dass sich Bund und Länder mit der Nachwuchsförderung in der Betriebsmedizin befassen. Vertreter aller Bundesländer starteten im Jahr 2009 eine Initiative für die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK). Die Initiative mündete in dem Beschluss der 86. ASMK am 21./22. Oktober 2009 in München, den Bundesminister für Arbeit und Soziales zu bitten, den Handlungsbedarf zur aktuellen und langfristigen Sicherung des notwendigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde festzustellen und Lösungswege zu beschreiben.

In der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010 am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden wurde im Rahmen des Tagesordnungspunktes „Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses“ der entsprechende Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) beraten und darauf hingewiesen, dass das Fachgebiet Arbeitsmedizin in medizinischen Kreisen offensichtlich noch nicht ausreichend bekannt ist. Die Sitzungsteilnehmer stellten fest, dass Studenten wie auch Ärztinnen und Ärzte häufig nur Teilaspekte der arbeitsmedizinischen Tätigkeit kennen. Daher ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit mit Aufklärung über das Profil, die ethischen Vorstellungen und die Ziele arbeitsmedizinischer Prävention eine notwendige Voraussetzung für die Nachwuchsgewinnung. Förderlich kann ferner der Hinweis auf geregelte Arbeitszeiten und gute Chancen zur Teilzeitarbeit sein. Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass Möglichkeiten zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Weiterbildung (ggf. auch finanzielle Förderung), zur angemessenen Bezahlung der Betriebsärzte und zum vermehrten Einsatz von fachkundigem Hilfspersonal erörtert werden müssen.

Die 87. ASMK stellte fest, dass die langfristige Sicherung des erforderlichen arbeitsmedizinischen Nachwuchses dringend Beiträge aller Akteure erfordert, die sich mit der Gesunderhaltung der Beschäftigten befassen. Im Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim BMAS sind die Sozialpartner, die Länder und die Unfallversicherungsträger sowie die Wissenschaft und die Bundesärztekammer und damit alle wesentlichen Entscheidungsträger bzw. Multiplikatoren vertreten. Das BMAS hat dem AfAMed vorgeschlagen, das Thema Nachwuchssicherung im Rahmen einer Konferenz zu behandeln. Die verschiedenen Bänke sollten dort ihren möglichen Beitrag zur Verbesserung der Lage der Betriebsärzte zur Diskussion stellen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat daraufhin den AfAMed gebeten, eine solche Konferenz auszurichten. Hierzu hat der AfAMed bereits eine Arbeitsgruppe eingerichtet, an deren Arbeit auch die Bundesärztekammer beteiligt ist. Die Arbeitsgruppe hat in diesem Jahr zweimal getagt. Die Konferenz soll in der zweiten Jahreshälfte 2012 stattfinden.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ begrüßen ausdrücklich diese Initiative der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses.

3.6.2 Betriebsärztliche Berufsausübung

Betriebsärztliche Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Derzeit wird auf institutioneller Ebene breit im Zusammenhang mit der Zukunft der betriebsärztlichen Versorgung in den Betrieben vor dem Hintergrund des demografischen Wandels diskutiert. Wesentlicher Ausgangspunkt hierfür war ein im Frühjahr 2010 in der Zeitschrift „Sicherheitsingenieur“ (Heft 3/2010) erschienenes Editorial des stellvertretenden Hauptgeschäftsführers der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Dr. Walter Eichendorf, mit der Überschrift „Betriebe ohne Ärzte“. Hierin äußerte Dr. Eichendorf nicht nur die Einschätzung, dass spezielle Anreize zur Gewinnung von Ärzten für die Arbeits- und Betriebsmedizin zu Lasten der Versorgung der Allgemeinbevölkerung gingen und daher nicht zu verantworten seien, sondern er vertrat darüber hinaus insbesondere die Auffassung, dass nichtärztliche Experten, wie Sicherheitsingenieure, Arbeitswissenschaftler, Psychologen, Pädagogen, Ergonomen sowie ärztliches Assistenzpersonal stärker in die betriebsärztliche Betreuung einbezogen werden können, um so die Betriebsärzte zu entlasten. Hiermit vertritt Dr. Eichendorf mithin die Position, in Anbetracht des Mangels an Betriebsärzten deren Aufgaben nicht an andere Berufe unter Wahrung der ärztlichen Gesamtverantwortung zu delegieren, sondern diese Leistungen zu substituieren und damit aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich zu entlassen.

Vor dem Hintergrund dieser problematischen Sichtweise führten Dr. Wolfgang Panter (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.) und Dr. Hans-Jürgen Maas (Bundesärztekammer) am 24.03.2010 ein Gespräch mit Dr. Eichendorf, in welchem versucht wurde, die Vorstellungen des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) sowie der Bundesärztekammer zu diesen Problemkomplexen darzulegen. Besonders hervorgehoben wurde hierbei, dass nicht nur die Bemühungen des Berufsverbandes und der Fachgesellschaft um die Gewinnung von ärztlichen Nachwuchskräften in der Arbeits- und Betriebsmedizin völlig legitim und innerhalb der Ärzteschaft unumstritten

seien, sondern die Übernahme von betriebsärztlichen Leistungen durch nichtärztliche Berufe von der Ärzteschaft kategorisch abgelehnt werden muss. Der provokative Titel des Editorials „Betriebe ohne Ärzte“ ist aus Sicht der Ärzteschaft völlig inakzeptabel.

Der weitere Verlauf der Diskussionen zu dieser Thematik innerhalb der zuständigen Gremien der DGUV hat jedoch – soweit bekannt geworden – gezeigt, dass von diesen im Editorial aufgezeigten Überlegungen in keiner Weise Abstand genommen wurde. Im Verlauf des Sommers 2010 hat Dr. Maas als Mitglied der Vertreterversammlung und des Ausschusses Prävention und Arbeitsschutz der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) diese höchstumstrittenen Überlegungen in den Reihen der DGUV in die Beratungen der Gremien der BGW hineingetragen. Ergebnis der Erörterungen war eine Ende 2010 an Dr. Eichendorf gerichtete Bitte um ein gemeinsames Gespräch zwischen der DGUV, der BGW, der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) sowie dem VDBW, um hierin um Verständnis für die auch von der BGW getragenen Bedenken der Ärzteschaft zu den dortigen Überlegungen zu werben und nach von allen Beteiligten gemeinsam getragenen Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Die BGW führte zur Begründung aus, dass die Überlegungen der DGUV, weitere Professionen neben dem Arzt in die betriebsärztliche Betreuung einzubeziehen, um so die Betriebsärzte zu entlasten, aus Sicht der BGW dazu führen werden, dass die betriebsärztliche Betreuung auf diesem Wege der Substituierung durch nichtärztliche Fachkompetenzen sukzessive ersetzt und langfristig als überflüssig angesehen werden könnte. Derartige Ansätze führen nach Auffassung der BGW nicht dazu, das heute vorhandene, qualitativ hochstehende Niveau der betriebsärztlichen Versorgung zu erhalten, sondern führen eher zu nichtärztlich ausgerichteten Betreuungsformen. Angesichts einer sich ständig ändernden Arbeitswelt mit immer neuen, differenzierteren Berufsbildern und insoweit neuen Gesundheitsrisiken ist ein Betriebsarzt mit seiner Kompetenz/Expertise in Gesundheitsfragen im Betrieb mehr denn je erforderlich.

In einem daraufhin am 11.08.2011 zwischen der Bundesärztekammer, der BGW, dem VDBW, der DGAUM und der DGUV geführten Gespräch erfolgte eine gemeinsame detaillierte Bestandsaufnahme, um auf der Grundlage aktueller und vollständiger Erkenntnisse zu den heutigen Rahmenbedingungen einerseits sowie über bestehende Defizite in der betriebsärztlichen Betreuung andererseits verlässliche Prognosen zum mittel- und langfristigen Bedarf aufzustellen und mögliche Lösungen erörtern zu können.

Die Arbeitsmedizin-Gremien äußerten vorab in ihrer Sitzung am 16.02.2011 großes Unverständnis gegenüber dieser Bewertung in den Reihen der DGUV. Diese verkennt völlig, dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzte die Kompetenz in Gesundheitsfragen in Betrieben aufweisen, welche keine andere Profession hat. Die Betriebsärzte sind Experten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Ferner nimmt der Betriebsarzt eine wichtige Rolle beim Wiedereingliederungsmanagement ein. Diese wichtigen Fähigkeiten der Betriebsärzte müssen stärker herausgestellt werden. Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte bildet arbeitsmedizinisches Fachpersonal aus und bietet Fortbildungen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen an. Es wurde in Aussicht gestellt, dass eine Arbeitsgruppe des VDBW und der DGAUM ein Konzept zur Delegation von betriebsärztlichen Leistungen auf ärztliches Assistenzpersonal erstellt. Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ begrüßten ausdrücklich die Initiative der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die das Ziel hat, die

arbeitsmedizinische Versorgung in den Betrieben vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu sichern.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ lehnen die Substitution betriebsärztlicher Leistungen durch andere Professionen entschieden ab. Einen Beitrag zur Sicherstellung der Qualität stellt vielmehr die Delegation von abgestimmten Aufgaben an qualifiziertes Assistenzpersonal mit Verbleib im Verantwortungsbereich von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten dar.

DGUV-Vorschrift 2 – Konsequenzen für Betriebsärzte

Die Unfallverhütungsvorschrift Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV-Vorschrift 2) ist zum 01.01.2011 in Kraft getreten, wobei keine Übergangsfrist vorgesehen ist.

Bei der Betreuung der Beschäftigten wird nach dieser neuen DGUV-Vorschrift 2 nunmehr eine gemeinsame Einsatzzeit von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit vorgesehen, die individuell aufgeteilt werden muss. Das neue Konzept der DGUV sieht eine Grundbetreuung mit festen Einsatzzeiten und eine betriebsspezifische Betreuung vor, deren Umfang von jedem Betrieb selbst zu ermitteln ist.

Das Besondere an dem betriebsspezifischen Teil der Betreuung ist – wie von der DGUV herausgestellt – die individuelle Ermittlung des Betreuungsbedarfs durch den Unternehmer. Dreh- und Angelpunkt ist damit der Unternehmer bzw. Arbeitgeber. Wenn der Arbeitgeber ambitioniert ist und im Arbeitsschutz und in der Arbeitsmedizin Chancen für seinen Betrieb und damit für seine Beschäftigten sieht, dann wird er sich sicherlich von Anfang an vom Betriebsarzt, von der Fachkraft für Arbeitssicherheit und den betrieblichen Interessenvertretern beraten lassen, um einen vorbildlichen Arbeitsschutz durch Betriebsarzt/Fachkraft für Arbeitssicherheit und anderen Professionen zu gewährleisten. Wenn der Arbeitgeber keinen Vorteil in der Gesundheitsvorsorge seiner Mitarbeiter sieht, ist zu befürchten, dass kaum betriebsärztliche Betreuung stattfindet. Diese Gefahr besteht insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen.

Die neue Ausrichtung der DGUV-Vorschrift 2, nach Handlungsfeldern bzw. Aufgabefeldern vorzugehen, scheint der nötige Ansatz zu sein. Es werden beispielsweise Aufgabefelder im Bereich der psychischen und physischen Fehlbeanspruchungen, der Einsatz von Fremdfirmen und Zeitarbeitnehmern, Nachtschichtarbeit, Wiedereingliederung, altersgerechte Tätigkeit etc. aufgeführt. Die Arbeitsmedizin-Gremien sehen jedoch die gemeinsame Einsatzzeit für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit als problematisch an. Demnach ist es bei schlechten Bedingungen möglich, dass Betriebsärzte kaum in den Betrieben tätig werden. Die Befürchtungen werden damit begründet, dass Unternehmen oft aus Kostengründen eher Fachkräfte für Arbeitssicherheit für die Betreuung der Beschäftigten im Betrieb nutzen, weil deren Einsatzstunden günstiger sind als die der Betriebsärzte. Von Seiten der DGUV wird hingegen berichtet, dass Musterbetriebe, die bereits diese neue Bestimmung umsetzen, sogar einen Mehraufwand der betriebsärztlichen Betreuung von 30 Prozent feststellen. Die DGUV-Vorschrift 2 sieht zwar formal keine Übergangsbestimmungen bzw. -fristen vor, aber inoffiziell wird eine sogenannte „Schonfrist“ von einem Jahr eingeräumt, in der sich die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung den neuen Gegebenheiten anpassen kann.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ plädieren für eine eingehende und umfassende Beobachtung und Analyse der Umsetzung dieser neuen Regelung und ggf. hierbei festzustellender Probleme. Es soll im Sinne einer Begleitforschung eine Evaluation der DGUV-Vorschrift 2 durch ein unabhängiges Institut, z. B. durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, durchgeführt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Weiterentwicklung der §§ 20a, b, d SGB V

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist heute eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Allerdings gehört sie auch zur Pflichtleistung der Krankenkassen (§ 20a SGB V). Zudem kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Außerdem sind Maßnahmen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und der betrieblichen Gesundheitsförderung dienen, bis zu einem Betrag von 500 Euro pro Jahr und Arbeitnehmer von der Einkommenssteuer befreit.

Im Rahmen der „Nationalen Präventionsstrategie“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) muss auch die Überarbeitung der §§ 20a SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung“, 20b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ und 20d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“ angestrebt werden. Die Krankenkassen führen bereits zahlreiche Aktivitäten in den Betrieben durch, diese können aber optimiert werden. Hier schlagen die Arbeitsmedizin-Gremien vor, dass die Krankenkassen bestehende Strukturen der Prävention in den Betrieben (Arbeitsmedizin) nutzen, um den tatsächlichen Bedarf festzustellen, damit so zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention durchgeführt werden kann. Als Ergebnis ihrer Beratungen am 16.02.2011 begrüßten Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ die Initiative des BMG, die „Nationale Präventionsstrategie“ verstärkt auch auf das Setting „Betrieb“ auszurichten.

Folgende Punkte müssen im Rahmen einer Stellungnahme zur Nationalen Präventionsstrategie berücksichtigt werden:

- Zu § 20a SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung“: In § 20a Abs. 1 SGB V muss noch deutlicher herausgestellt werden, dass die Krankenkassen zielgerichteter betriebliche Gesundheitsförderung betreiben sollen, indem sie auf Basis von Gefährdungsanalysen vorgehen. Nur nach einer genauen Ist-Analyse ist eine gezielte Intervention möglich. Hierbei soll die Kompetenz von Betriebsärzten mehr genutzt werden.
- Zu § 20b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“: Auch hier sollen die Krankenkassen Projekte zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auf Basis von strukturierten Gefährdungsanalysen mit Hilfe von Betriebsärzten durchführen lassen.
- Zu § 20d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“: Die Durchimpfungsrate in Deutschland ist erschreckend niedrig. Hier muss auf eine Erhöhung der Impfquote hingewirkt werden. Das Setting „Betrieb“ ist eine wichtige Möglichkeit, viele Beschäftigte zu erreichen und zu impfen. Neben den Hausärzten sollte auch das Potenzial der Betriebsärzte im Hinblick auf Impfungen ausgeschöpft werden. Hier muss eine transparente Vergütungsregelung für die Leistungen der Betriebsärztinnen und -ärzte sowie der Sachkosten geschaffen werden. Bereits derzeit sind – wenn auch z. T.

mühsam – Impfvereinbarungen mit den Ländern, den Betrieben und den Krankenkassen abgeschlossen worden. Der Gesetzestext muss so modifiziert werden, dass es den Krankenkassen ermöglicht wird, Impfvereinbarungen mit den Betrieben/Betriebsärzten zu schließen. Ferner sollte in dem interdisziplinären Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung die Rolle des Betriebsarztes gestärkt werden.

G-20-Untersuchung – Durchführungsberechtigung

Laut (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) müssen die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin u. a. folgende Punkte umfassen: Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der arbeitsmedizinischen Vorsorge-, Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchung einschließlich der Beurteilung mittels einfacher apparativer Techniken.

Im Hinblick auf die Beurteilung des Hör- und Sehvermögens sind im Rahmen der zweiten Auflage des Kursbuches „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ deutlich mehr Stunden zur Vermittlung der Lerninhalte eingeräumt worden. Auch der Weiterbildungsbefugte muss seinem Weiterzubildenden praktische Fertigkeiten vermitteln.

Die Bestimmungen des Grundsatzes G 20 „Lärm“ der DGUV in der ursprünglichen Form gelten nicht mehr. Nach der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV), welche keinen verpflichtenden zusätzlichen Kurs für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung G 20 vorsieht, entwickelt der Ausschuss für Arbeitsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) derzeit eine arbeitsmedizinische Regel zur Thematik „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung des Hörvermögens“ (AMR).

Nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung, nach den (Muster-)Richtlinien zu den Inhalten sowie nach dem (Muster-)Kursbuch Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin ist kein zusätzlicher verpflichtender Kurs zur Beurteilung des Hör- und Sehvermögens notwendig und einforderbar, da die notwendigen Kenntnisse bereits in der praktischen und theoretischen Weiterbildung zur Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin vermittelt werden.

Im Rahmen seiner nach der Berufsordnung bestehenden Fortbildungsverpflichtung kann jeder Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner unbeschadet dessen in derartigen Kursen seine hier erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten auffrischen.

Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte

In den letzten Jahren gab es immer wieder die Forderung von Betriebsärzten, dass auch sie auf den Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum Wohle der in eine Notfallsituation geratenen Beschäftigten zurückgreifen können. Zunächst wurde argumentiert, dass die Arbeitsmediziner präventivmedizinisch tätig sind und es dadurch gar keine Veranlassung gäbe, dass die Betriebsärzte Zugriff auf den Notfalldatensatz auf der eGK bekommen müssten. Zudem gab es immer noch diffuse Ängste, dass Betriebsärzte ihre Schweigepflicht brechen, indem sie Arbeitgebern vulnerable Daten der Arbeitnehmer mitteilen. Gegen dieses Vorurteil muss weiterhin durch Aufklärung vorgegangen werden.

Auch ist vielen entgangen, dass Betriebsärzte zwar hauptsächlich präventivmedizinisch tätig werden, ihnen aber auch nach § 3 Abs. 1e Arbeitssicherheitsgesetz „die Organisation

der Ersten Hilfe im Betrieb“ obliegt. Nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer haben sie „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Organisation und Sicherstellung der Ersten Hilfe und notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz“ zu erwerben, um Fachärztin/Facharzt für Arbeitsmedizin zu werden oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu erlangen. Also ist die Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz Aufgabe der Betriebsärzte. Zu fragen ist, wer haftet, wenn bei einem Notfall der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt der Zugriff auf die eGK verwehrt wird und dadurch ein Mensch zu Schaden kommt.

All diese Fakten sind bei Beratungen des Dezernats Telematik der Bundesärztekammer eingeflossen. Die Bundesärztekammer ist Mitglied der gematik, deren Gesellschafter die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen sind. Weitere Mitglieder sind Vertreter der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer, des Deutschen Apothekerverbandes e. V. (DAV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Den Vorsitz der Gesellschafterversammlung hat Dr. Carl-Heinz Müller, seine Stellvertreterin ist Dr. Doris Pfeiffer. Der Vorsitz wechselt jährlich zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Bundesärztekammer wurde von den Gesellschaftern der gematik im April 2010 mit der Entwicklung und Einführung eines Notfalldatenmanagements auf der elektronischen Gesundheitskarte beauftragt. Die Bundesärztekammer trägt damit die Gestaltungshoheit und Verantwortung bei der Konzeption und Testung des Notfalldatenmanagements. Ziel des Projektes ist es, den Patienten in Deutschland flächendeckend die Anwendung „Notfalldatenmanagement“ zur Verfügung zu stellen. Der Anspruch des Vorhabens liegt in der Entwicklung eines Notfalldatenmanagements im deutschen Gesundheitswesen, das dem Bedarf und dem Anspruch der Ärzteschaft sowie der Patienten an eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Notfallversorgung gerecht wird.

In dem geplanten Notfalldatenmanagement hat die Bundesärztekammer eine Teilung der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte vorgesehen. Die eine Anwendung ist das Anlegen von sogenannten Notfalldaten auf der eGK. Darunter versteht man medizinische Informationen aus der Vorgeschichte des Patienten, die dem Arzt zur Abwendung eines ungünstigen Krankheitsverlaufes sofort zugänglich sein müssen. Dabei wurde für Allergien/Unverträglichkeiten ein separates Datenfeld geschaffen. Außerdem kann der anlegende Arzt bis zu zwanzig Diagnosen angeben sowie Fremdbefunde einstellen. Aber auch notfallrelevante Medikamente können ausführlich mit Dosierungsschema erfasst werden. Die Kontaktdaten des behandelnden Arztes dürfen nicht fehlen. Die zweite Anwendung auf der eGK sind Daten zur „Persönlichen Erklärung“. Diese können eine Patientenverfügung, Organ-/Gewebspendedeclaration oder Vorsorgevollmacht sein. All diese Daten werden direkt auf der eGK und nicht auf einem Server hinterlegt. Das Auslesen im Notfall erfolgt ohne PIN-Eingabe, aber es muss ein elektronischer Arztausweis eingelesen werden. Auch beim Anlegen des Notfalldatensatzes muss der Patient keine PIN angeben. Der Patient unterzeichnet stattdessen beim Arzt eine Einwilligungserklärung. Ärzte können mit Einverständnis des Patienten die Notfalldaten auch überprüfen und aktualisieren.

Die Zugriffsrechte für diese Informationen sind im § 291a SGB V geregelt. Demnach darf ein Zugriff auf die Daten zum Zwecke der Notfallversorgung nur durch Berechtigte, u. a. Ärzte, erfolgen, die mittels eines elektronischen Heilberufsausweises auf diese Da-

ten zugreifen können. Ein Einverständnis des Patienten vor Nutzung der Daten in der Notfallsituation wird nicht verlangt. Ein Zugriff auf die Daten außerhalb einer akuten Notfallversorgung ist im Rahmen einer ärztlichen Versorgung ebenfalls möglich, verlangt aber dann ein dokumentiertes Einverständnis des Patienten.

Unberechtigte Zugriffe auf die medizinischen Daten eines Patienten sind nach § 307b SGB V strafbewehrt. Hierunter fällt in jedem Fall das Lesen der Notfalldaten im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen, selbst wenn der Bewerber seine Notfalldaten auf der eGK dem untersuchenden Arzt zur Verfügung stellen möchte. Dies wird von den Betriebsärzten begrüßt, da aus deren Sicht Einstellungsuntersuchungen nicht originäre Aufgabe von Betriebsärzten sind. Es sind zwar „arbeitsmedizinische Untersuchungen“, aber keine „arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen“. Nach dem Arbeitsvertragsrecht kann der zukünftige Arbeitgeber bei Bewerbern im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen Gesundheitsdaten abfragen, wie es ihm im weiteren Verlauf des Arbeitsverhältnisses später nicht mehr möglich sein wird. Der Bewerber kann die Einstellungsuntersuchung ablehnen, es besteht aber dann die Möglichkeit, dass der potenzielle Arbeitgeber ihn dann nicht einstellt. Im Gegensatz hierzu sind „arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ zum Schutze der Beschäftigten in Bezug auf den Arbeitsplatz gedacht. Dem Arbeitgeber ist dann nur das Untersuchungsergebnis, z. B. „keine Bedenken“ etc. mitzuteilen, keinesfalls aber Befunde.

Jeder Zugriff auf die notfallrelevanten Informationen wird auf der eGK protokolliert, sodass eine Nachverfolgung der zurückliegenden Zugriffe jederzeit möglich ist. Bei der Zugriffsberechtigung auf die Notfalldaten gibt es keine Unterscheidung nach Arztgruppen oder Fachbereichen. Jeder berechtigte Inhaber eines elektronischen Heilberufsausweises hat in der Notfallsituation das Recht zum Zugriff auf die notfallrelevanten Informationen des Patienten, die auf der eGK abgespeichert sind. Auch bei der Herausgabe eines Heilberufsausweis gibt es keine arzt- oder arztfachgruppenbezogene Einschränkung.

Auch in Anbetracht dessen, dass es noch einige Jahre dauern wird, bis die elektronische Gesundheitskarte flächendeckend eingesetzt wird, wurden diese Entwicklung und Festlegung von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer in ihrer Sitzung am 16.02.2011 begrüßt. Es wurde festgestellt, dass es wichtig und sinnvoll ist, wenn Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auf die Daten der Patienten auf der eGK zum Zwecke der Notfallversorgung zugreifen können. Ebenso wurde begrüßt, dass der Zugriff auf die Daten außerhalb einer akuten Notfallversorgung im Rahmen einer ärztlichen Versorgung ebenfalls möglich ist, vorausgesetzt ein dokumentiertes Einverständnis der Patienten liegt vor.

Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin: Weiterbildungszeit

Der an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesene Ärztetagsantrag „Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin: Weiterbildungszeit“ (Drucksache III-68) des 113. Deutschen Ärztetages 2010 zielt darauf ab, die Weiterbildungszeit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin zu überdenken und die Zeit an der Weiterbildungsstätte Betriebs-/Arbeitsmedizin zu reduzieren. Begründung: Zur Abdeckung der notwendigen Einsatzzeiten in den Betrieben ist neben den Arbeitsmedizinern eine genügende Anzahl von Betriebsmedizinern dringend erforderlich, auch im Hinblick auf die Versorgung im

ländlichen Raum. Die vorgeschlagenen Weiterbildungszeiten sind für einen niedergelassenen Arzt nur schwer erreichbar. Die Qualifikation Betriebsmedizin unterscheidet sich nur unwesentlich von dem Facharzt für Arbeitsmedizin.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ haben sich in ihrer Sitzung am 16.02.2011 für die Beratung dieses Antrages, nicht zuletzt aus Qualitätssicherungsgründen, klar für eine Beibehaltung der derzeit vorgesehenen Weiterbildungszeit für die Erlangung der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin ausgesprochen.

Zusammenarbeit von Betriebsärzten und DRV Bund bei Rehabilitationsverfahren

Der Artikel „Medizinische Rehabilitation: Berufliche Teilhabe als Leitziel“ zur Neuausrichtung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund im Deutschen Ärzteblatt vom 28.01.2011 (Dtsch Arztebl 2011; 108[4]: A-154) hat großes Unverständnis bei den Betriebsärzten hervorgerufen. Bedauert wird, dass moderne arbeitsmedizinische Möglichkeiten und die Kenntnisse von Betriebsärzten im Rehabilitationsprozess in den Überlegungen der DRV Bund offensichtlich völlig außer Acht gelassen werden. Eine enge Einbindung von Betriebs- und Werksärzten ist sehr sinnvoll, um den Rehabilitationsbedarf von Arbeitnehmern frühzeitig zu erkennen, einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg zu sichern und so den Arbeitsplatz zu erhalten. Zahlreiche Initiativen auf Länderebene der Rentenversicherer und der Betriebsärzte zeigen hingegen, dass eine solche Zusammenarbeit sehr sinnvoll und wichtig für die Beschäftigten ist.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ haben in ihrer Sitzung am 16.02.2011 die neue Ausrichtung des Rehabilitationsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund nachdrücklich abgelehnt, da es keine Beteiligung der Betriebsärzte am Rehabilitationsprozess vorsieht. Die Rehabilitation muss durch die Einbindung von Betriebs- und Werksärzten weiter verbessert und bestehende Systeme optimiert werden. Die geplante künftige Ausrichtung der gesamten medizinischen Rehabilitation mit einem stärkeren Arbeitsbezug kann nur gelingen, wenn die betrieblichen Akteure einbezogen werden.

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ 2011

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ durch. Sie bildet die Entwicklung regional nach Ärztekammerbereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene ab. Seit 2004 sehen die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 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 vorab eine arbeitsmedizinische Fachkundebescheinigung nach § 3 Abs. 3 VBG 123 bzw. später § 6 Abs. 2 BGV A2 erforderlich.

Mit dem erfolgten Entfall dieser Weiterbildungsvariante ist auch das Erfordernis für die Ausstellung dieser speziellen 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 musste. Daher ist 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 getretenen DGUV-Vorschrift 2 entfallen. Bis zum 31.12.2010 mussten evtl. noch laufende Learning-by-Doing-Weiterbildungen zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ in den einzelnen Landesärztekammern abgeschlossen sein.

Nur Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde sind berechtigt, in Betrieben betriebsärztlich tätig zu werden. Aktuell weisen 12.233 Ärztinnen und Ärzte eine arbeitsmedizinische Fachkunde nach. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl in etwa konstant geblieben (- 0,3 Prozent) (Stand: 31. Dezember 2010). Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztqualifikation „Arbeitsmedizin“ hat sich erfreulicherweise um 1,5 Prozent erhöht. Erwartungsgemäß hat sich der Anteil der Betriebsärzte mit der

Tabelle 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) nach Landesärztekammern (Stand: 31.12.2010)

Landesärztekammer	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	1.631	659	818	53	101
Bayern	1.997	663	1.103	8	223
Berlin	640	414	190	0	36
Brandenburg	329	213	115	1	0
Bremen	122	77	45	0	0
Hamburg	294	195	93	2	4
Hessen	838	335	361	57	85
Mecklenburg-Vorpommern	229	104	125	0	0
Niedersachsen	924	364	521	5	34
Nordrhein	1.265	647	514	0	104
Rheinland-Pfalz	483	198	245	1	39
Saarland	173	61	87	4	21
Sachsen	1.129	318	811	0	0
Sachsen-Anhalt	448	165	283	0	0
Schleswig-Holstein	390	153	231	4	2
Thüringen	339	178	157	4	0
Westfalen-Lippe	1.002	429	463	1	109
Bundesgebiet insgesamt	12.233	5.173	6.162	140	758

Quelle: © Bundesärztekammer

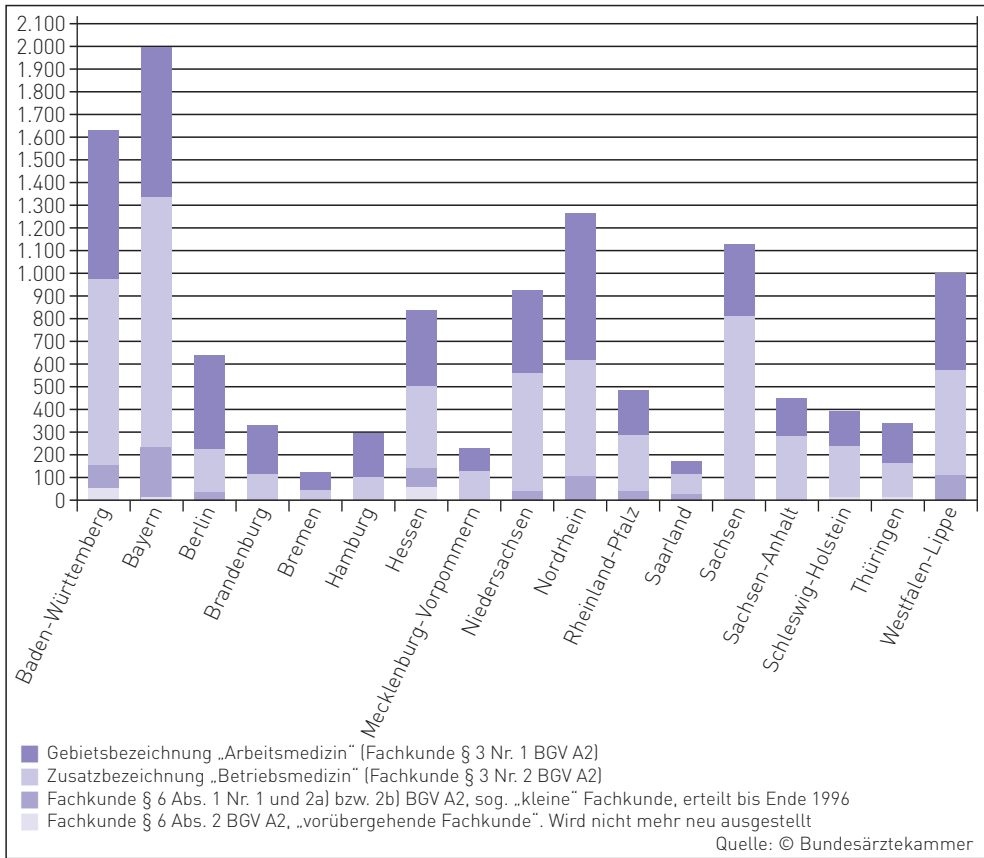


Abbildung 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6. UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) nach Landesärztekammern (Stand 31.12.2010)

arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 6 Abs. 2 Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ um 10,3 Prozent verringert, da die sogenannte „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 2005 (siehe Tabelle und Abbildung 1).

Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2010 zeigt, dass 4.831 Ärztinnen und Ärzte bereits 65 Jahre alt und älter sind. Weitere 1.647 sind 60 bis 64 Jahre alt. Dies bedeutet, dass 53 Prozent aller Betriebsärztinnen und Betriebsärzte 60 Jahre oder älter sind. Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich tätig, jedoch ist abzusehen, dass sie mittelfristig dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Die Zahl der 35- bis 39-Jährigen beträgt nur 246, mit einer Verringerung gegenüber dem Vorjahr um 16,0 Prozent. Die Zahl der 40- bis 44-Jährigen liegt bei 840 und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um 10,4 Prozent verringert (s. Tabelle und Abbildung 2). Dies sind Zahlen, die zeigen, dass zu wenig Ärztinnen und Ärzte sich für die Arbeitsmedizin neu entscheiden.

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: 31.12.2010)

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	37	32	5	0	0
35 bis 39 Jahre	246	172	70	1	3
40 bis 44 Jahre	840	524	293	14	9
45 bis 49 Jahre	1.352	777	544	26	5
50 bis 54 Jahre	1.591	766	796	20	9
55 bis 59 Jahre	1.689	726	900	12	51
60 bis 64 Jahre	1.647	568	908	24	147
65 Jahre und älter	4.831	1.608	2.646	43	534
Summe Altersgruppen	12.233	5.173	6.162	140	758

Quelle: © Bundesärztekammer

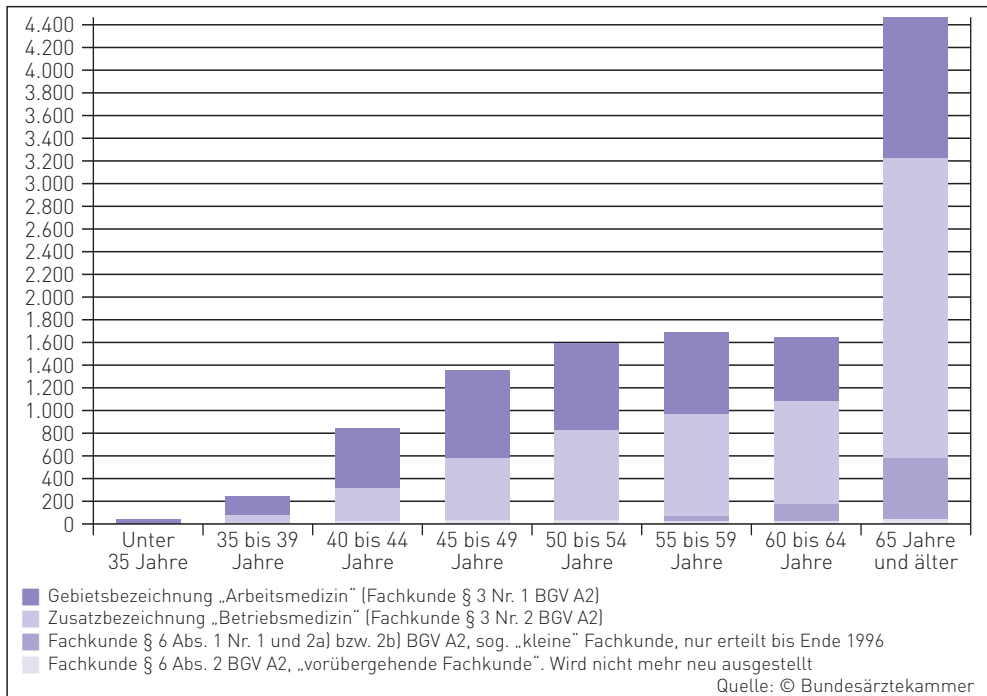


Abbildung 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2010)

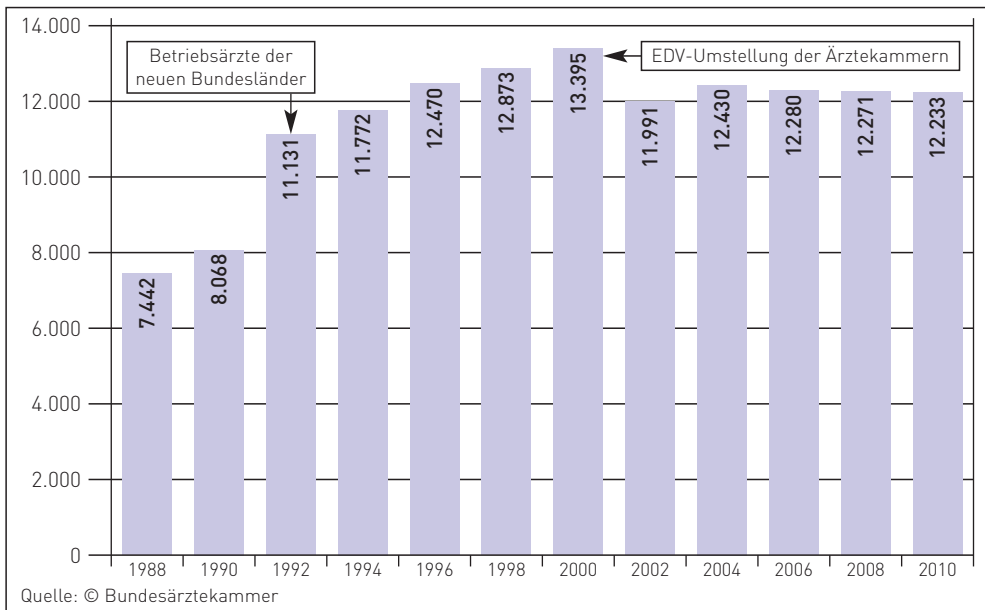


Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ ab dem Jahr 1988 bis 2010 (BGV A2) (Stand: 31.12.2010)

Oftmals fällt die Entscheidung aber später, nach dem bereits eine erste Facharztqualifikation erlangt wurde.

Die Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) von 1988 bis 2010 ist in Abbildung 3 dargestellt.

Die Zahlen zeigen, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus der betriebsärztlichen Tätigkeit ausscheiden als nachwachsen werden. Trotz dieser Zahlen ist aber nach wie vor noch kein eklatanter Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten zu beobachten. Zu erklären ist dieses Phänomen damit, dass viele Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auch über das 65. Lebensjahr hinaus betriebsärztlich tätig sind. Ein Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten wird jedoch mittelfristig sichtbar werden.

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

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 Anfangsjahren von der Bundesärztekammer aktiv mit Ressourceneinsatz maßgeblich 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. Die nächste Sitzung findet am 29.02.2012, mithin nach Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichtes, statt.

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 daraufhin 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 Verordnungsbereichen sinnvoll ist und welche Vorsorgeuntersuchung eine Pflicht- oder eine Angebotsuntersuchung sein soll. Das Ergebnis der Prüfung war, dass eine entsprechende Rechtsverordnung erarbeitet wurde. Nach langwierigem 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 Ge-

fährungsrisiken 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“ (AfA-Med) hat sich am 19.03.2009 konstituiert. Das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) berief Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der arbeitsmedizinischen Wissenschaft in den neuen Ausschuss. Zum Vorsitzenden wählte der Ausschuss Prof. Dr. Stephan Letzel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. Neben dem Vorstand Deutscher Betriebs- und Werksärzte ist auch die Bundesärztekammer in diesem Ausschuss durch Dr. Udo Wolter als Mitglied und Dr. Annegret Schoeller als stellvertretendes Mitglied vertreten.

Im Ausschuss für Arbeitsmedizin ist somit 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 sowie 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. In diesem Jahr tagte der AfAMed am 01.02.2011 und 17.11.2011. Die Bundesärztekammer ist auch in vielen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen vertreten.

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)

Zur Beratung in allen Fragen des Arbeitsschutzes ist nach § 17 Biostoffverordnung (BioStoffV) 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 repräsentiert sind. 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 die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen auswirken. Die Sitzungen im Berichtsjahr fanden am 12.05.2011 und am 05.12.2011 statt.

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, Erfahrungsaustausch und gemeinsame Projekte zu ermöglichen sowie Qualität zu sichern.

Mitglieder der AG „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sind Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern, der GKV-Spitzenverbände, 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, Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG), des BMG und der Bundesärztekammer. Die Geschäftsführung hat das BMAS und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) übernommen.

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 2011 am 12.04.2011 und am 09.11.2011. Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, dass eine Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit angestrebt wird. Vorgeschaltete Workshops sollen bewirken, dass die Akteure gegenseitig ihre Positionen austauschen und kooperieren können.

Unternehmen unternehmen Gesundheit 2011

Im Rahmen einer Tagung „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit am 1. Dezember 2011 hat Minister Daniel Bahr betont, dass betriebliche Gesundheitsförderung eine strategische Säule der Prävention sein muss. Die Krankenkassen sind seit den 80iger Jahren in die Lage versetzt, im Rahmen des § 20 des Sozialgesetzbuches V betriebliche Gesundheitsförderung in den Betrieben durchzuführen. Ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel, die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern und zu erhalten. Auf diese Weise können in einem Betrieb viele positive Veränderungen erreicht werden. Betriebliche Gesundheitsförderung als ein entscheidender Aspekt des Gesundheitsmanagements trägt dazu bei, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langfristig gesund und leistungsfähig bleiben. Ein gutes und gesundes Arbeitsklima trägt zu einer höheren Arbeitsmotivation und zu mehr Wohlbefinden am Arbeitsplatz bei. Dies führt neben einer positiven Identifikation mit dem Unternehmen auch zu einer Produktivität- und Qualitätssteigerung. Sinkende Fehlzeiten und eine Imageverbesserung der Firma können indes zu erheblichen Kosteneinsparungen führen. Im Rahmen dieser Tagung übergab Minister Bahr den Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern einen Aktenordner mit 100 Beispielen guter Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung.

3.6.3 Abrechnung betriebsärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – Chancen und Risiken

Die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die privatärztliche Vergütung von ärztlichen Leistungen. Hier besteht ein Arzt-Patienten-Verhältnis, bei dem die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gewährleistet ist.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer hatten immer wieder die Einführung einer einheitlichen Gebührentaxe für arbeitsmedizinische Leistungen nicht zuletzt aus Qualitätssicherungsgründen als notwendig erachtet. Dies ungeachtet dessen, dass Arbeitsmedizinern/Betriebsärzten grundsätzlich schon derzeit alle Möglichkeiten einer Honorarvereinbarung offen stehen. Sie können mit dem Unternehmer frei über die Höhe und Art der Vergütung betriebsärztlicher Leistungen verhandeln, das heißt, sie können entweder ein Stundenhonorar pauschal vereinbaren oder – auch wenn nur unzureichend betriebsärztliche Betreuungsleistungen als solche in der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verankert sind – mit dem Unternehmer als Vergütungsanspruch ein Liquidationsrecht nach Maßgabe der GOÄ vereinbaren.

Dies setzt allerdings voraus, dass die Vertragspartner sich über eine solche Form der Vergütung einigen. Käme eine solche Vereinbarung zustande, müsste dann geprüft werden, ob die GOÄ die Leistungen des Betriebsarztes enthält. Für Tätigkeitsbereiche des Betriebsarztes, welche in der GOÄ nicht abgebildet sind – wie zum Beispiel Betriebsbegehungen, Beratungen des Arbeitgebers etc. – müssten sogenannte Analogbewertungen gebildet werden, das heißt in der GOÄ enthaltene, nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistungen können als Vergütungsgrundlage herangezogen werden.

Diese Sonderstellung der Betriebsärzte beruht darauf, dass sie nicht auf der Grundlage der GOÄ abrechnen müssen, wenn sie im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses die beruflichen Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber oder dem Dienstherrn erbringen und dafür ein Gehalt erhalten. Das Gleiche gilt, wenn der Betriebsarzt aufgrund eines Honorarvertrages dem Arbeitgeber kontinuierlich die Erbringung betriebsärztlicher Leistungen gegenüber seinen Mitarbeitern und damit gegenüber „Dritten“ (dem Arbeitgeber) schuldet und hierfür eine pauschalierte Vergütung erhält. Ein solches „Dauer-schuldverhältnis“ stellt insbesondere die nebenberufliche und hauptberufliche Tätigkeit eines Arbeitsmediziners/Betriebsarztes dar.

Die Einführung einer amtlichen Gebührenordnung für Betriebsärzte birgt Vor- und Nachteile in sich, welche abzuwägen sind. Einerseits bietet die GOÄ eine Grundlage für eine angemessene betriebsärztliche Vergütung und schützt den Arbeitsmediziner/Betriebsarzt insofern vor einem rigorosen Preiswettbewerb, andererseits sind dann die Rahmenbedingungen der GOÄ zu akzeptieren, zum Beispiel der Gebührenrahmen. Keineswegs darf dann der Einfachsatz unterboten werden. Zudem ist zu beachten, dass die GOÄ nur die vertragsschließenden Ärzte bindet, aber nicht den Auftraggeber sowie die betriebsärztlichen Dienste jedweder Rechtsform, welche dadurch für sich Wettbewerbsvorteile gegenüber den niedergelassenen Ärzten realisieren können.

Angesichts einer desolaten Dumping-Preis-Politik von betriebsärztlichen Anbietern ergibt jedoch die berufspolitische Wertung der Arbeitsmedizin-Gremien, dass es schon aus Qualitätssicherungsgründen sinnvoll und wichtig ist, den Betriebsärzten/Arbeits-

medizinern eine Vergütungsgrundlage in der GOÄ zu schaffen. Für den Zeitraum bis zur Realisierung einer GOÄ, in der auch Gebührenpositionen für betriebsärztliche Leistungen festgelegt sind, sollen für betriebsärztliche Leistungen Analogbewertungen gebildet werden.

Die Heranziehung der GOÄ für Betriebsärzte hat auch Nachteile, die zu beachten sind. Betriebsärzte rechnen immer häufiger direkt mit dem Arbeitgeber der Beschäftigten die erbrachten betriebsärztlichen Leistungen nach GOÄ ab. Es stellt sich die Frage, welche Daten der Arbeitgeber im Rahmen der Rechnung über die betriebsärztlichen Leistungen erhalten darf. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit der Arbeitgeber die Möglichkeit hat, die Rechnungen auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Betriebsärzte unterliegen, wie andere Ärzte auch, der ärztlichen Schweigepflicht nach § 9 der (Muster-)Berufsordnung und § 203 Strafgesetzbuch. Dies gilt nach § 8 Abs. 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) auch im Verhältnis zum Arbeitgeber. Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG sind Betriebsärzte nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten. Von diesem Grundsatz gibt es einige gesetzliche Ausnahmen. Eine verbindliche Vergütungsregelung, wie Betriebsärzte ihre erbrachten betriebsärztlichen Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen können, existiert derzeit nicht.

Somit gilt die ärztliche Schweigepflicht auch bei der Abrechnung der betriebsärztlichen Leistung gegenüber dem Arbeitgeber. Daraus folgt, dass in der Rechnung ein Rückschluss auf die Person des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber auszuschließen ist. Die Rechnung darf daher nicht den Namen des untersuchten Arbeitnehmers sowie weitere personenidentifizierende Angaben zur Person des Arbeitnehmers enthalten. Kann über die Diagnose und/oder abgerechnete Leistungen die untersuchte Person identifiziert werden, dürfen auch diese Daten nicht in der Rechnung enthalten sein. Im Zweifel sind die abgerechneten Leistungen so zu aggregieren, dass jegliche Rückschlüsse auf einzelne Personen ausgeschlossen sind. So können Daten von mehreren Beschäftigten anonymisiert in die Abrechnung aufgenommen werden. Auf diese Weise wird die Schweigepflicht nicht gebrochen.

Soweit dem Betriebsarzt gegenüber dem Arbeitgeber eine Offenbarungsbefugnis bzw. Informationspflicht zukommt, hat er diese außerhalb der Rechnung zu bedienen. Die Rechnung dient dazu, dass der Betriebsarzt eine Vergütung für seine betriebsärztlichen Leistungen erhalten kann. Hiervon sind Informationspflichten des Betriebsarztes gegenüber dem Arbeitgeber in jedem Fall zu trennen und auf andere Weise sicherzustellen.

Hier ist in Kauf zu nehmen, dass die Prüfmöglichkeiten des Arbeitgebers hinsichtlich der Richtigkeit der Abrechnung eingeschränkt werden. Eine Stelle, die eine etwaige Überprüfung der Rechnung vornimmt, ist derzeit nicht vorhanden. Etwaige offensichtliche Unstimmigkeiten kann der Arbeitgeber gegenüber dem Betriebsarzt erklären und ihm um eine Prüfung bitten. Der Betriebsarzt bleibt aber auch dann zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet und ist auch in diesem Fall nicht berechtigt, personenbezogene Daten der untersuchten Personen an den Arbeitgeber weiterzugeben. Derzeit wird die Frage geprüft, ob und wie es möglich ist, dass eine vom Arbeitgeber beanstandete Abrechnung der betriebsärztlichen Leistung durch den Betriebsarzt der zuständigen Landesärztekammer zur Prüfung vorgelegt werden kann.

Ausblick

Einen Versorgungssektor außerhalb des gesetzlichen Regelungssystems des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) stellt das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin dar. Arbeitsmediziner agieren im gesetzlichen Regelungssystem des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Vor diesem Hintergrund ist es ein großes Anliegen der Betriebsärzte, im Interesse der Beschäftigten sektorenübergreifend mit Haus- und Fachärzten in der kurativen Versorgung zu kooperieren und damit die Sektorengrenzen zu überwinden. Es wird deshalb weiterhin eine vorrangige 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 gemacht 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. Ute Teichert-Barthel, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, inne.

EHEC-Epidemie – Rolle der Ärzte im öffentlichen Dienst

Bezüglich ihres Vorgehens sehen sich bei der EHEC-Epidemie die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst falsch beurteilt. Eine Zentralisierung des Meldewesens beim Robert Koch-Institut (RKI) lehnen sie ab. Nicht nur das Robert Koch-Institut, sondern auch die Gesundheitsämter vor Ort haben einen wichtigen Beitrag zu Bewältigung der EHEC-Epidemie geleistet, denn sie verfügen über das epidemiologische und infektiologische Wissen zur Bewältigung von Infektionskrankheiten. Der Vorsitzende des Medizinischen Fakultätentages, Prof. Dr. Dieter Bitter-Suhrmann, hat jedoch gefordert, dass Ärzte Verdachtsfälle zusätzlich zu den lokalen Gesundheitsämtern auch direkt an das RKI melden sollten. Den Gesundheitsämtern hat er vorgeworfen, zur Meldung von Infektionskrankheiten noch die „Briefpost“ zu nutzen. Dies weisen die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst strikt von sich. Die Daten eines Ausbruches werden binnen Tagesfrist über ein behördeninternes E-Mail-System an die Landesämter und das Robert Koch-Institut übermittelt. Die Hauptaufgabe der Gesundheitsämter liegt darin, die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern. Hierbei können die Mitarbeiter auf ihre Ortskenntnisse zurückgreifen. Der öffentliche Gesundheitsdienst beklagt, dass selbst die Universitätskliniken zu wenig über den ÖGD wissen, und fordert die Einrichtung von Lehrstühlen für das öffentliche Gesundheitswesen.

Beratungen und Entschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011

Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat zum Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit großer Mehrheit eine EntschlieÙung zur Thematik „Sicherung der Aufgabenerfüllung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ausreichende Finanzierung“ verabschiedet. Ein weiterer EntschlieÙungsantrag zur Thematik „Leistungsgerechte Vergütung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst“ wurde vom Ärztetag mangels Beratungszeit zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

In der vom Ärztetag verabschiedeten EntschlieÙung forderten die Ärztetagsdelegierten die Bundesländer nachdrücklich auf, die Arbeitsfähigkeit und damit die Aufgabenerfüllung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch dessen ausreichende Finanzierung zu gewährleisten und nachhaltig zu sichern. Neben den vielfältigen Aufgaben und Funktionen, die dem ÖGD in der Prävention im Rahmen einer von Seiten der Ärzteschaft angestrebten Novellierung des § 20 SGB V zusätzlich zukommen sollen, wird die Notwendigkeit einer ausreichenden Finanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Länder im besonderen Maße deutlich durch den seinerzeit im Bundestag und Bundesrat beratenen und zwischenzeitlich verabschiedeten Gesetzentwurf der Regierungsfractionen zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (BT-Drs. 17/5178). Hierin wurde völlig zutreffend eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen als wesentlicher Ansatzpunkt für eine Verbesserung der Krankenhaushygiene benannt. Der hierfür erforderliche, in zentraler Rolle fungierende öffentliche Gesundheitsdienst verfügt jedoch nicht annähernd über die hier notwendigen Ressourcen für eine Ausweitung oder Intensivierung seiner Aufgabenerfüllung. Bund und Länder haben somit im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens einen zielführenden Lösungsansatz für eines der wesentlichsten Probleme bei der Verbesserung der Hygienebedingungen vermissen lassen.

Einen weiteren Ärztetagsantrag hat der Deutsche Ärztetag wegen Beratungszeitmangels nicht verabschiedet, sondern ihn zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. In diesem Entschließungsantrag forderten die Ärztetagsdelegierten die öffentlichen Arbeitgeber auf, ihre bisherige Verweigerungshaltung aufzugeben und die seit Herbst 2010 laufenden Tarifverhandlungen für den kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst endlich durch Vorlage eines konstruktiven und akzeptablen Angebotes für eine bessere Vergütung der Ärzte im ÖGD weiterzuführen. Zur Begründung wird ausgeführt, dass der ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgaben erfüllt. Dazu gehören z. B. die Hygieneüberwachung, der Infektionsschutz und die Prävention. Für diese Aufgaben braucht der öffentliche Gesundheitsdienst hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Diese dürfen jedoch nicht für Gehälter zweiter Klasse arbeiten, und ihre Gehaltsentwicklung darf nicht von den anderen Arztgruppen abgekoppelt werden. So verdienen derzeit Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern bis zu 1.500 Euro monatlich weniger als Ärztinnen und Ärzte in vergleichbaren anderen Einrichtungen. Bereits jetzt gibt es infolge dieser unzureichenden Vergütungen einen erheblichen Personalmangel. Ohne entsprechende Änderungen blutet der öffentliche Gesundheitsdienst immer mehr aus und lässt den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Gefahr geraten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner Sitzung vom 1. bis 3. Juli 2011 das Anliegen und die Forderung dieses Ärztetagsantrages vollumfänglich zu eigen gemacht. Der Präsident der Bundesärztekammer hat mit Schreiben vom 21. September 2011 an den Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, Staatsminister Stefan Grüttner, die Gesundheitsministerkonferenz gebeten, die öffentlichen Arbeitgeber aufzufordern, die Tarifverhandlungen für den kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst endlich diesen Zielen entsprechend voranzubringen.

Ein weiterer an den Vorstand überwiesener Beschlussantrag, nach dem der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin auch für Fachärztinnen und Fachärzte für Arbeitsmedizin sowie für öffentliches Gesundheitswesen möglich sein soll, wurde nach Empfehlung des Ausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. September 2011 grundsätzlich befürwortet. Im Zuge der anstehenden Überarbeitung/Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) soll dieses Anliegen aufgegriffen werden.

Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ hat die zum Themenbereich Öffentlicher Gesundheitsdienst vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel durchgeführten Beratungen und gefassten Beschlüsse ausdrücklich begrüßt. Vorstand und Geschäftsführung der Bundesärztekammer wurden gebeten, die hierin zum Ausdruck kommenden Anliegen zur weiteren Entwicklung und Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes weiterhin zu unterstützen.

Entwurf eines Gesetzes zur Durchführung der internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze

Dem Bundesverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) und der Bundesärztekammer wurde im Frühjahr 2011 ein Referentenentwurf eines Gesetzes zur Durchführung der internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze (Entwurf IGV-Durchführungsgesetz – IGV-DG) zur Stellungnahme zugesandt. Der BVÖGD und die Bundesärztekammer gaben zu dem Gesetzesentwurf ab-

gestimmte Stellungnahmen vom 28.07./29.07.2011 ab. Begrüßt wurde, dass die drei Rechtsverordnungen, die zur Durchführung der früheren internationalen Gesundheitsvorschriften aus dem Jahr 1969 erlassen worden waren, durch dieses einheitliche IGV-Durchführungsgesetz abgelöst werden. Die am 23. Mai 2005 in Genf angenommenen internationalen Gesundheitsvorschriften (IVG) sind das zentrale Rechtsinstrument im Zuständigkeitsbereich der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um eine grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. Die internationale Verbreitung von Krankheiten soll verhütet und bekämpft und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen eingeleitet werden, welche spezifisch auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit ausgerichtet sein sollen, um eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Schiffs- und Flugverkehrs sowie des internationalen Handels zu vermeiden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) räumt dem IGV-DG einen gegenüber den früheren Vorschriften stark erweiterten Anwendungsbereich ein. Diese beziehen sich nicht mehr nur auf einige bestimmte übertragbare Krankheiten, sondern können grundsätzlich auf Gesundheitsgefahren aufgrund aller übertragbaren Krankheiten sowie chemischer oder radionuklearer Agentien Anwendung finden, die Ursache sind oder bei denen die Ursache noch unklar ist. Es sind natürliche Ereignisse als Verursacher ebenso erfasst wie Unfälle oder die absichtliche Ausbringung von Krankheitserregern oder anderen gesundheitsgefährdenden Stoffen.

Das IGV-DG sieht ein umfassendes internationales Meldesystem zwischen den Vertragsstaaten und der WHO vor, das dazu dienen soll, außergewöhnliche Ereignisse frühzeitig zu erkennen. Es muss eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite dargestellt werden. Jeder Vertragsstaat verfügt über eine jederzeit erreichbare nationale IGV-Anlaufstelle (für Deutschland das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum – GMLZ). Die WHO verfügt in jeder ihrer sechs Regionen über eine jederzeit erreichbare WHO-IGV-Kontaktstelle. Zwischen IGV-Anlaufstelle und WHO-IGV-Kontaktstelle werden dringende Mitteilungen der WHO an den Vertragsstaat, die die Durchführung der IGV betreffen, ausgetauscht. Die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und die Bundesärztekammer begrüßen, dass das IGV-DG gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite abbilden kann. Es ist aber zu bedenken, dass gerade im Kontext der Verbesserung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung vor der Ausbreitung grenzüberschreitender Infektionen und Gesundheitsgefahren personenbezogene Daten ggf. an eine Vielzahl von Stellen übermittelt werden. Datenschutzrechtlich ist hier besondere Sorgfalt geboten. Darüber hinaus erhalten nach dem Entwurf die unteren Gesundheitsbehörden (Amtsärzte) eine zentrale Rolle, die sie nur effektiv ausführen können, wenn im Hinblick auf die Zusatzaufgaben die Personalausstattung im öffentlichen Gesundheitsdienst entsprechend erhöht wird.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zu einem zweiten Entwurf musste innerhalb einer Woche abgegeben werden. Aufgrund der Kürze der Zeit war nur eine kursorische Prüfung möglich. Im Mailschreiben vom 16.08.2011 hat die Bundesärztekammer folgende Hinweise gegeben: In Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 5 IGV-DG wurde „ärztlich“ als „durch dazu befugtes medizinisches Personal“ definiert: „(...) ärztliche Untersuchung (ist) die vorläufige Beurteilung von Personen durch dazu befugtes medizinisches Personal oder durch unter der unmittelbaren Aufsicht der zuständigen Behörde tätige Personen zur Bestimmung des gesundheitlichen Zustands und der potentiellen Gefahr für die öffentliche Gesundheit, die eine Prüfung der Gesundheitsdokumente wie auch die körperliche

Untersuchung umfassen kann, wenn die Umstände des Einzelfalls dies rechtfertigen.“ Diese Formulierung würde „ärztliche“ Untersuchungen durch Nichtärzte erlauben: „Medizinisches Personal“ schließt auch nichtärztliche Berufe ein, der einschränkende Zusatz „befugt“ stellt nicht eindeutig klar, auf welcher gesetzlichen Grundlage diese Befugnis hergestellt werden soll. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Reisenden (also eine Diagnosestellung), sollte – auch wenn sie nur vorläufig sein soll – keinesfalls delegierbar sein. Der zweite Satzteil vergrößert den Spielraum für den Einsatz von Nichtärzten für ärztliche Untersuchungen noch, indem lediglich von „Personen“ gesprochen wird, die unter „unmittelbarer Aufsicht der zuständigen Behörde“ tätig werden. Sollten hiermit ausschließlich Ärzte gemeint sein, was nicht erkennbar ist, mag dies vielleicht im Sinne einer Rechtsaufsicht durch die Behörde gelten, eine fachliche Aufsicht hingegen läuft dem Anspruch ärztlicher Entscheidungs- und Handlungsfreiheit zuwider. Dass es sich tatsächlich um ärztliche Untersuchungen und nicht lediglich um die Kontrolle von Papieren handeln soll, ist durch die Konkretisierung „körperliche“ Untersuchung, zu der in Deutschland nur Ärzte und Heilpraktiker – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt – berechtigt sind, unzweifelhaft.

Insofern geht Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 5 IGV-DG an den Regelungen des Arztvorbehalts, wie er in Deutschland gehandhabt wird, vorbei. In anderen Ländern, insbesondere solchen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst, mag diese Problematik so nicht vorliegen. Auch wenn aus Perspektive der WHO die spezifisch deutschen Regelungen – wer wen untersuchen darf – ein nachrangiges Detail darstellen mögen, liegt hier jedoch ein landesspezifischer Anpassungsbedarf vor. Die Anliegen eines effektiven Gesundheitsschutzes und der Beachtung des Gemeinwohls, welches in der Begründung des Gesetzentwurfes explizit über die Berufsausübungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten gestellt wird, muss auch unter Nutzung des deutschen Gesundheitswesens in der bestehenden Form gewährleistet werden können. Das Recht auf Autonomie nationaler Gesundheitswesen gilt zumindest im europäischen Kontext und darf nicht durch WHO-Rechtsinstrumente in Frage gestellt werden.

Die §§ 11 und 16 IGV-DG wurden auf die „klinischen Anzeichen auf das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit (...), die die öffentliche Gesundheit erheblich gefährdet oder (...) sonstige Anzeichen für eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit an Bord“ beschränkt. Diese Beschränkung dürfte unbeachtlich sein, weil die Symptome jedenfalls in Anlage 8 definiert sind. Die Angaben zu Symptomen und Anlagen bezüglich chemischer und radionuklearer Agenzien sind nicht aufgegriffen.

Zu Art. 3 Infektionsschutzgesetz (IFSG) wird von der Bundesärztekammer bemängelt, dass es sich entgegen der Mitteilung vom 22. Juli 2011 bei den vorgeschlagenen Änderungen des IFSG um einen Gesetzesentwurf in Zusammenhang mit dem EHEC-Ausbruch handelt – der ursprüngliche Vorschlag zu § 25 Abs. 2 ist in § 27 Abs. 1 IFSG-Entwurf aufgegangen. Zu den Vorschlägen stellte sich aus Sicht der Bundesärztekammer eine Reihe von Fragen (u. a. Ziff. 2 Arztmeldepflicht von Röteln – Ziff. 4 und die Frage, woher die Gewissheit über eine bereits erfolgte Meldung zu gewinnen ist – Ziff. 5, 7 und 10 und die Frage, ob die verkürzten Meldepflichten leistbar und angemessen sind – Ziff. 6 und die Frage, ob die Aufbewahrungspflicht unter praktischen Gesichtspunkten angezeigt und unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten zulässig ist). Ferner wurde darauf hingewiesen, dass die mit Ziff. 8 eingeführten Untersuchungspflichten einen erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte darstellen.

Im Oktober 2011 wurden die Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates (BR-Drs. 522/1/11) zum Gesetzentwurf IGV-DG der Bundesärztekammer zur Stellungnahme zugesandt. In der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 11.10.2011 wurden nochmals die Anmerkungen der vorherigen Stellungnahme aufgegriffen und zusätzlich im Rahmen dieser Stellungnahme ein Gesetzgebungsvorschlag zur Änderung des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) gemacht. Am 01.03.2012 soll dieses Gesetz in Kraft treten.

Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ hat in seiner Sitzung am 22.11.2011 bedauert, dass der BVÖGD nicht im weiteren Gesetzgebungsverfahren einbezogen war, und hofft, dass die von ihm mitgetragenen Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Bundesärztekammer in dem zu verabschiedenden Gesetzesvorhaben Berücksichtigung finden werden.

Famulaturen in Gesundheitsämtern und Weiterbildungsverbände

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) benötigt adäquate Rahmenbedingungen, um wieder eine Chance bei der Akquirierung von qualifizierten und leistungsfähigen Ärztinnen und Ärzten zu bekommen. Hierzu sind Famulaturen in Gesundheitsämtern sowie Weiterbildungsverbände zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Kliniken zielführend. In einigen Bundesländern ist es bereits möglich, dass Famulaturen in Gesundheitsämtern durchgeführt werden können. Die Prüfungsämter sind zuständig für die Genehmigung solcher Famulaturen. Eine einmonatige Famulatur in der allgemeinen Krankenversorgung soll nach Auffassung des Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst“ der Bundesärztekammer auch in den Gesundheitsämtern abgeleistet werden können. Zudem fehlen in den Gesundheitsämtern Weiterbildungsbefugte. Weiterbildungsbefugnisse müssen daher verstärkt von den Landesärztekammern erteilt werden. Anzustreben wäre, dass drei Monate Weiterbildung in den kurativen Fächern auch in den Gesundheitsämtern durchgeführt werden können. Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ spricht sich dafür aus, einen entsprechenden Antrag auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg einzubringen.

Erweiterung der Erhebungsparameter der Ärztestatistik

In Deutschland sind in rund 450 Gesundheitsämtern 17.000 Mitarbeiter, davon 2.800 Ärztinnen und Ärzte, beschäftigt. Die Zahl der Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen nicht nur in Gesundheitsämtern, sondern insgesamt beträgt 892 (Stand: 31.12.2009). Die Analyse der Ärztestatistik, nämlich „Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichem Tätigkeitsbereich“, ergibt, dass zwar Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Ärztin/Arzt für öffentliches Gesundheitswesen in der Ärztestatistik berücksichtigt werden, nicht aber Ärztinnen und Ärzte mit anderen Facharztbezeichnungen, welche ebenfalls in Gesundheitsämtern tätig sind. Da aber auch die Gesamtzahl der in den Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen/Ärzte aller Fachrichtungen für weitere Planungen im ÖGD von großer Relevanz ist, hat es der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.11.2010 als notwendig erachtet, in der Ärztestatistik ab dem Erhebungsjahr 2011 in der Tabelle 3 in der Spalte „Behörden, Körperschaften und andere“ neben der bereits bestehenden Darunter-Spalte „Sanitätsoffiziere“ noch eine weitere Darunter-Spalte „Ärztinnen und Ärzte in Gesundheitsbehörden“ vorzusehen.

Auf der Basis einer derartig erweiterten aussagekräftigeren Datenlage ist es besser möglich, für die Ärztinnen und Ärzte, die in den unteren Gesundheitsbehörden tätig sind, adäquate Rahmenbedingungen zu fordern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst wieder eine Chance bei der Akquirierung von qualifizierten und leistungsfähigen Ärztinnen und Ärzten zu geben. Diese Bitte des Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst“ wurde von dessen Vorsitzenden, Dr. Wolter, in den Vorstand hineingetragen. Der Vorstand der Bundesärztekammer bat daraufhin in seiner Sitzung am 30.03.2011 den Arbeitskreis Informationstechnik (AK IT), die technischen Richtlinien zum nächstmöglichen Zeitpunkt so zu verändern, dass eine differenzierte Erfassung entsprechend dem vorgetragenen Anliegen ermöglicht wird. Der Arbeitskreis IT hat eine solche Erhebung mit der Darunter-Spalte „Ärztinnen und Ärzte in unteren Gesundheitsbehörden“ schon für das Jahr 2011 in Aussicht gestellt.

Ausblick

Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ betrachtet mit großer Besorgnis den immer weiter um sich greifenden Abbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ein besonderes Anliegen der Bundesärztekammer ist daher weiterhin die Stärkung des ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens.

3.8 Nationale Pandemieplanung

3.8.1 Influenzapandemie

Eine wesentliche Aufgabe von Politik und Ärzteschaft in diesem Bereich ist es, sich national und international auf eine Influenzapandemie vorzubereiten. In politischen Erklärungen hat sich die Bundesärztekammer 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 Bekämpfung einer Influenzapandemie im Rahmen der Regelversorgung stattfinden soll und damit finanzielle und haftungsrechtliche Fragen für Ärztinnen und Ärzte zu klären sind. Die Bundesregierung muss hierfür gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen sowie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen festschreiben und klären, wer die Kosten für die Vorbereitung auf eine 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 bereits 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.

Eine nicht einheitliche Risikokommunikation im Rahmen der Bekämpfung der sogenannten Schweinegrippe im Jahr 2009/2010 hat die Bevölkerung auf allen Ebenen, aber auch die Ärztinnen und Ärzte verunsichert. Zur Optimierung der zukünftigen Pandemiebekämpfung auf Bundes- wie auch Landesebene müssen die gesammelten Erfahrungen eine Grundlage bilden.

Evaluation der Bekämpfung der H1N1-v-2009/2010-Influenzapandemie in Deutschland

Die Influenzapandemie H1N1-v-2009/2010 ist bewältigt. Es war eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, diese Influenzapandemie zu bekämpfen. Es besteht die Notwendigkeit, aus dem Krisenmanagement zu lernen. Deswegen erfolgten im Jahr 2010/2011 auf unterschiedlichsten institutionellen Ebenen Bestandsaufnahmen und Evaluationen zur Influenzapandemie.

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

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

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

Der öffentliche Gesundheitsdienst muss 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 müssen etabliert werden. Zur besseren Einschätzung der Krankheitslast muss eine Mortalitätssurveillance eingerichtet werden, ebenso ein Sentinel zur Erfassung schwerer Infektionskrankheiten, z. B. ein Krankenhaussentinel. Darüber hinaus muss ein im Pandemiefall handhabbares Monitoring zur Belastung der medizinischen Versorgungsstrukturen und des öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen werden. Kurzfristig durchführbare Studien zur Messung epidemiologischer Parameter müssen fest eingeplant, mit Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Ärzteschaft umgesetzt und deren Ergebnisse zeitnah verfügbar gemacht werden.

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

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

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

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

Beschluss 5.6 der 84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

Durch ein Schreiben des hessischen Staatsministers Stefan Grüttner, Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), vom 25.07.2011 wurde der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, auf den Beschluss 5.6 der GMK vom 29./30. Juni 2011 aufmerksam gemacht und gebeten, sich für die Umsetzung des Beschlusses einzusetzen. Er beinhaltet, dass die Gesundheitsministerkonferenz den Bericht der Sonder-AG Evaluation der Pandemie vom 15. März 2011 zur Kenntnis nimmt und Beschlüsse zur Evaluation der Pandemie und zur Fortschreibung des Nationalen Impfplans trifft. Die GMK stellte unter anderem fest, dass die Priorisierung von Personengruppen für die Impfung eine grundsätzliche Entscheidung ist, die länderübergreifend einheitlich erfolgen, tatsächlich umsetzbar und rechtlich durchsetzbar sein muss. Die GMK stellte ferner fest, dass die Bundesärztekammer Priorisierungen von Personengruppen aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt hat. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) wird gebeten zu prüfen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Versorgung der prioritär zu impfenden Personen sicherzustellen. Die GMK wies weiterhin darauf hin, dass bei der Fortschreibung des Pandemieplans auf die Notwendigkeit einer abgestimmten Pressearbeit hingewirkt werden muss. Sie hält die Einbindung der Berufs- und Fachverbände der Ärzte für dringend geboten, um eine möglichst einheitliche Information der Öffentlichkeit zu gewährleisten. Die Gesundheitsministerkonferenz hält im Rahmen der Fortschreibung des Pandemieplans einen Dialog zwischen Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Ländern, Kammern und Kassenärztlicher Bundesvereinigung für erforderlich. Dabei soll auch die Notwendigkeit der Fortentwicklung von Fortbildungsangeboten erörtert werden.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Montgomery, begrüßte in seinem Antwortschreiben vom 04.11.2011 die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz zur Evaluation der Pandemie und zur Fortschreibung des Nationalen Impfplans. Die Benennung von Risikogruppen, die prioritär zu impfen sind, ist Aufgabe des Staates. Die Bundesärztekammer hat bereits im Rahmen von Publikationen im Bundesgesundheitsblatt (Kraus, G et al.: Erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010. Bundesgesundheitsblatt 5/2010; 510-519) und im Deutschen Ärzteblatt (Schoeller A, Fuchs C: Frage bei Influenzapandemie: Wer kann versorgt werden? Dtsch Ärztebl 2011; 108[4]: A-157) sowie im Rahmen von Gesprächen mit der damaligen „Bund-Länder-Koordinierungsgruppe Pandemie“ darauf hingewiesen, dass zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen im vorpolitischen Raum ein unabhängiges Gremium in der Form eines Gesundheitsrates gegründet werden sollte. Dieser Rat würde zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen für prioritär zu impfende Risikogruppen auch im Pandemiefall eingesetzt werden, um Bund und Länder kompetent beraten zu können. Eine frühe Einbindung der Berufs- und Fachverbände der Ärzte durch Bund und Länder wird im Sinne einer einheitlichen Risikokommunikation ebenso begrüßt wie das Anliegen der Gesundheitsministerkonferenz, im Rahmen der Fortschreibung des Pandemieplanes einen Dialog zwischen Bundesministerium für Gesundheit, Ländern, Kammern und Kassenärztlicher Bundesvereinigung führen zu wollen.

Ausblick

Vor große Herausforderungen hat die H1N1-Influenzapandemie von 2010 alle mit der Pandemie befassten Institutionen und Personen auf allen Ebenen gestellt, obwohl sie im Vergleich zu früheren Pandemien nicht sehr schwerwiegend verlief. Der öffentliche Gesundheitsdienst, die Fachkräfte in der medizinischen Versorgung und in den Bundesbehörden waren durch ihr Engagement in der Lage, gewisse planerische, strukturelle und kommunikative Herausforderungen und Defizite zu kompensieren.

Es wurde deutlich, dass bei einer anders gearteten epidemiologischen Lage diese Kompensationsmechanismen leicht an ihre Kapazitätsgrenzen geraten können. Wenngleich zu Beginn mit Knappheit zu rechnen ist, hat sich gezeigt, dass ein wirksamer und verträglicher Pandemieimpfstoff wenige Monate nach dem Auftreten eines neuen Influenzavirus verfügbar sein kann. Auch die Einbeziehung der Ärzteschaft muss vereinfacht werden. Das Geflecht von Zuständigkeiten ist in Deutschland derart komplex, dass die Verhandlungs- und Entscheidungsprozesse in Bezug auf Impfflogistik und Impfkosten-erstattung vorbereitet sein müssen.

Bezüglich der Ziele, des Nutzens und der Risiken von Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen müssen Kenntnis und Verständnis der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit gefördert werden. Transparenter und vorausschauender muss Kommunikation über getroffene und geplante Entscheidungen und Maßnahmen betrieben werden. Ebenso muss das Ziel sein, dass auch die Ärzteschaft mit einer Sprache spricht. Es muss aus der sogenannten „Schweinegrippe-Pandemie“ gelernt werden, um danach die Maßnahmenplanung auszurichten. Auch hier muss es Ziel sein, im Rahmen einer weiteren Pandemie das Vertrauen der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und deren Gesundheit wirksam zu sichern.

3.8.2 EHEC-Epidemie

Die EHEC-Epidemie im Frühjahr 2011 ist der bisher größte Krankheitsausbruch durch EHEC-Infektionen in Deutschland. Bezogen auf die Anzahl der Fälle des hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) handelte es sich um den bisher größten, weltweit beschriebenen derartigen Ausbruch. Innerhalb relativ kurzer Zeit konnte durch epidemiologische Untersuchungen und systematische Lebensmittelrückverfolgung das Infektionsvehikel „Bockshornkleesprossen“ aufgedeckt werden. Es gibt derzeit keine Hinweise, dass sich nach dem Ende des Ausbruchs der Erreger EHEC O104:H4 endemisch in Deutschland etabliert hätte.

Das Ausbruchsgeschehen in Bezug auf den Beginn der Durchfallsymptomatik begann Anfang Mai 2011 und hatte am 22.05.2011 seinen Gipfel. Danach ging sowohl die Zahl der dem Ausbruch zugeordneten Infektionen durch EHEC als auch die Zahl der Neuerkrankungen am HUS zurück. Ab Mitte Juni traten nur noch vereinzelt HUS-Erkrankungen auf. Am 26.07.2011 erklärte das Robert Koch-Institut (RKI) den Ausbruch für beendet. Zu diesem Zeitpunkt waren drei Wochen lang keine neuen, offensichtlich dem Ausbruch zugehörigen Fälle übermittelt worden, die nach dem 04.07.2011 erkrankt waren.

Insgesamt wurden 855 HUS-Erkrankungen und 2.987 Fälle von akuter Gastroenteritis übermittelt, die dem Ausbruch zugerechnet werden (Stand: 16.08.2011). Der Anteil der

Frauen überwog sowohl bei den HUS-Fällen (68 Prozent) als auch bei den EHEC-Fällen (58 Prozent). Bei den Erkrankten handelte es sich überwiegend um Erwachsene. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu den in den Meldedaten beobachteten Erkrankungsfällen an EHEC-Gastroenteritis und HUS der letzten Jahre, als vor allem Kleinkinder betroffen waren. Unter den HUS-Patienten verstarben 35 (4,1 Prozent) und unter den EHEC-Patienten mit Gastroenteritis 18 (0,6 Prozent).

Große EHEC-Krankheitsausbrüche gehen zumeist auf die fäkale Verunreinigung von Nahrungsmitteln tierischen oder pflanzlichen Ursprungs zurück, die vor Verzehr nicht ausreichend erhitzt oder gewohnheitsmäßig roh verzehrt werden. Hinweise für Sprossen als verantwortliches Vehikel in diesem Ausbruch ergaben sich aus epidemiologischen Studien des RKI in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst von Ländern und Kreisen sowie mit Kliniken ebenso aus den Ermittlungen der Lebensmittelüberwachungsbehörden. Auch im Rahmen des EHEC-Ausbruches hat sich die Risikokommunikation als verbesserbar erwiesen.

Beschluss 5.8 der 84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

Durch ein Schreiben des hessischen Staatsministers Stefan Grüttner, Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), vom 25.07.2011 wurde der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, auf den Beschluss 5.8 der GMK vom 29./30. Juni 2011 aufmerksam gemacht und gebeten, sich für die Umsetzung des Beschlusses einzusetzen. Dieser Beschluss beinhaltet, dass die GMK das GMK-Vorsitzland und das Vorsitzland der Verbraucherschutzministerkonferenz (VSMK) bittet, nach Abklingen des EHEC-Geschehens den vereinbarten Evaluierungsprozess zeitnah einzuleiten und dafür die Federführung zu übernehmen. Die Gesundheitsministerkonferenz weist überdies unter anderem auf die Notwendigkeit der rechtzeitigen Arztmeldung nach dem Infektionsschutzgesetz für eine frühzeitige Erkennung von Ausbruchsgeschehen hin. Sie appelliert an die Ärzteschaft, den Meldeverpflichtungen im Interesse der Patientinnen und Patienten und zur Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes fristgerecht nachzukommen, und beauftragt die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), in Zusammenarbeit mit dem BMG und dem RKI Vorschläge für eine Verbesserung des Meldesystems zu erarbeiten mit dem Ziel, alle sinnvollen technischen Möglichkeiten zu nutzen, um vollständige tagesaktuelle Zahlen zu erhalten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Montgomery, begrüßte in seinem Antwortschreiben vom 04.11.2011 diese Initiative der Gesundheitsministerkonferenz. Jedoch ist zu bedenken, dass eine elektronische Erfassung der Meldungen mit Anschaffung des Equipments und der Software auch Kosten verursacht. Der Appell der GMK an die Ärzteschaft, den Meldeverpflichtungen fristgerecht nachzukommen, wird dadurch unterstützt, dass die Bundesärztekammer nochmals ihrerseits einen Appell an die meldenden Ärztinnen und Ärzte richtet.

3.8.3 Aktivitäten auf europäischer Ebene

Europäische Arzneimittelagentur plant Leitlinien über Grippeimpfstoffe zu überarbeiten

Interessenvertreter hatten im Berichtsjahr die Möglichkeit, sich zu einem Konzeptpapier der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) für eine Überarbeitung der Leitlinien über Grippeimpfstoffe zu äußern. Derzeit existieren zahlreiche EMA-Leitlinien für Grippeimpfstoffe, die noch vor dem Beginn der H1N1-Pandemie über mehrere Jahre hinweg zu verschiedenen Zeitpunkten verabschiedet wurden. Jede einzelne legt die Bedingungen für die Qualität sowie die nichtklinischen Anforderungen an die Entwicklung von bestimmten saisonalen Grippe-, Präpandemie- oder Pandemieimpfstoffen fest. Die EMA spricht sich in einem nun veröffentlichten Konzeptpapier für die Zusammenlegung der bereits bestehenden Leitlinien zu einer einzigen Leitlinie aus. Dadurch sei es unter anderem möglich, alle vorhandenen Nachweise zusammenzubringen, die Mindestanforderungen an die Qualität sowie die nichtklinischen und klinischen Anforderungen zu überprüfen. Auch sei es notwendig, im Rahmen dieser Überarbeitung die serologischen Testverfahren und ihre Standardisierung neu zu bewerten. Ziel sei es unter anderem, die Erstzulassung von Grippeimpfstoffen jeglicher Art zu fördern. Die Bundesärztekammer begrüßt diese Initiative der Europäischen Arzneimittelagentur zur Überarbeitung der Leitlinie über Grippeimpfstoffe.

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

Die Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) 2010, Stand 18.10.2010, bilden die Grundlage für die Reanimation in Deutschland. Die Bundesärztekammer veröffentlichte noch Ende letzten Jahres Eckpunkte für die Reanimation, in denen die wesentlichen Veränderungen im Vergleich zu den Eckpunkten 2006 dargestellt sind (<http://bundesärztekammer.de/page.asp?his=1.306.1130>). Seit Mitte 2011 steht die fünfte überarbeitete Auflage des Buches „Reanimation – Empfehlungen für die Wiederbelebung“, herausgegeben von der Bundesärztekammer, zur Verfügung. Dort erörtern erfahrene Ärzte nicht nur die Leitlinien, sondern reichern sie auch mit Tipps aus der Praxis an. Diese Reanimationsempfehlungen haben sich zu einem Standardwerk in Deutschland entwickelt: Die erste Auflage wurde von der Bundesärztekammer bereits vor 20 Jahren herausgegeben.

3.9.2 Leitender Notarzt

Nach längerer Vorarbeit durch die Fachgremien der Bundesärztekammer sowie einem Erfahrungsaustausch der Kursleiter der Fortbildungsseminare „Leitender Notarzt“ (LNA) konnten im Frühjahr 2011 „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Leitender Notarzt“ verabschiedet werden. Sie ergänzen und aktualisieren die bereits existierenden „Empfehlungen zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt“ aus dem Jahre 1988 sowie die entsprechenden Empfehlungen der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V. (BAND) von 1999. Die ursprünglichen Empfehlungen der Bundesärztekammer und der BAND waren überwiegend berufspolitischer Natur und beinhalteten nur wenige Rahmenvorgaben für die eigentliche Fortbildung zum LNA. Die nun vorgelegten Empfehlungen (<http://bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.306.1126>) geben Hinweise zur Kursstruktur zur Fortbildung zum LNA sowie Hinweise für die Fortbildungskurse für LNA:

- Seminar Leitender Notarzt – Qualifikationsseminar zum LNA
- Aufbau-seminar Leitender Notarzt – Qualifikationsseminar für LNA.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 01.04.2011 die oben genannten Empfehlungen allen Landesärztekammern zur einheitlichen Anwendung empfohlen.

3.9.3 Ärztliche Sichtung

Nachdem die Bundesärztekammer 2009 zur ärztlichen Sichtung Verletzter/Erkrankter bei Großschadenslagen/Katastrophen Stellung genommen hat, musste sie sich 2011 erneut mit dem Thema beschäftigen. Aufgrund einer Anfrage der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (BMI) positionierte sich die Bundesärztekammer erneut dahingehend, dass eine Vorsichtung durch Rettungsdienst-Fachpersonal, egal nach welchem Verfahren, ausschließlich im Fall einer Diskrepanz zwischen verfügbaren und erforderlichen ärztlichen Kapazitäten zur Sichtung und ausschließlich in der Frühphase eines Großschadensereignisses beziehungsweise einer Katastrophe für die weiteren notwendigen Entscheidungen der Einsatzleitung notwendig werden könnte. Betont wurde nochmals, dass die Vorsichtung durch Rettungsdienst-Fachpersonal nicht für den Regelrettungsdienst empfohlen wird. Darüber hinaus positionierte sich der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ eindeutig gegen eine „Generaldelegation“ der ärztlichen Sichtung auf das Rettungsdienst-Fachpersonal und trat auch dem Wunsch nach Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die Kategorisierung von Patienten bei einem Massenansturm von Verletzten/Erkrankten entgegen.

3.9.4 Rettungsassistentenausbildung

Im Jahr 2007 wurde von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Diskussion über die Novellierung des Rettungsassistentengesetzes erneut begonnen. Nachdem in den Vorjahren Ausbildungsziel, -inhalte (und Kompetenzen) sowie Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnung in der Expertenrunde besprochen worden waren, war 2011 die Finanzierung der neuen dreijährigen Rettungsassistentenausbildung

Schwerpunkt der Arbeit. Als Ergebnis legte das BMG eine Gegenüberstellung der Kosten für die jetzige zweijährige und für die neue dreijährige Rettungsassistentenausbildung vor. Völlig ungeklärt ist weiterhin, wer diese Kosten übernehmen soll. Das BMG hat angekündigt, auf der Grundlage der erarbeiteten Papiere einen Referentenentwurf für das Gesetz sowie für die Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorzubereiten. Da aus Sicht der Bundesärztekammer neben der ungeklärten Finanzierung auch weiterhin die Verteilung der ärztlichen und rettungsassistentlichen Kompetenzen (Stichwort: Substitution notärztlicher Tätigkeiten) strittig ist, müssen die Entwicklungen weiterhin aufmerksam verfolgt werden. Sowie der Referentenentwurf für das neue Rettungsassistentengesetz vorliegt, wird neben der inhaltlichen auch die politische Arbeit der Ärztekammern intensiviert werden müssen, um einerseits die verbesserte Qualität der Rettungsassistentenausbildung zu unterstützen, andererseits jedoch deutlich der Substitution (not-)ärztlicher Aufgaben in der präklinischen Notfallmedizin entgegenzuwirken.

3.9.5 Rettungsdienst und SGB V

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hatte 2010 festgestellt, dass sich der Rettungsdienst zu einem eigenständigen präklinischen Leistungssegment in der Gesundheitsversorgung entwickelt hat, und die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) gebeten, Sach- und Rechtslage dieser Entwicklung zu prüfen. Die Gesundheitsministerkonferenz forderte 2011 das Bundesministerium für Gesundheit auf, auf der Basis der Vorschläge der AOLG eine Veränderung und Ergänzung der Regelung im SGB V herbeizuführen. Somit liegt dem Gesetzgeber neben der Entschließung des 113. Deutschen Ärztetages 2010, den Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport als eigenständig anzusehen und im SGB V als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 anzuerkennen, nun auch das Votum der Gesundheitsministerkonferenz vor. Das BMG lässt derzeit nicht erkennen, dass es der Aufforderung der 84. GMK 2011 Folge leisten wird. Die Länder waren sich einig, gegebenenfalls eine entsprechende Bundesratsinitiative zur Änderung des SGB V anzustoßen. Gemäß Entschließung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 wird die Bundesärztekammer eine entsprechende Initiative unterstützen, bei der die Länderaufgabe „Rettungsdienst“, geregelt im Landesrecht, eine gesetzlich klare Verzahnung mit dem Bundesrecht (SGB V) erfahren soll. Wie in den Vorjahren wurde auch in der diesjährigen Diskussion klargestellt, dass der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch diese Veränderung voraussichtlich keine Mehrkosten entstehen werden. Die Einstufung des Rettungsdienstes als Fahrkosten setzte bisher falsche und kostenintensive Anreize für einen Patiententransport nach jeder notärztlichen Behandlung. Durch eine Verankerung des Rettungsdienstes im § 27 SGB V würde der Kompetenz und dem Leistungsvermögen des notarztgestützten Rettungssystems Rechnung getragen, Fehlanreize vermieden und damit voraussichtlich die GKV sogar entlastet werden.

3.9.6 Bevölkerungsschutz

Der Begriff Bevölkerungsschutz hat sich als Übersetzung der international verwendeten Bezeichnung „Civil Protection“ etabliert. Die internationale Einteilung der Gefahrenabwehr in fünf Phasen: Prävention, Vorsorge oder Vorplanung, Einsatzabwicklung, Wiederherstellung und Auswertung lässt sich im Bereich des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes durch das gesamte Gesundheitswesen abbilden. Herausforderungen ergeben sich dabei insbesondere bei den Zuständigkeiten an den Schnitt- und Nahtstellen sowohl innerhalb des Gesundheitswesens als auch beim Zusammenwirken mit dem Katastrophen- oder Zivilschutz.

Medical Task Force

Der Bund hat im Rahmen der gesamtstaatlichen Sicherheitsvorsorge die Gesetzgebungskompetenz für den Schutz der Zivilbevölkerung im Verteidigungsfall. Gemäß Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) ergänzt der Bund den Katastrophenschutz der Länder in den Aufgabenbereichen Brandschutz, Betreuung, atomare, biologische und chemische Gefahren (ABC) sowie Sanitätswesen. Auf dieser Grundlage verabschiedete die Innenministerkonferenz der Länder (IMK) 2007 ein Ausstattungskonzept des Bundes. Zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in Großschadenslagen beziehungsweise bei Speziallagen wurde 2009 das Projekt Medical Task Force (MTF) initiiert. Die MTF wurde definiert als arztbesetzter sanitätsdienstlicher Einsatzverband mit Spezialfähigkeiten und besonderem Verstärkungspotenzial zur Unterstützung regulärer Einheiten bei der Behandlung und dem Transport Verletzter/Erkrankter bei Großschadensereignissen/Katastrophen sowie im Verteidigungsfall. Die MTF soll Ressourcen für die überörtliche Hilfeleistung zum Aufbau und Betrieb einer Verletzten-dekontaminationsstelle, zur Versorgung von Verletzten/Erkrankten auf einem Behandlungsplatz sowie zur Verstärkung vorhandener Patiententransportkapazitäten bereitstellen. Zunächst wurden zwei Pilotstandorte festgelegt und verschiedene Module der MTF definiert. Schon zu einem frühen Zeitpunkt wurden Fahrzeuge mit entsprechendem Sanitätsmaterial konzipiert, jedoch ohne dass das dahinterliegende medizinische Einsatz- und Behandlungskonzept feststand. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BKK) hat nun die Aufgabe, katastrophenmedizinische Handlungsempfehlungen, sozusagen im Nachgang und bei schon vorhandenen Rahmenbedingungen sowie Fahrzeugen, zu erstellen. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, in einer entsprechenden Expertengruppe mitzuarbeiten. Bereits nach einem ersten Workshop lässt sich feststellen, dass die Konzeption der Medical Task Force überdacht werden sollte. Es ist weder geklärt, wie die Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit in einer MTF gewonnen werden sollen, noch wie eine Mehrfachverplanung sowohl im regulären Gesundheitswesen als auch im Katastrophenschutz vermieden werden kann. Auch die Reihenfolge der Planungen – zunächst Festlegung der Fahrzeuge und des Sanitätsmaterials, anschließend Erstellung medizinischer Handlungsanweisungen – erscheint keinesfalls zielführend. Die Bundesärztekammer wird die Konzepterstellung der Medical Task Force weiterhin konstruktiv kritisch begleiten.