3. Ärztliche Versorgung

3.1 Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2012

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 2012 betrug der Zuwachs 2.002 (+ 10,6 Prozent), womit sich die Gesamtzahl auf 20.845 erhöhte. Damit hat sich deren Zahl seit 1993 (5.397) fast vervierfacht.

Zu den schon länger existierenden Trends ist festzustellen: Erstens verharrt die Abwanderung weiter auf einem hohen Niveau. Im Jahre 2012 haben 2.241 Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen. Zweitens ist die Zuwanderung weiterhin sehr hoch, vor allem aus Griechenland und den osteuropäischen Ländern. Der Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern betrug im Jahre 2012 30,6 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 2012 waren es 16,1 Prozent. Das bedeutet, dass die Nachwuchsgewinnung in Deutschland aus eigener Kraft weiterhin ungenügend ist und Vakanzen 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

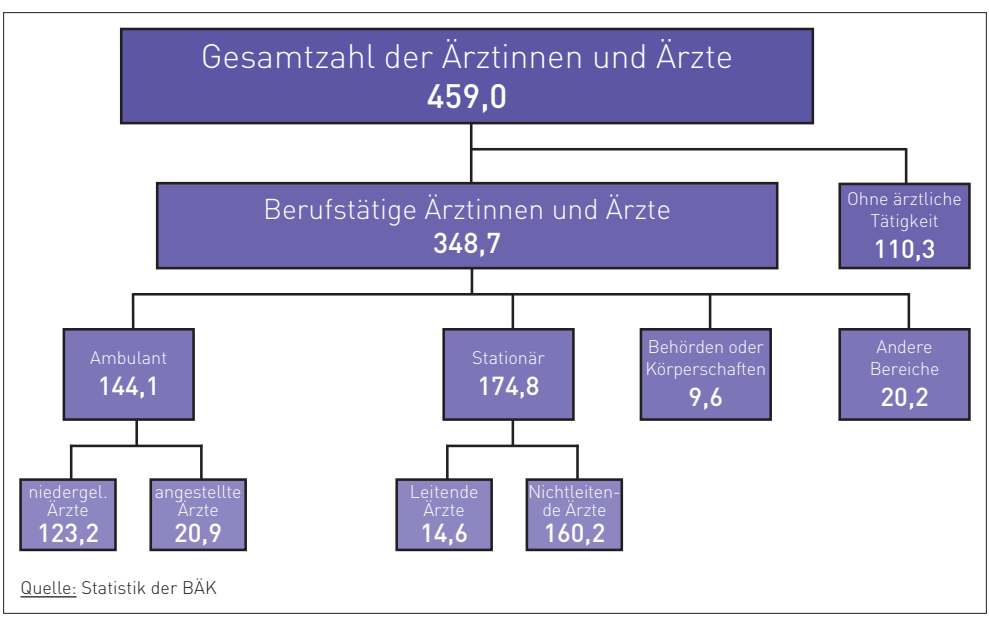
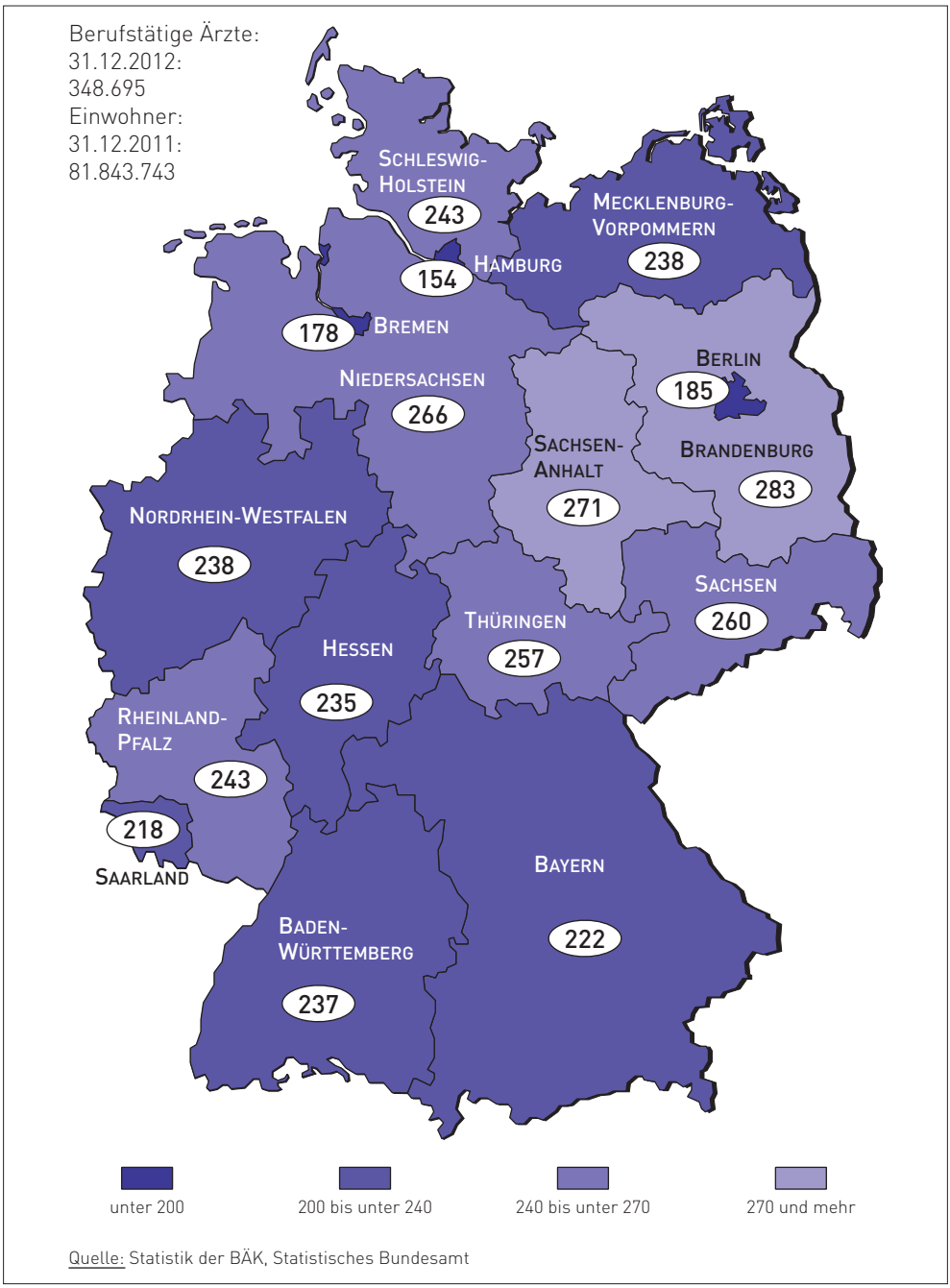
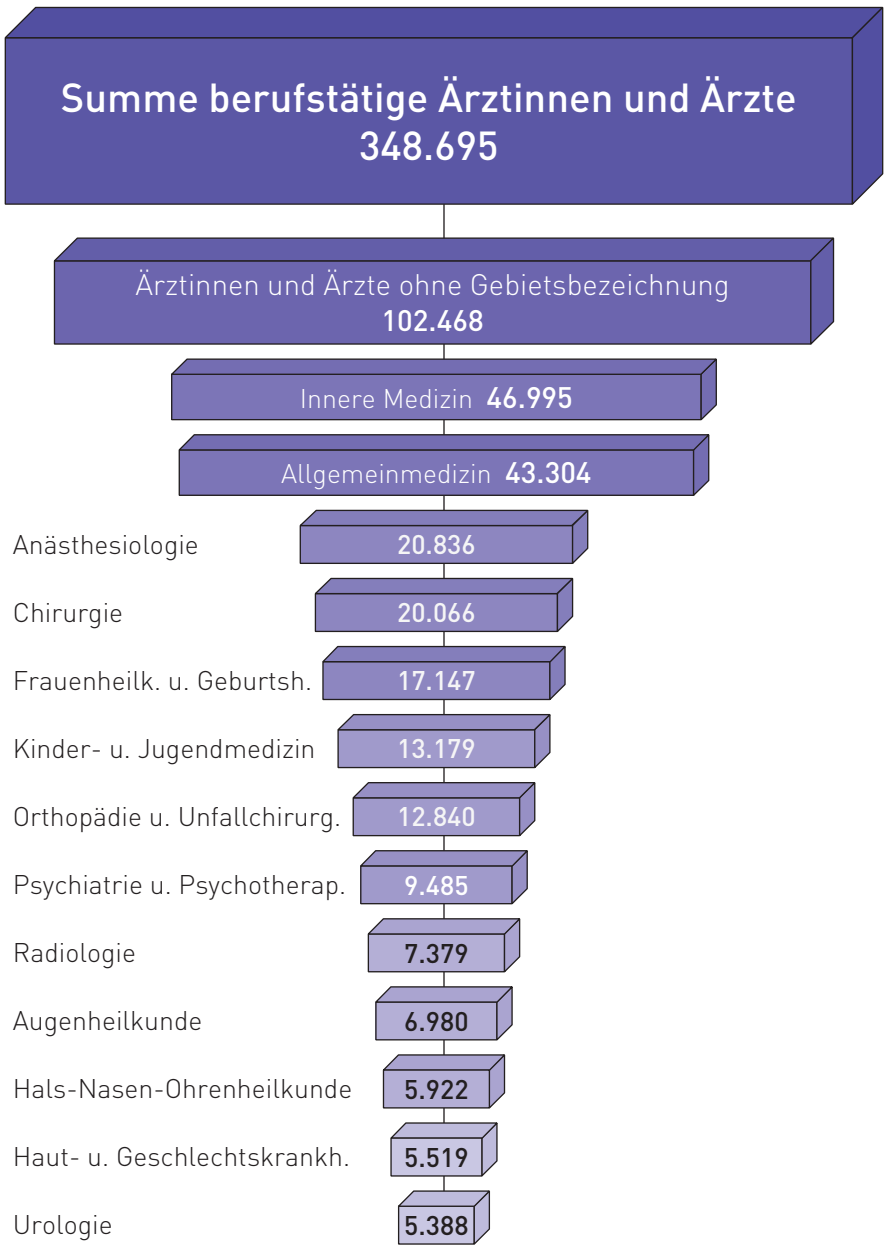


Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2012 (Zahlen in Tausend)



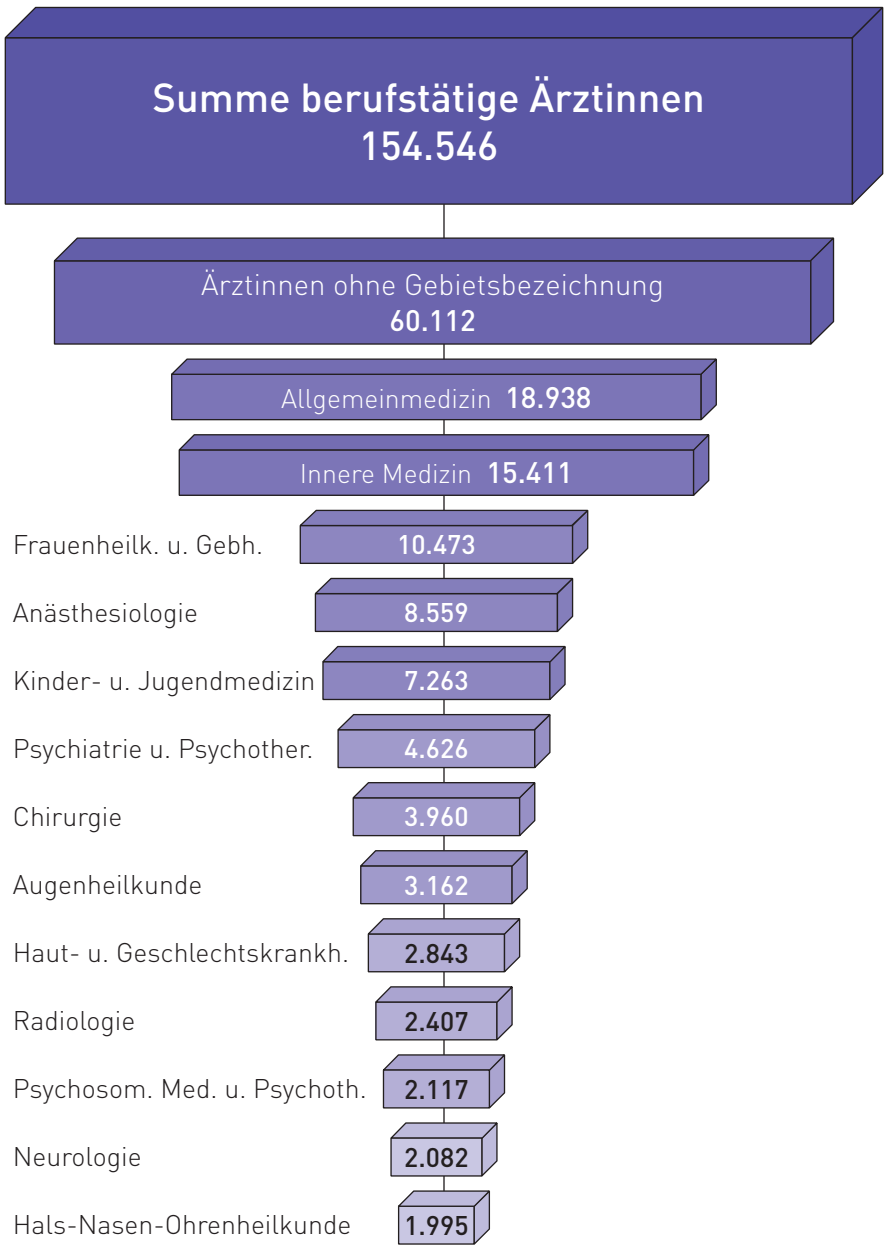
Quelle: Statistik der BÄK, Statistisches Bundesamt

Abbildung 2: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2012 (Einwohner je berufstätigen Arzt)



Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2012



Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 4: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen zum 31.12.2012

Zahl an Ärztinnen zurückzuführen. Der Anteil der Ärztinnen an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern lag im Jahre 2012 bei 56,6 Prozent (Vorjahr: 56,9 Prozent). Nimmt man nur die deutschen Ärztinnen und Ärzte, sind es sogar 60,8 Prozent.

3.1.1 Gesamtzahl der Ärzte

Im Jahre 2012 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 459.021 gestiegen. Dies sind 2,1 Prozent mehr als im Jahre 2011; damit liegt die Zuwachsrate im Trend der letzten Jahre, aber etwas niedriger als im Vorjahr. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2012 in der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 45,0 Prozent der Gesamtzahl (2011: 44,6 Prozent) erreicht.

3.1.2 Berufstätige Ärzte

Ohne die 110.326 nicht ärztlich Tätigen waren im Jahre 2012 im Bundesgebiet 348.695 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies waren 6.632 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate betrug damit 1,9 Prozent.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2012 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 44,3 Prozent der Gesamtzahl (2011: 43,8 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 32 Prozent erhöht.

Die Verteilung der berufstätigen Ärzte auf die Altersgruppen hat sich weiter zu den höheren Altersjahren verschoben. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte ist um 0,2 Prozentpunkte auf jetzt 17,2 Prozent gesunken. Der Anteil der über 59-Jährigen ist auf 15,4 Prozent angestiegen (Vorjahr: 14,3 Prozent). Gleichzeitig ist der Anteil der 40- bis 49-Jährigen von 29,6 Prozent auf 27,9 Prozent zurückgegangen und der Anteil der 50- bis 59-Jährigen von 27,5 Prozent auf 28,1 Prozent gestiegen. Damit gibt es erstmals seit der Wiedervereinigung mehr 50- bis 59-jährige als 40- bis 49-jährige Ärzte.

Bei den einzelnen Arztgruppen fallen die Zuwachsraten recht unterschiedlich aus. Die höchsten Steigerungsraten sind bei den Gebieten Neurochirurgie (+ 6,1 Prozent), Neurologie (+ 5,8 Prozent) und Strahlentherapie (+ 5,4 Prozent) zu finden.

Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Biochemie (– 9,4 Prozent), Nervenheilkunde (– 2,9 Prozent), Öffentliches Gesundheitswesen (– 1,0 Prozent) und Pharmakologie (– 0,2 Prozent).

3.1.3 Im Krankenhaus tätige Ärzte

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte ist bezogen auf alle ärztlich Tätigen weiter angestiegen, auf nun 50,1 Prozent (Vorjahr: 49,7 Prozent). Damit sind mehr als die Hälfte aller ärztlich Tätigen in einem Krankenhaus beschäftigt.

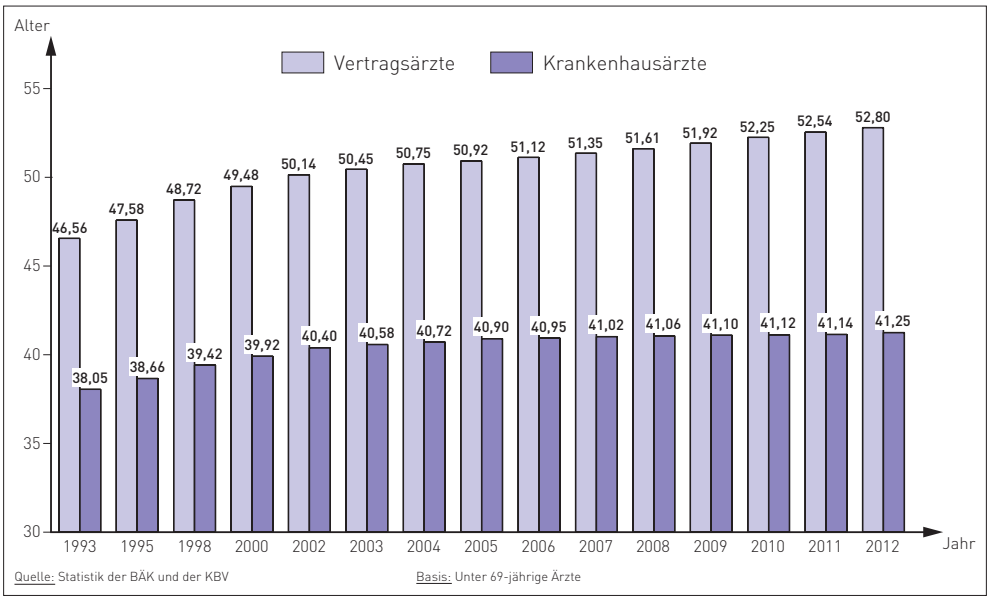


Abbildung 5: Durchschnittsalter der Ärzte

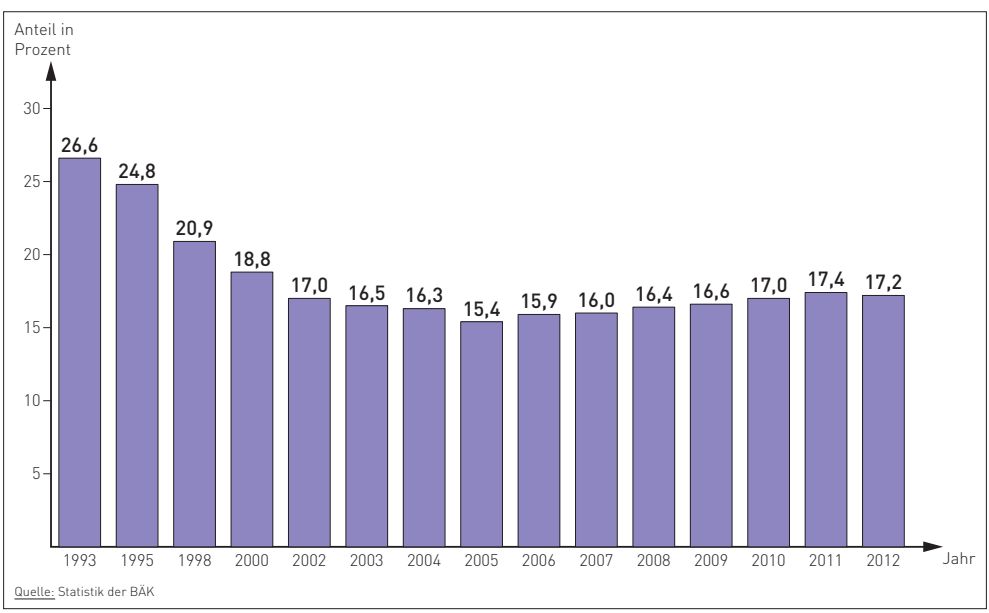


Abbildung 6: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten

Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg – zum siebten Mal in Folge – recht deutlich um 2,9 Prozent (absolut: 4.989) auf 174.829. Am deutlichsten nahm die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte in Niedersachsen (4,0 Prozent), Thüringen (4,0 Prozent), Saarland (3,9 Prozent) und Nordrhein (3,7 Prozent) zu. Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2012 weiter angestiegen, von 45,3 Prozent im Jahre 2011 auf nun 45,9 Prozent.

Zur Altersstruktur ist festzustellen, dass sie sich leicht verschlechtert hat. Der Anteil der Krankenhausärztinnen und -ärzte, die jünger als 35 Jahre sind, ist von 32,5 Prozent auf 31,9 Prozent gesunken. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der über 59-Jährigen von 5,3 Prozent auf 5,9 Prozent. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg dadurch von 41,14 Jahre im Jahre 2011 auf 41,25 im Jahre 2012.

3.1.4 Ambulant tätige Ärzte

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2012 um 0,8 Prozent angestiegen, was 1.203 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Zum Stichtag sind 144.058 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist um 799 Ärztinnen und Ärzte auf 123.213 zurückgegangen, dies entspricht – 0,6 Prozent. Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem in den Jahren 2003 bis 2011 bereits deutliche Anstiege zu verzeichnen waren, im Jahre 2012 weiter gestiegen, von 40,4 Prozent auf 41,1 Prozent.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 3,6 Prozent im Jahre 2011 auf 3,2 Prozent. Zugleich ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 25,1 Prozent auf 27,3 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 29.808 rund 1,5 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,5 Prozent und ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken.

3.1.6 Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit – soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind – hat sich 2012, wie die Jahre zuvor, erhöht. Die Steigerungsrate betrug 2,8 Prozent. Dies entspricht 2.980 Ärztinnen und Ärzten.

Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 63,4 Prozent im Ruhestand (Vorjahr: 63,4 Prozent), 2,1 Prozent sind berufsunfähig (Vorjahr: 2,1 Prozent), 0,7 Prozent befinden sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,7 Prozent), 4,6 Prozent sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 4,7 Prozent),

2,4 Prozent sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,4 Prozent), 5,5 Prozent befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,4 Prozent), 6,6 Prozent sind arbeitslos (Vorjahr: 6,5 Prozent) und schließlich geben 14,7 Prozent einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 14,7 Prozent).

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen vor, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden. Daraus ergibt sich, dass bis September 2012 ein Anstieg der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte festzustellen war. Es wurden 2.642 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet, wobei der Ärztinnenanteil 62,9 Prozent (Vorjahr: 64,7 Prozent) beträgt. Dies entspricht einer Zunahme um 222 Ärztinnen und Ärzte bzw. 9,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem Höhepunkt der Ärztearbeitslosigkeit im Jahre 1997 hat die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte um 6.754 bzw. 71,9 Prozent abgenommen.

Bezieht man die aktuelle Zahl der Arbeitslosen auf die Zahl der berufstätigen Ärzte insgesamt, ergibt sich eine sensationell niedrige Arbeitslosenquote von nur 0,8 Prozent (Vorjahr: 0,7 Prozent); wird als Bezugsgröße die Zahl der abhängig beschäftigten Ärzte genommen, liegt sie bei 1,2 Prozent (Vorjahr: 1,1 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 31,4 Prozent (Vorjahr: 31,8 Prozent), stationär 38,1 Prozent (Vorjahr: 37,8 Prozent), in Behörden/Körperschaften 2,1 Prozent (Vorjahr: 2,1 Prozent), in sonstigen Bereichen 4,4 Prozent (Vorjahr: 4,4 Prozent) und nicht ärztlich tätig 24,0 Prozent (Vorjahr: 23,9 Prozent).

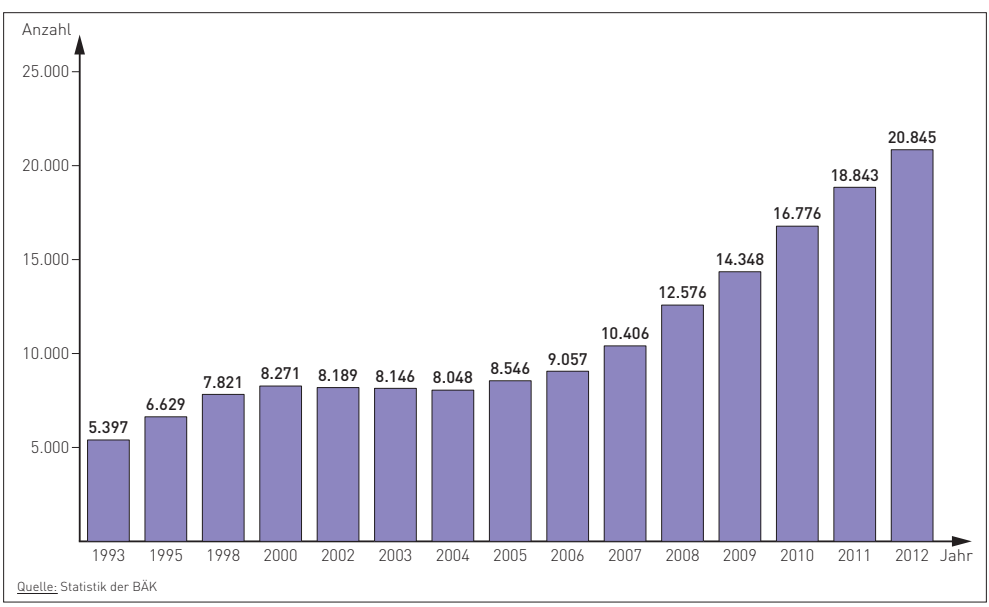


Abbildung 7: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte

3.1.7 Anzahl der erteilten Anerkennungen

Im Jahre 2012 wurden 10.127 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Damit lag die Zahl deutlich unter den 11.548 Anerkennungen des Jahres 2011. Die meisten Anerkennungen wurden mit 1.739 im Fach Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) ausgesprochen. Die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Inneren Medizin mit Schwerpunkt ist auf 866 gestiegen, liegt aber immer noch deutlich unter der Zahl der Anerkennungen ohne Schwerpunkt. Die Zahl der Anerkennungen in den Fächern Allgemeinmedizin sowie Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) ist gegenüber dem Vorjahr von 1.298 auf 949 gesunken. Im Jahre 2012 wurden für insgesamt 890 Schwerpunktbezeichnungen Anerkennungen ausgesprochen; damit lag die Zahl deutlich niedriger als im Jahre 2011 mit 1.144.

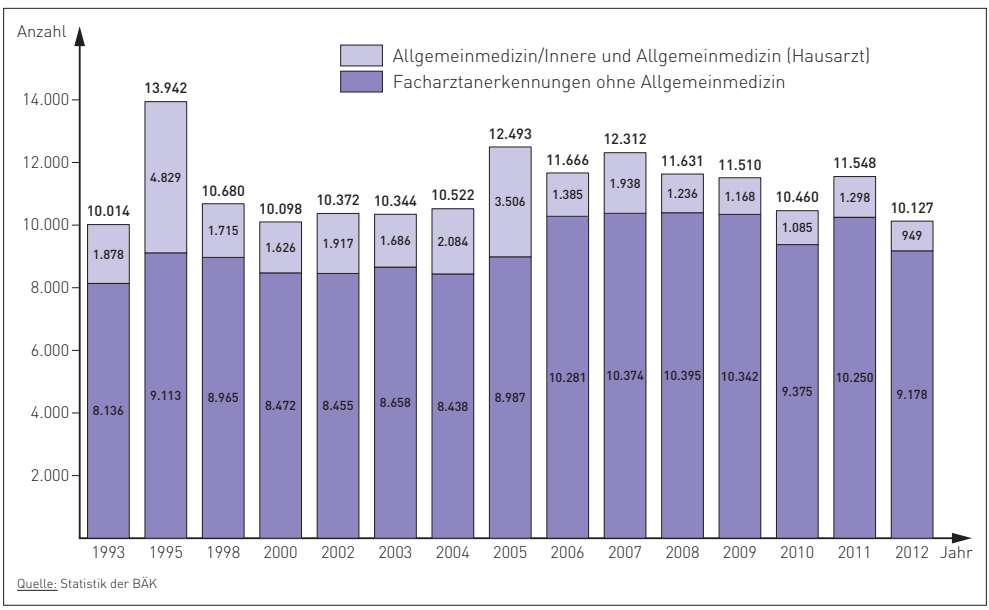


Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen

3.1.8 Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2012 um 4.193, das entspricht 14,8 Prozent, auf 32.548 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2012 bei 15,1 Prozent (Vorjahr 13,6 Prozent). Wie bereits in den Vorjahren, stellt sich die Wachstumsrate der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, als besonders ausgeprägt dar, sie beträgt 15,8 Prozent (Vorjahr 16,6 Prozent).

Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 3.015 die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten – insbesondere aus der Europäischen Union mit 2.580. Der größte Zustrom konnte aus Rumänien (+ 805) verbucht werden, es folgen Griechenland (+ 332),

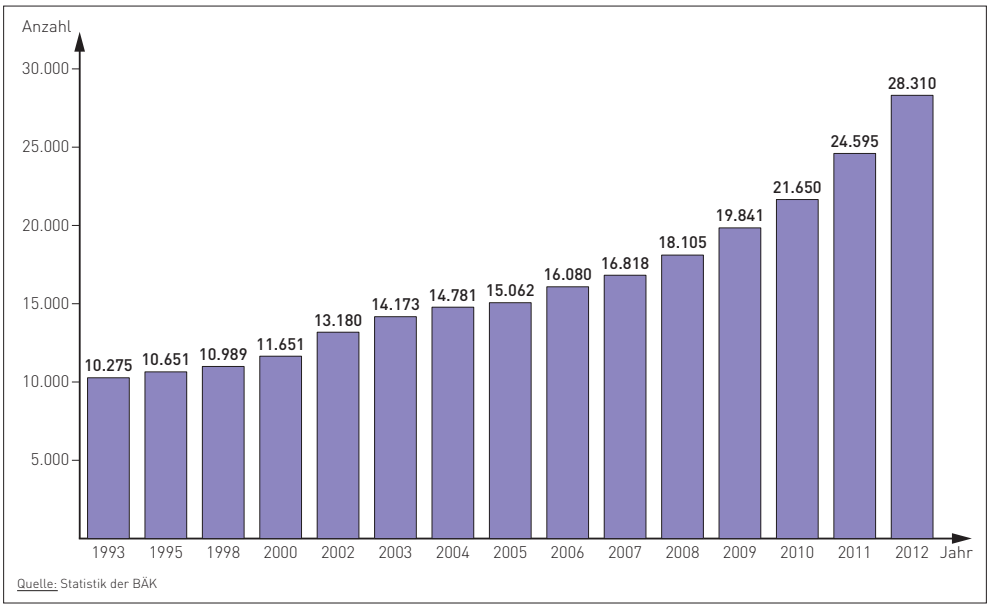


Abbildung 9: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzte

Ungarn (+ 301), Bulgarien (+ 184) und Syrien (+ 168). Größere Abwanderungen aus einzelnen Ländern waren im Jahr 2012 nicht zu verzeichnen. Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (2.910), Griechenland (2.556) und Österreich (2.491), gefolgt von Polen (1.759). Damit kommen 73,3 Prozent aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 18,1 Prozent aus Asien, 4,9 Prozent aus Afrika und 2,9 Prozent aus Amerika.

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 2012 insgesamt 2.241 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 66,8 Prozent beträgt. Die Abwanderung hat damit abgenommen und liegt etwa auf dem Niveau von 2009. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie in den vergangenen Jahren – die Schweiz (704), Österreich (275) und die USA (134).

3.2 Ambulante Versorgung

Zu Fragen und Problemen der ambulanten Versorgung wird der Vorstand der Bundesärztekammer durch den Ausschuss „Ambulante Versorgung“ sachverständig beraten. Vorsitzender des Ausschusses ist seit 2011 Dr. Ulrich Clever, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Im Jahr 2012 hat der Ausschuss ausführlich die Änderungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) beraten. Beratungsgegenstände waren ferner der aktuelle Sachstand des Projektes „Notfalldatenmanagement auf der eGK“, die Neustrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Stärkung der ambulanten Weiterbildung und die Reform der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Verschiedene Befragungen zu den Berufsperspektiven junger Ärzte haben ergeben, dass die Belastung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Entscheidung pro Niederlassung – insbesondere auch für die Niederlassung in ländlichen Gebieten – ein entscheidendes Kriterium darstellt. Um die Dienstbelastung zu reduzieren und den Bereitschaftsdienst zukunftsfähig zu machen, fanden in den letzten Jahren in mehreren Bundesländern grundlegende Reformen statt. In anderen Regionen wird eine Weiterentwicklung der Strukturen derzeit diskutiert. Vor diesem Hintergrund hat sich der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ in zwei Sitzungen mit der Thematik befasst und am Beispiel von Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe wesentliche Elemente der Neuorganisation in einer vergleichenden Darstellung zusammengestellt. Zielsetzung war, den Regionen, denen eine Reform noch bevorsteht, eine Hilfestellung zu geben.

Ambulante Weiterbildung

Weiterbildung findet derzeit überwiegend im stationären Bereich statt. Da aber zunehmend mehr Leistungen ambulant erbracht werden, können Teile der zum Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte nicht oder nur unzureichend im stationären Bereich vermittelt werden. Zudem werden Krankheitsverläufe und unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen nicht oder nur unzureichend kennengelernt. Die derzeitige Weiterbildungsrealität bereitet daher nach Auffassung des Ausschusses „Ambulante Weiterbildung“ in einer Reihe von Fachgebieten ungenügend auf eine anschließende Tätigkeit im ambulanten Bereich vor. Aus diesem Grunde wird es als notwendig angesehen, dass mehr Weiterbildung in Praxen niedergelassener Fachärzte stattfindet. Vom 115. Deutsche Ärztetag 2012 waren mehrere Anträge zur ambulanten Weiterbildung verabschiedet bzw. an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen worden. Unter anderem wurde die KBV vom Ärztetag aufgefordert, gemeinsam mit den Krankenkassen und der Politik die erforderlichen finanziellen Voraussetzungen zu schaffen (DÄT-Drs. IV-14).

Zur Erarbeitung eines konkreten Vorschlags zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierungsthematik wurde vom Aus-

schuss „Ambulante Versorgung“ die Gründung der Arbeitsgruppe „Ambulante Weiterbildung“ initiiert. Diese Arbeitsgruppe setzt sich aus Vertretern der verschiedenen zuständigen Gremien der Bundesärztekammer sowie einzelner besonders betroffener Fachgebiete (HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde) zusammen. Es ist vorgesehen, bis zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 ein Konzept vorzulegen.

Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Aufgrund einer Änderung der Rechtsgrundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) war eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie notwendig geworden. Der Gesetzgeber hatte u. a. folgende Vorgaben zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gemacht:

- Stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität (§ 99 Abs. 1 SGB V)
- Einbezug der auf der Grundlage einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie der in den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V, § 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V)
- Berücksichtigung der spezialfachärztlichen Versorgung bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V)
- Neufassung der regionalen Planungsbereiche zum 01.01.2013 mit der Möglichkeit, bei der Größe nach Arztgruppen zu differenzieren (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V)
- Präzisierung der Voraussetzungen für Sonderbedarfszulassungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)
- Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), Wegfall des Stichtagsbezugs

Im November wurde vom G-BA die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgelegt. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme kritisiert, dass die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie wiederum nur eine Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung darstellt. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander. Angesichts der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sieht die Bundesärztekammer die Notwendigkeit einer systematischen Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung. Zugestanden wurde, dass die Richtlinie eine weitgehend umsetzungsfähige Lösung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA darstellt. Dass der Versorgungsbedarf damit weiterhin nur innerhalb von Sektorengrenzen betrachtet wird, ist eine grundsätzliche Schwäche des Gesetzesrahmens. Hingewiesen wurde ferner darauf, dass der hohe Differenzierungsgrad der neuen Regelungen nicht den Blick darauf verstellen darf, dass diese Art von Bedarfsplanung lediglich eine hilfsweise Annäherung an die regionale Morbidität und den Versorgungsbedarf sein kann.

3.2.1 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 im Deutschen Ärztetag alljährlich über Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin Bericht zu erstatten. Dies geschieht in der Regel durch schriftliche Ausführungen im Rahmen des Tätigkeitsberichtes.

Im Berichtszeitraum traf sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin zu ihrer zweiten und dritten Sitzung in der Wahlperiode 2011/2015. Die Sitzungen fanden am 24.04.2012 und am 21.11.2012 in Berlin statt. Nach dem Rücktritt von Dr. Carl-Heinz Müller als Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde seine Nachfolgerin Regina Feldmann vom Vorstand der Bundesärztekammer als kooptiertes Mitglied in die Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin berufen. Als Gäste haben Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie der Arbeitsgemeinschaft „Junge Allgemeinmedizin Deutschland" (JADe) an den Sitzungen teilgenommen.

Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

Wesentliches Arbeitsergebnis der Frühjahrssitzung war die Verabschiedung eines umfangreichen Entschließungsantrages zu der „Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung" (DÄT-Drs. VI-08). Der Entschließungsantrag basiert auf der vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel mit großer Mehrheit angenommenen Entschließung „Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" (DÄT-Drs. VI-09). Aus dieser Entschließung resultierte ein weitergehender Arbeitsauftrag, da der 114. Deutsche Ärztetag alle Zuständigen, insbesondere jedoch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und den Deutschen Hausärzteverband, aufgefordert hatte, 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 vermitteln soll. Auf Einladung des Vorstands der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin fand am 30.11.2011 ein erstes Gespräch mit Vertretern der DEGAM und des Hausärzteverbandes statt, in dem vereinbart wurde, ein solches Papier gemeinsam bis zum 115. Deutschen Ärztetag zu erarbeiten. Die bei diesem Treffen gegründete Redaktionsgruppe erarbeitete den Entschließungsantrag bis April 2012. Der Entschließungsantrag wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer beim Ärztetag eingebracht und vom 115. Deutschen Ärztetag einstimmig verabschiedet.

Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Das Thema „Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen" stellte ein Schwerpunktthema des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg dar. In Vorbereitung der dortigen Beratungen befasste sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin in ihrer Frühjahrssitzung mit der Thematik der ärztlichen Praxisnetze. Am Beispiel des Gesund-

heitsnetzes QuE Nürnberg, das maßgeblich auch von Hausärzten mitgestaltet wird, wurden die Vorzüge einer solchen Versorgungsform diskutiert.

Evaluation der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Beraten wurden ferner die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde im Rahmen des von der Bundesärztekammer durchgeführten Projektes „Evaluation der Weiterbildung". Es zeigte sich, dass die Allgemeinmedizin bundesweit über alle Fragenkomplexe hinweg durchgehend besser abschneidet als andere Fachgebiete. Tendenziell fielen zudem die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde im Jahr 2011 positiver aus als die der ersten Befragungsrunde im Jahr 2009. Trotzdem sieht die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin weiteres Verbesserungspotenzial bei der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland. So sei zum Beispiel der Anteil der weiterzubildenden Ärzte, die keinen strukturierten Weiterbildungsplan erhielten bzw. mit denen keine konkreten Weiterbildungsziele bzw. Lernziele vereinbart worden waren, weiterhin zu hoch (siehe Kapitel 2.2.5).

Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung

Schwerpunktthema der aufgrund einer anschließenden gemeinsamen Sitzung mit der Deutschen Akademie der Gebietsärzte verkürzten Herbstsitzung war die Thematik „Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung". Die Befassung mit dieser Thematik ging auf einen beim 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg eingebrachten Entschließungsantrag zurück, der an den Vorstand überwiesen worden war (DÄT-Drs. VI-90). Angesichts der wachsenden Bedeutung der Telemedizin wurde von der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin eine Entschließung zur Bedeutung und Nutzung telemedizinischer Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung verabschiedet.

In der Entschließung betont die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten telemedizinischer Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung. Gerade in ländlichen Regionen und bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten können telemedizinische Anwendungen helfen, die Versorgungssituation zu verbessern, Exazerbationen zu verhindern und sowohl die Compliance als auch die Lebensqualität der Patienten zu steigern. Die Telemedizin verbessert die Möglichkeiten des fachlichen Austausches über Telekonsultationen (bspw. mit HNO-Ärzten oder Dermatologen) und wird dazu beitragen, die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit zu erhöhen. Von daher begrüßt die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin alle Projekte aus dem hausärztlichen Bereich, in denen der Nutzen telemedizinscher Anwendungen wissenschaftlich evaluiert wird.

Insbesondere bei sektorenübergreifenden und interdisziplinären Projekten ist die enge Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte zur Aufrechterhaltung und Koordination einer qualifizierten Patientenversorgung erforderlich. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass sich der Einsatz telemedizinischer Anwendungen an der medizinischen Notwendigkeit, der Qualität und dem Zeitaufwand der Praxen orientiert.

Die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin erinnert in ihrer Entschließung an die vom 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden verabschiedeten „Voraussetzungen für gute Telemedizin". Der Bewertungsausschuss wurde aufgefordert, zeitnah die Voraus-

setzungen dafür zu schaffen, dass ambulante telemedizinische Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden können, soweit sie den o. g. Kriterien bewiesenermaßen genügen, ebenso ist eine adäquate Vergütung bei Selektivverträgen vorzusehen.

Gemeinsame Sitzung mit der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

Am 21.11.2012 fand erstmalig eine gemeinsame Sitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin und der Deutschen Akademie der Gebietsärzte statt. Beratungsgegenstand war das Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu dem Thema „Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, das im Juni 2012 veröffentlicht wurde. Als Referent konnte Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach gewonnen werden, der im September 2012 zum neuen Vorsitzenden des Sachverständigenrates ernannt worden war.

3.2.2 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 44.082 im Jahre 2012 und damit im Bestand um 16.125 Ärzte gewachsen. Der Anteil dieser Arztgruppe an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte ist hingegen von 52,4 Prozent im Jahre 1975 auf 35,3 Prozent im Jahre 2012 gesunken (siehe Tabelle 1). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen im gleichen Zeitraum von 25.346 auf 80.688, d. h. um 55.342 Ärzte gewachsen und in der Relation von 47,6 Prozent (1975) auf 64,7 Prozent (2012) gestiegen. An dieser gegenläufigen Entwicklung mit einer kontinuierlichen Abnahme des Anteils der Allgemein-/Praktischen Ärzte und einem stetigen Zuwachs von Spezialisten an der Gesamtzahl aller ambulant tätigen Ärzte hat sich auch im vergangenen Jahr nichts geändert.

Vom 31.12.2011 bis zum 31.12.2012 sank die Zahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte erneut geringfügig. Die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen in den alten Bundesländern stieg hingegen um 1.205 Ärzte.

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 geht die Zahl zurück, vom 31.12.2011 bis zum 31.12.2012 um 258 Ärzte. Die Zahl der Spezialisten erhöhte sich von 2011 auf 2012 um 1.461 Ärzte. Von 1990 bis 2012 sank der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte von 43,5 Prozent auf 35,3 Prozent, zugleich stieg der Anteil der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen von 56,5 Prozent auf 64,7 Prozent. Am 31.12.2012 waren 144.058 Ärzte im gesamten Bundesgebiet ambulant tätig.

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
2012	44.082	35,3	80.688	64,7	124.770	100
12:11 in %	–0,6		+1,5		+0,8	

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

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
2012	50.909	35,3	93.149	64,7	144.058	100
12:11 in %	–0,5		+1,6		+0,8	

Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellte 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. Tabelle 3 zeigt: Am 31.12.2012 waren 14.505 Allgemein-/Praktische Ärzte (28,5 Prozent) 60 Jahre und älter, 18.992 Ärzte waren 50 bis 59 Jahre alt (37,3 Prozent). Mit 24,3 Prozent fällt der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen im Vergleich zu den Spezialisten (31,8 Prozent) deutlich geringer aus.

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 3: Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzte zum 31.12.2012 (gesamtes Bundesgebiet)

Altersgruppe		Allgemeinärzte	Praktische Ärzte	Allgemein-/ Praktische Ärzte	Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen	Summe Ärzte
0		1	2	3	4	5
bis 34	Anzahl	192	1.875	2.067	472	2.539
	in Prozent	0,5	13,9	4,1	0,5	1,8
35 bis 39	Anzahl	1.655	1.314	2.969	4.315	7.284
	in Prozent	4,4	9,7	5,8	4,6	5,1
40 bis 49	Anzahl	9.895	2.481	12.376	29.612	41.988
	in Prozent	26,4	18,4	24,3	31,8	29,1
50 bis 59	Anzahl	14.008	4.984	18.992	36.792	55.784
	in Prozent	37,5	37,0	37,3	39,5	38,7
über 60	Anzahl	11.667	2.838	14.505	21.958	36.463
	in Prozent	31,2	21,0	28,5	23,6	25,3
Summe Ärzte	Anzahl	37.417	13.492	50.909	93.149	144.058
	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 10.815 Ärzten in der ersten Altersgruppe (35 bis 49 Jahre) 31.331 Ärzten in der zweiten Altersgruppe (50 bis über 60 Jahre) gegenüber stehen. Diese Gegenüberstellung stellt deutlich die Problematik des fehlenden hausärztlichen Nachwuchses heraus.

Tabelle 4: Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte zum 31.12.2012 (gesamtes Bundesgebiet)

Altersgruppe		Allgemeinärzte	Praktische Ärzte	Allgemein-/ Praktische Ärzte	Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen	Summe Ärzte
0		1	2	3	4	5
bis 34	Anzahl	96	53	149	153	302
	in Prozent	0,3	0,6	0,4	0,2	0,2
35 bis 39	Anzahl	1.119	106	1.225	2.369	3.594
	in Prozent	3,3	1,3	2,9	2,9	2,9
40 bis 49	Anzahl	8.437	1.153	9.590	24.162	33.752
	in Prozent	24,7	14,1	22,7	29,9	27,4
50 bis 59	Anzahl	13.365	4.257	17.622	34.292	51.914
	in Prozent	39,2	52,0	41,6	42,4	42,2
über 60	Anzahl	11.092	2.617	13.709	19.942	33.651
	in Prozent	32,5	32,0	32,4	24,6	27,3
Summe Ärzte	Anzahl	34.109	8.186	42.295	80.918	123.213
	in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik der BÄK

3.2.3 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 Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (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 Kassenärztlichen Vereinigung sowie die Landeskrankenhausgesellschaft. Die Landesärztekammer soll als Beteiligte einbezogen werden.

Nachdem sich im Jahr 2011 in zwölf Bezirken (Bundesländern) Koordinierungsstellen gebildet hatten, folgten 2012 noch Hessen und Nordrhein-Westfalen. In den noch fehlenden beiden Bundesländern (Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz) entsprechen die eingerichteten Koordinierungsstellen in ihrer Zusammensetzung bisher nicht den Vorgaben der Vereinbarung. Die Koordinierungsstellen in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe sind bei den Ärztekammern angesiedelt.

Zum 01.01.2012 wechselte die Geschäftsführung des Förderprogramms Allgemeinmedizin von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Unter der Leitung des GKV-SV fanden im Jahr 2012 zwei Sitzungen der Lenkungsgruppe statt. Bei diesen Sitzungen wurden unter anderem Strukturvorgaben für die jährlichen Berichte der Koordinierungsstellen verabschiedet. Weiterhin wurde die Abgabefrist für die Berichte der Koordinierungsstellen für das Berichtsjahr 2011 vom 30.03. auf den 31.08.2012 verlängert. Die Lenkungsgruppe erarbeitet derzeit einen Evaluationsbericht, der noch im ersten Quartal 2013 veröffentlicht werden soll. Da der Bericht und damit die aktuellen Zahlen noch nicht vorliegen, sind gegenwärtig keine Aussagen über die Entwicklung des Förderprogramms möglich.

Weiterhin fand am 14.11.2012 auf Einladung der Bundesärztekammer ein zweiter Erfahrungsaustausch der Lenkungsgruppe mit den universitären Einrichtungen der Allgemeinmedizin statt. Das Treffen gestaltete sich nicht spannungsfrei. Übereinstimmend wurde aber festgehalten, dass die Anstrengungen im Studium und in der Weiterbildung verstärkt werden müssen, um mehr Medizinstudierende bzw. junge Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu interessieren und sie zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Wesentlich sei, die positiven Seiten der hausärztlichen Tätigkeit herauszustellen und nicht nur die negativen Aspekte zu betonen.

Am 22.11.2012 fand bei der Bundesärztekammer ein dritter Informations- und Erfahrungsaustausch der mit der Umsetzung der Fördervereinbarung befassten Mitarbeiter der Landesärztekammer statt, bei dem zahlreiche Einzelfragen besprochen wurden. Auf Wunsch der Landesärztekammern wird der Informations- und Erfahrungsaustausch im kommenden Jahr fortgesetzt. Weiterhin wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die Anfang 2013 ein Auswertungsraster für die Weitergabe der Ergebnisse der Befragung nach § 5 Abs. 6 der Fördervereinbarung an die Koordinierungsstellen erarbeiten soll.

3.2.4 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 traf sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte zu ihrer zweiten und dritten Sitzung in der Wahlperiode 2011/2015. Die Sitzungen fanden am 24.03.2012 und am 20.10.2012 in Berlin statt. Als Gäste nahmen der Vorsitzende des Spitzenverbandes der Fachärzte, Dr. Thomas Scharmann, und der Präsident der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände, Dr. Siegfried Götte, an den Sitzungen teil. Neben der Erörterung aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Fragen standen insbesondere die Themen Berufshaftpflicht, fachärztliche Weiterbildung, Belegarztwesen und Normung im Mittelpunkt der Beratungen.

Berufshaftpflicht und alternative Systeme der kollektiven Übernahme des Behandlungsschadens des Patienten

Mit der Thematik „Berufshaftpflicht der Ärzte“ hat sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte bereits mehrfach befasst (siehe auch Tätigkeitsbericht 2011). In der Frühjahrssitzung beschäftigte sich die Akademie insbesondere mit alternativen Systemen der kollektiven Übernahme des Behandlungsschadens von Patienten. Am Beispiel der Regelungen in den skandinavischen Ländern wurden die Vor- und Nachteile anderer Formen der Regulierung von Behandlungsschäden herausgearbeitet und diskutiert. Angesichts der steigenden Berufshaftpflichtprämien wird von der Akademie weiterhin die Notwendigkeit gesehen, zu Lösungen zu kommen. Von daher begrüßt die Deutsche Akademie der Gebietsärzte, dass der Vorstand der Bundesärztekammer eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, eingerichtet hat, in der auch unter Berücksichtigung alternativer Modelle Vorschläge zur Weiterentwicklung der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung erarbeitet werden sollen.

Ambulante Weiterbildung

In der Frühjahrssitzung stand daneben das Thema „Weiterbildung“ auf der Tagesordnung. Neben den von den Weiterbildungsgremien erarbeiteten konzeptionellen Überlegungen zur anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) befasste sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte mit den Erwartungen der niedergelassenen Fachärzte an die Novelle. Als wichtige Themen wurden der berufsbegleitende Erwerb von Zusatzweiterbildungen und Zusatzqualifizierungen und die Förderung der ambulanten Weiterbildung herausgearbeitet. Nach der MWBO kann die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgen. Ein obligater ambulanter Weiterbildungsabschnitt ist allerdings nur im Gebiet Allgemeinmedizin vorgesehen. Kontrovers beraten wurde die Forderung nach einem verpflichtenden ambulanten Weiterbildungsabschnitt auch für andere Gebiete sowie die mögliche Dauer eines solchen Abschnittes. An der vom Ausschuss „Ambulante Versorgung“ zu dieser

Fragestellung eingerichteten Arbeitsgruppe arbeiten mehrere Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Akademie der Gebietsärzte mit.

Belegärztliche Versorgung

In Fortsetzung des entsprechenden Tagesordnungspunktes des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg beschäftigte sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte in ihrer Herbstsitzung mit der belegärztlichen Versorgung. Der Ärztetag hatte begrüßt, dass sich die Regierungskoalition in der Koalitionsvereinbarung verpflichtet hatte, das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beizubehalten und zu fördern. Weiterhin war gefordert worden, dass nun auch konkrete Schritte zur Stärkung des Belegarztwesens folgen müssten. Auf der Grundlage einer Standortbestimmung aus Sicht des Berufsverbandes der Belegärzte e. V. wurde von der Akademie die Frage beraten, worin diese konkreten Schritte bestehen könnten und welche Forderungen an die Politik, aber auch an andere Akteure des Gesundheitswesens zu richten seien. Dabei werden die Überlebenschancen des traditionellen Belegarztwesens u. a. vor dem Hintergrund der Änderung des § 2 Abs. 1 KHEntgG, wonach allgemeine Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärzte erbracht werden können, und der Bundesratsinitiative im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), in § 18 Abs. 3 KHEntgG die Wörter „in Höhe von 80 Prozent“ zu streichen, von den Akademiemitgliedern unterschiedlich bewertet. Fortgesetzt werden soll die Befassung mit den Möglichkeiten, sektorenübergreifend ärztlich tätig zu werden, in der übernächsten Sitzung der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, dann zu dem Thema „Honorarärzte“.

Normung

Ein weiteres Schwerpunkthema der Herbstsitzung waren nationale und europäische Normungsaktivitäten. Am Beispiel des Normungsprojektes „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie“ werden die Auswirkungen entsprechender Normungsprojekte auf die ärztliche Berufstätigkeit beraten. Die in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte vertretenen ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unterstützen die Bundesärztekammer bei ihrer Ablehnung von Normungsaktivitäten der europäischen Kommission bzw. der europäischen Normungsgremien, bei denen in den Bereich der ärztlichen Berufsausübung durch Festlegung von Berufs- und Weiterbildungspflichten eingegriffen wird. Die Berufsverbände und Fachgesellschaften sprechen sich dafür aus, dass in den Fällen, in denen internationale Normungsgremien Normungsprojekte mit inhaltlichen Bezügen zu berufsrechtlichen Regelungen planen, die Bundesärztekammer in Abstimmung mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften in die entsprechenden DIN-Spiegelgremien Vertreter entsendet, um dort den Inhalt solcher Normen beeinflussen zu können.

3.3 Stationäre Versorgung

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird bei Fragen und Problemen der stationären Versorgung durch den Ausschuss und die Ständige Konferenz „Krankenhaus“ sachverständig beraten. Vorsitzender dieser Krankenhausgremien ist seit 2003 Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands 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.

Trotz der großen Leistungskraft des ambulanten Bereichs nehmen die Relevanz und die Bedeutung der stationären Versorgung insbesondere wegen des steigenden Durchschnittsalters in Deutschland weiter zu. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Verbindung mit einer immer noch unterentwickelten Prävention und die wachsenden Möglichkeiten der Medizin tragen zu einem erneut gewachsenen Behandlungsbedarf bei. Ohnedies kann man das Gesundheitswesen ökonomisch als einen hochrelevanten Wirtschaftsbereich mit einem erheblichen Wachstums- und Beschäftigungspotenzial betrachten. 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.

Die deutschen Kliniken stellen in diesem Zusammenhang 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 2012 noch die Schätzungen für das Jahr 2013 werden den Stellenwert der stationären Versorgung für die Sicherung einer hoch qualitativen Gesundheitsversorgung wie auch für den Arbeitsmarkt verringern.

Den Krankenhäusern kommen neben ihren Aufgaben der Krankenversorgung bedeutsame Funktionen der Forschung und Entwicklung sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten und Fachkräften 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 erfolgte Reform der Krankenhausfinanzierung und -versorgung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) 2010 und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2011 hat die Rahmenbedingungen im Berichtsjahr maßgeblich mitgeprägt.

Aktuelle Lage und Zielstellung 2012

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

In den insgesamt 2.041 Krankenhäusern Deutschlands (Vorjahr: 2.064) standen Ende 2010 insgesamt knapp 502.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Die Zahl der aufgestellten Betten hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr nur leicht um ungefähr 1.000 verringert. Der Rückgang der Zahl der Häuser hat sich deutlich verlangsamt, und der Bettenabbau hat sich verringert. 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 77,3 Prozent. Insgesamt 18,3 Millionen Patienten wurden 2011 vollstationär im Krankenhaus behandelt (+ 1,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Die durchschnittliche Verweildauer ist erneut gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Tage auf 7,7 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 2011 mehr als verdoppelt (33,2 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 verändert und liegt bei 36,3 Prozent (1991: 39,1 Prozent).

Rund 839.000 Vollkräfte – das ist die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten – kümmerten sich 2011 um die Versorgung der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Davon zählten knapp 139.000 zum ärztlichen Dienst und 701.000 zum nichtärztlichen Dienst, darunter allein 310.000 Vollkräfte im Pflegedienst (2010: 306.000). Die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Vollkräfte nahm im Vergleich zum Vorjahr sowohl im ärztlichen als auch im nichtärztlichen Dienst um 2,8 Prozent zu.

Die Gesamtkosten der Krankenhäuser beliefen sich im Jahr 2011 auf 83,4 Milliarden Euro. Umgerechnet auf rund 18,3 Millionen Patientinnen und Patienten, die 2011 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, betrugen die stationären Krankenhauskosten je Fall im Jahr 2011 im Bundesdurchschnitt 3.960 Euro. Dies waren 2,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor (3.854 Euro). Die Krankenhauskosten setzten sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 49,5 Milliarden Euro (+ 4,3 Prozent gegenüber 2010) sowie den Sachkosten von 31,7 Milliarden Euro (+ 4,4 Prozent) zusammen. Weitere 1,2 Milliarden Euro entfielen auf Steuern, Zinsen und ähnliche Aufwendungen. In diesen Gesamtkosten waren Ausgaben für nichtstationäre Leistungen mit einem Volumen von 10,8 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 72,6 Milliarden Euro. Die durchschnittlichen Kosten je Fall variieren stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Am niedrigsten waren sie in Brandenburg mit 3.570 Euro, am höchsten in Hamburg mit 4.628 Euro.

Insbesondere sind die durchschnittlichen Aufwendungen für Sachkosten und Energie in 2010 trotz aller 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 Personalbudgets, u. a. durch fehlende Nachbesetzungen von frei werdenden Stellen, Umstrukturierungen und Notlagetarifverträge angestrebt. Die Individualität der Patientenbetreuung und die Intensität persönlicher Zuwendung haben abgenommen. 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 2013 gilt es nicht nur aus ärztlicher, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, Ärztinnen und Ärzten zeitnah vernünftigere 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.

Stationäre Versorgung in Deutschland – Wesentliche Punkte der Beratungen des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ 2012

In ihrer Frühjahrssitzung am 02.04.2012 fokussierte sich die Erörterung und Diskussion der Mitglieder und Gäste des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ auf

- Gesundheits- und berufspolitische Fragen
- Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus; möglicher Umgang mit Personalanhaltszahlen und deren Belastbarkeit
- Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculäre Fortbildung „Krankenhaushygiene“
- Geo-Darstellung für Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf im Rahmen des Krankenhausqualitätsreports (Initiative des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- Stand der Einbeziehung der Landesärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V

Darüber hinaus erfolgten eingehende Beratungen in der Herbstsitzung am 30.10.2012 zu folgenden Themen:

- Erörterung der aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Lage unter besonderer Berücksichtigung des neu eingeführten Orientierungswertes, der Mehrleistungsabschläge, des aktuellen G-DRG-Fallpauschalenkataloges, der geplanten Neueinfüh-

rung eines Entgeltsystems für die Psychiatrie/Psychosomatik ab dem 01.01.2013, dem Patientenrechtegesetz sowie der Organspendedebatte in Deutschland

- Auswirkungen ökonomischer Anreize auf die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus vor dem Hintergrund der zunehmend immanenten Bonuszahlungen im Rahmen von Zielvereinbarungen
- Förderung des Belegarztwesens als ein wesentliches Element kooperativer Versorgungsstrukturen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages 2012 zur Förderung von Kooperation und Vernetzung ärztlicher Versorgung
- Konsequenzen aus den Entschließungen des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg sowie der an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesenen Anträge im Kontext der stationären Versorgung

Die Beratungen des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ ergaben im Berichtsjahr 2012 nicht zuletzt, dass die stationäre Versorgung vor dem Hintergrund der zunehmend sektorenübergreifenden Gestaltung, einer limitierten Finanz- und Personalsituation sowie einer verschärften Wettbewerbsphilosophie vor erheblichen Herausforderungen steht. Neben den notwendigen Diskussionen mit den Vertretungen der Kliniken, z. B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), zu der zukünftigen sinnvollen Handhabung von Chef- und Oberarztverträgen (ökonomische Anreize/Bonussystematik) wird im Jahr 2013 auch eine intensive Diskussion zur Stärkung des finanziellen Engagements der öffentlichen Hand im Bereich der Investitionen in die stationäre Versorgung notwendig werden. Die Fördermittel der Länder halten mit dem Investitionsbedarf weiterhin nicht Schritt. Für die Betriebskostenfinanzierung bestimmte Mittel werden in Investitionen umgeleitet.

Im Berichtsjahr 2012 wurden zur Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung durch die Bundesärztekammer u. a. folgende Aktivitäten begleitet bzw. durchgeführt:

- Adaptierung der für die Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Sektor zunehmend relevanten Klassifikationssysteme OPS und ICD für das Jahr 2013 sowie der Deutschen Kodierrichtlinien in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den beauftragten Selbstverwaltungspartnern gem. § 17b KHG.
- Fortsetzung der Diskussion zur Entwicklung und Implementierung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG mit Vertretern der Gesundheitspolitik, des BMG sowie der betroffenen Fachgesellschaften und Institutionen (Stellungnahmen sowie wiederholte Anhörungen im Vorfeld der Ersatzvornahme durch das BMG am 14.11.2012).
- Begleitung der Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und des zugrunde liegenden Fallpauschalenkataloges im Austausch mit den zuständigen Selbstverwaltungspartnern gem. § 17b KHG sowie nationalen und internationalen Fachexperten.

- Fachliche Unterstützung der weiteren Auswertung vorliegender Begleitforschungsergebnisse zum G-DRG-System gem. § 17b Abs. 8 KHG sowie die Erörterung der möglichen Konsequenzen für die Versorgung und den notwendigen Nachjustierungsbedarf des neuen G-DRG-Kataloges. Koordination und Ausrichtung der übergreifenden gemeinsamen Beratungen des notwendigen Anpassungsbedarfes im Bereich der Krankenhausfinanzierung in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im Rahmen der Sitzungen der Ständigen DRG-Fachkommission.
- Intensivierung der Kooperation mit der Fédération des Medecins Suisses (FMH) zu Fragen der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, der Verbesserung der Patientenversorgung, den ersten Auswirkungen des SwissDRG-Systems sowie dem Ärzte- und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen.
- Fortsetzung der Diskussion zu aktuellen Entwicklungen im Bereich der honorarärztlichen Versorgung Deutschlands, Begleitung gesetzgeberischer Regelungen im Vorfeld der ergänzenden Regelungen im Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntG) vom 27.07.2012.
- Erörterung der Optionen und Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelung für nichtangestellte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.
- Erörterung mit den zuständigen Fachexperten der Selbstverwaltung sowie Verantwortlichen des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) zu der geplanten Novellierung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und den möglichen Kollateralwirkungen auf die medizinische Versorgung sowie die Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte.
- Adaptierung des Seminars „Medizin und Ökonomie“ der Bundesärztekammer auf Basis der Anregungen ehemaliger Teilnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Entschließungen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg zum Ausbau von Kooperationen und einer Intensivierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.
- Integration der besonderen Anliegen der Medizinstudierenden in das Seminar „Medizin und Ökonomie“ u. a. durch die Beteiligung der Past-Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bmvd), cand. med. Caroline Fleischmann.
- Verstetigung und Ausbau der Kooperation mit Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Schwerpunkt: Reduktion von streitintensiven Regelungen im G-DRG-System sowie den Deutschen Kodierrichtlinien.
- Beginn des Austauschs mit dem Bundesrechnungshof zu Fragen der Krankenhausfinanzierung, des G-DRG-Systems sowie der Krankenhausrechnungsprüfungen.
- Bundesweit erstmalig fachöffentliche Erörterung der Berechnungsgrundlagen des neu eingeführten Orientierungswertes mit Vertretern des zuständigen Statistischen Bundesamtes.

- Weitere Aktualisierung und Adaptierung des Geografischen Krankenhausanalysesystems (GeKAS) in Kooperation mit den Verantwortlichen der Landesärztekammern, wiederholte Durchführung von Schulungen.
- Fortsetzung der Erörterungen zu Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie dem Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Intensivierung der Erörterung von Fragen zur Relation zwischen dem Regelungsbereich des SGB V und den zunehmenden Initiativen des Bundes und der Länder zur Gesundheitswirtschaft.
- Analysen von Trends im Bereich neuer Arbeitsangebote für Ärztinnen und Ärzte durch Kliniken und medizinische Einrichtungen; Auswertungen der Stellenanzeigen des Deutschen Ärzteblattes (Schwerpunkt: Stationäre Versorgung).
- Intensivierung des Meinungsaustausches zu Fragen der Attraktivitätssteigerung ärztlicher Tätigkeit in Klinik und Praxis mit in Deutschland tätigen Personalagenturen.
- Intensivierung des Informationsaustausches zur weiteren Entwicklung potenzieller Gegenmaßnahmen gegen den Fachkräftemangel in Europa in Kooperation mit dem Weltärztebund (WMA), Genf, unter besonderer Berücksichtigung der sich verschärfenden Probleme der Gesundheitssysteme in Spanien, Italien und Griechenland.

Neben den lebhaften, kontroversen Debatten im Vorfeld der Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Psych-Entgeltkataloges 2013 prägten die Debatte im Jahr 2012 insbesondere der wachsende Fachkräftemangel, die notwendige Steigerung der Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen durch ein Umdenken stationärer Arbeitgeber und die sich verschlechternde Finanzlage der Kliniken. Angesichts der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass sich diese Diskussion 2013 verschärfen wird. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der anstehenden Bundestagswahl im September 2013 sowie der Ankündigung des Bundesministers für Gesundheit, Daniel Bahr, im Rahmen des Krankenhaustages 2012, dass der Bund keinerlei Aufstockung der Mittel für den stationären Sektor in Aussicht stellt, kann voraussichtlich bis 2014 mit keiner Verbesserung der finanziellen Sicherung der stationären Versorgung gerechnet werden. Eine besondere Verantwortung wird daher in 2013 den Bundesländern bei ihren weiteren Entscheidungen im Hinblick auf notwendige Krankenhausinvestitionsfinanzierungen zukommen.

3.3.1 Trägerstrukturänderungen im Bereich der stationären Versorgung

Trotz einer positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung während des ersten Halbjahres 2012 haben die sich verschärfenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen im Bereich der stationären Versorgung zu einer Fortsetzung der Akquisestrategien unterschiedlicher Trägergruppen geführt. Im Vordergrund stehen nach wie vor private Träger, die vor dem Hintergrund der eingeschränkten Liquidität der Länder, Städte und Kommunen weitere Übernahmen von Kliniken und medizinischen Einrichtungen im Be-

richtsjahr vorgenommen haben. Das Jahr 2012 wurde durch das Novum einer potenziellen Übernahme eines großen privaten Trägers durch wiederum einen privaten Träger geprägt. Die Bundesärztekammer hatte schon 2007 angemerkt, dass ab einer bestimmten Größe der Übernahme eine bundesweite Dominanz eines Trägers entstehen kann, die weit über eine spezifische Region Auswirkungen auf die Beteiligten der stationären Versorgung hat. Dies hat sich 2012 bestätigt.

Mit dem im Frühjahr angekündigten Übernahmeangebot des Gesundheitskonzerns Fresenius an die Anteilseigner der Rhön AG war die strategische Option verbunden, einen entscheidenden Teil von Kliniken bundesweit zusammenzuführen, um künftig bundesweit agierenden Krankenkassen weitreichende Angebote machen zu können. Beim ersten Versuch hatte der Bad Homburger Konzern Fresenius ca. 3,1 Milliarden Euro geboten, war aber letztlich an der gesetzten hohen Annahmeschwelle von 90 Prozent gescheitert. Hintergrund war u. a., dass der konkurrierende private Klinikbetreiber Asklepios mit einer Beteiligung von 5 Prozent bei der Rhön Klinikum AG eingestiegen war. Nach intensiven und wiederholten Verhandlungen wurde seitens der Beteiligten Anfang September 2012 mitgeteilt, dass bis auf weiteres keine neuen Angebote unterbreitet werden. Damit ist der „Übernahmeversuch" für das Berichtsjahr gescheitert. Dennoch wurde durch das Angebot deutlich, welche Dimension die Konsolidierung (insbesondere bei den privaten Trägern) in Zukunft erreichen kann. Dies zeigt auch, dass sich weitere maßgebliche private Klinikträger sowie Großunternehmen der Medizintechnik für eine Beteiligung interessieren. Ebenso wurde deutlich, dass die stationäre Versorgung in Deutschland vermehrt im Fokus von Finanzinvestoren steht. Im Rahmen der geplanten Übernahme hatten sich auch US-Hedgefonds am Aktienhandel beteiligt.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 sowie die Bundesärztekammer haben wiederholt auf die Unverzichtbarkeit der Trägerpluralität hingewiesen. Die Diskussionen des Jahres 2012 zeigen, dass dieses Primat nach wie vor einen hohen Schutz genießen muss, da sich ansonsten innerhalb eines durchaus kurzen Zeitrahmens die Verhältnisse im Rahmen der stationären Versorgung in Deutschland maßgeblich ändern können. Dies wird nicht zuletzt erhebliche Auswirkungen auf die Optionen von Ärztinnen und Ärzten bei der Wahl eines interessanten Arbeitgebers mit attraktiven Arbeits- und Rahmenbedingungen haben. Zudem gilt es 2013 für die an der potenziellen Übernahme Beteiligten, die Kollateralwirkungen auszutarieren (Konsolidierung). Eine durch das Wissenschaftsministerium in Hessen im November 2012 intendierte jährliche Subventionierung des Rhön-eigenen Universitätsklinikums Gießen-Marburg mit bis zu 13 Millionen Euro jährlich wurde einhellig durch die Landesärztekammer Hessen abgelehnt. Stellvertretend für die Ärzteschaft wies die Landesärztekammer darauf hin, dass bei der Übernahme des Uniklinikums Gießen-Marburg vor sechs Jahren der börsennotierte Rhön-Konzern eine Verzichtserklärung für Investitionsmittel unterschrieben hat.

Die besondere Entwicklung der angestrebten Trägerstrukturänderungen 2012 hat gezeigt, dass eine zeitnahe Diskussion und eine Positionierung der Ärzteschaft zur Thematik notwendig ist und auch in Zukunft sein wird.

Medizin und Ökonomie

Die Bundesärztekammer führt seit 2008 regelmäßig ein Seminar „Medizin und Ökonomie“ für interessierte Ärztinnen und Ärzte durch. Ziel des Seminars ist, Ärztinnen und Ärzten sowie Studentinnen und Studenten zu ermöglichen, ihre medizinische Expertise mit aktuellem gesundheitspolitischem und ökonomischem Know-how zu verknüpfen. Wesentliche Inhalte des Seminars beziehen sich auf moderne Elemente der Gesundheitsversorgung wie die neu zu etablierende ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, Innovationen im Gesundheitswesen, aktueller Stand und weitere Entwicklung verschiedener Vergütungssysteme, Vernetzung, Entlassmanagement und ein umfassender Block gesundheitsökonomischer Informationen. Neben einer Unterstützung durch die gesundheitsökonomische Fakultät der Universität Bayreuth in Person von Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann, findet eine enge Kooperation mit weiteren renommierten Referentinnen und Referenten aus der Ärzteschaft sowie aus dem Gesundheitswesen statt. Diese hochrangigen Expertinnen und Experten finden trotz ihrer vielfältigen terminlichen Verpflichtungen immer wieder Zeit, sich mit den engagierten Ärztinnen und Ärzten über die aktuellen Entwicklungen auseinanderzusetzen. Die intensive Beteiligung der Teilnehmer des Seminars zeigt, dass die Vermittlung praxisrelevanter Betriebswirtschaft, moderner Managementstrukturen, unterschiedlicher Vertragsoptionen, aber auch eines modernisierten medizinischen Prozessmanagements auf hohes Interesse stößt. Erfreulicherweise konnten auch 2012 wiederum hochrangige Vertreter der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) an der Veranstaltung teilnehmen. In Fortsetzung ist für 2013 geplant, einen ergänzenden Aufbaukurs im Frühjahr anzubieten (Termine siehe www.baek.de). Zudem ist davon auszugehen, dass in dem regulären Seminar zukünftig die 2012 intensiv geführte Diskussion zu Chef- und Oberarztverträgen sowie kritischen Zielvereinbarungen Eingang in das Seminar finden werden.

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

Die Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat auch 2012 ihre Beratungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Fallpauschalensystems fortgesetzt. In einer Frühjahrs- und Herbstsitzung wurden die entscheidenden und aktuellen Fragen zu den Auswirkungen und zu dem Weiterentwicklungsbedarf des Vergütungssystems für die stationäre Versorgung in Deutschland erörtert. Die Fachkommission bietet eine Plattform für führende Repräsentanten der Fachgesellschaften, der Trägerorganisationen, der Vertreter der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik, aktuelle medizinische, aber auch ökonomische Fragen gemeinsam zu erörtern. Die Fachkommission wird geleitet von Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, sowie vom Präsidenten der AWMF, Prof. Dr. Karl-Heinz Rahn. Regelmäßig beteiligt ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), das im Auftrag der Selbstverwaltungspartner, bei gleichzeitiger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die jährliche Kalkulation sowie die Modifikation des G-DRG-Systems vornimmt.

Vor dem Hintergrund des erheblichen jährlichen Finanzvolumens der stationären Versorgung (ca. 61 Milliarden Euro) haben die Steuerungswirkungen der Fallpauschalensystematik und der einzelnen DRGs erhebliche Auswirkungen einerseits auf die medizinischen Versorgungstrukturen, andererseits auf die Arbeits- und Rahmenbedingungen von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Auch wenn derzeit die dritte Runde der Ergebnisse der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG zu Beginn des Jahres 2013 zu erwarten ist, bleibt gerade die bisherige wissenschaftliche Erhebung die wesentlichen Antworten und Anregungen zur Weiterentwicklung des Systems schuldig. Insbesondere medizinische Aspekte werden nur sehr bedingt beleuchtet.

Auch wenn die geplante Neueinführung einer Finanzierungssystematik gem. § 17b KHG für die Bereiche der Psych-Fachdisziplinen ab dem 01.01.2013 keine DRG-Systematik erhalten soll, hat sich die Ständige DRG-Fachkommission dennoch entschieden, den Dialog zur Neueinführung zu begleiten, damit unterschiedlichste Anregungen und Erfahrungen bei der beginnenden Implementierung rechtzeitig berücksichtigt werden können.

In diesem Zusammenhang wurden folgende Fragestellungen auch im Rahmen der Frühjahrssitzung der Ständigen DRG-Fachkommission am 03.04.2012 erörtert:

- Aktuelle Informationen zur geplanten Neueinführung der Finanzierungssystematik gem. § 17d KHG, insbesondere eine aktuelle Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie (DGPPN)
- Auswirkungen des neuen Kataloges des G-DRG-Systems 2012 auf die Chirurgie (Zwischenbilanz). Perspektive aus den Bereichen der Viszeral-Chirurgie und Unfall-Chirurgie,
- Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte. Personalgewinnung unter G-DRG-Bedingungen: Was hat sich im Laufe der Jahre geändert?
- § 17d KHG – Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Aktuelle Erfahrungen mit PKMS und OPS, OPS-Komplexziffern: Sind wir noch auf dem richtigen Weg?
- Erste Eindrücke nach dem Systemstart der Swiss-DRG 2012
- G-DRG: Finanzierung und Nutzen von Innovationen – eine Zwischenbilanz
- Gesundheitspolitische Einschätzung unter Berücksichtigung des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG)

Darüber hinaus konnte in der Frühjahrssitzung der Dialog mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) fortgesetzt werden. Nach wie vor gibt es bundesweit erhebliche Diskussionspunkte und Streitigkeiten zu den Prüfungen in den Kliniken. Die Diskussion innerhalb der Fachkommission zeigt, dass diese Streitigkeiten einerseits auf Unschärfen der Kodiervorgaben beruhen, andererseits aber auch auf einer Fülle von Missverständnissen zwischen den Beteiligten.

In der Herbstsitzung der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF am 26.11.2012 wurden nachfolgende Schwerpunkte diskutiert:

- Perspektiven der Gesundheitspolitik und der stationären Versorgung 2012/2013, insbesondere vor dem Hintergrund des Psych-Entgeltgesetzes vom 21.07.2012 und des zum Berichtszeitpunkt in Diskussion befindlichen Entwurfs eines Patientenrechtegesetzes.
- G-DRG-2013: Aktueller Sachstand zu den wesentlichen Regelungen im neuen Fallpauschalenkatalog 2013
- Neueinführung der Finanzierungssystematik gem. § 17d KHG
- Aktuelle Einschätzung der DGPPN durch deren President-elect, Prof. Dr. Wolfgang Maier, zur geplanten Ersatzvornahme durch das BMG
- Neueinführung des Orientierungswertes. Erstmalige Präsentation der Berechnungsgrundlagen des Orientierungswertes durch das Statistische Bundesamt, Wiesbaden
- Dialog mit dem Bundesrechnungshof: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Krankenhausrechnungsprüfungen 2011/2012 aus Sicht des Bundesrechnungshofes
- G-DRG-Fallpauschalensystem: Auswirkungen auf die Pädiatrie – Zwischenfazit
- Ein Jahr Swiss-DRG – Zwischenfazit der Schweizer Ärzteschaft
- Implizite Eintages-DRGs: Zukünftige Transparenz der Kalkulationsgrundlagen

Orientierungswert

Erfreulicherweise hatte sich das Statistische Bundesamt bereiterklärt, erstmals fachöffentlich die Berechnungs- und Kalkulationsgrundlagen für den neuen Orientierungswert darzulegen. Mit dem Ziel der Ablösung der längerfristig sowohl von der Ärzteschaft als auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierten Grundlohnrate wurde dieser sogenannte Orientierungswert durch das Statistische Bundesamt vorbereitet und am 28.09.2012 veröffentlicht. Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder und wird ab September 2012 in der Krankenhausfinanzierung Anwendung finden. Definitionsgemäß handelt es sich um die durchschnittliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten, in diesem Fall für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2011 und des ersten Halbjahres 2012 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Der Orientierungswert wurde auf 2,0 Prozent festgelegt. Damit liegt dieser Wert unter dem 2,04 Prozent betragenden Wert der Grundlohnrate. Es ist daher für das Jahr 2013 eine intensive Erörterung einerseits zu den Berechnungsmodalitäten, andererseits zur Höhe und weiteren Nutzung des Orientierungswertes zu erwarten. Dies zeigt sich auch in der Drucksache 432/12 des Bundesrates, in der auf Antrag des Freistaates Bayern eine Entschließung zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser gefordert wird. Dieser Antrag beinhaltet, dass der vorgesehene Orientierungswert eine stärkere Berücksichtigung der tatsächlichen Kostensteigerungen sicherstellen soll. Es wird u. a. gefordert, dass anstelle der gegenwärtigen Anrechnung von höchstens einem Drittel der Differenz zur Grundlohnrate eine zwingende Anrechnung der tatsächlichen Kostensteigerung gesetzlich festgeschrieben wird.

Darüber hinaus wurde das Jahr 2012 maßgeblich durch eine Mengenbegrenzungsdebatte innerhalb der stationären Versorgung geprägt. In diesem Zusammenhang fordert

z. B. der Bundesrat, dass für den Fall, dass zur Vermeidung angebotsinduzierter Mengensteigerungen auch nach dem Jahr 2014 finanzielle Abschläge für Mehrleistungen notwendig werden, hierfür neue, gerecht gestaffelte Mehrleistungsregelungen implementiert werden.

Die Situation wird zudem verschärft, da sich die kontinuierliche Reduktion der Investitionsbereitschaft der Bundesländer in der Krankenhausinvestitionsfinanzierung auch 2012 fortgesetzt hat. Wurden im Jahr 2001 noch ca. 3,39 Milliarden Euro von den Bundesländern für diesen Zweck aufgewendet, waren es 2011 nur noch 2,67 Milliarden Euro. Die draus resultierende Investitionsquote beträgt somit nur noch ca. vier Prozent. Die wiederholte Forderung der Bundesärztekammer an die Bundesländer, ihre Krankenhausinvestitionsfinanzierungsbemühungen zu intensivieren, wurde nicht zuletzt durch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr während des diesjährigen Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf am 14.11.2012 flankiert.

Das besondere Verhältnis der Investitionsbereitschaft des Bundes und der Länder in die stationäre Versorgung beflügelt derzeit auch die kritischen Diskussionen der deutschen Universitätskliniken. Für 2013 wird erwartet, dass bis zu 50 Prozent der Universitätsklinken eine negative Bilanz vorweisen werden. Ebenso stehen zunehmend eine Reihe von versorgungsrelevanten Kliniken der Grund- und Regelversorgung (insbesondere in ländlichen Regionen) vor dem Problem, ihre wirtschaftliche Basis alleine mit Hilfe des G-DRG-Finanzrahmens nicht mehr sicherstellen zu können. Es ist daher davon auszugehen, dass die Jahre 2013 bis 2015 von einer generellen Diskussion zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geprägt sein werden.

Die Bundesärztekammer und die AWMF werden im Jahr 2013 die Diskussion zu diesen Inhalten und den Überarbeitungsbedarf des G-DRG-Finanzierungssystems fortsetzen und intensivieren.

3.3.3 G-DRG-System 2013

Im Gegensatz zu der Notwendigkeit einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit im Vorjahr konnte das G-DRG-System 2013 nach eingehenden Verhandlungen unter Beteiligung der Bundesärztekammer gem. § 17b KHG im Berichtsjahr einvernehmlich verabschiedet werden. Konnten im Vorjahr noch 245 Kliniken an der Kalkulationsbasis des G-DRG-Systems teilnehmen, waren es 2012 nur noch 241. Auch die Zahl der beteiligten Universitätskliniken reduzierte sich auf zehn. Im G-DRG-System 2013 sind 1.187 DRGs vorgesehen. Dies sind sechs weniger als im Vorjahr. Auch unter Berücksichtigung der weiteren DRG-Kataloggestaltung, wie z. B. der teilstationären DRGs oder aber der Einbelegungtags-DRGs kann seitens der Bundesärztekammer konstatiert werden, dass das G-DRG-System eine stabile Quantität von Fallpauschalen erreicht hat. Nicht zuletzt auf Basis der Beratungen der DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF konnten 104 Vorschlagseinsendungen von Fachgesellschaften und Verbänden sowie 93 Vorschlagseinsendungen anderer Einsender in das Vorschlagsverfahren 2013 zur Weiterentwicklung des DRG-Systems Eingang finden. Derzeit ist von einer Umsetzungsquote von ca. 33 Prozent der Vorschläge auszugehen. Darüber hinaus wurde bei der diesjährigen Bearbeitung des G-DRG-Systems insbesondere die sogenannte CCL-Matrix überarbeitet. Neben den aus den Vorschlags- und An-

frageverfahren 2012/2013 ca. 110 resultierenden Diagnosen wurden darüber hinaus 900 weitere Diagnosen untersucht. War in den letzten Jahren der Schwerpunkt der Überarbeitung der CCL-Matrix die Zeilenverschiebung von Diagnosen innerhalb der Matrix, wurde 2012 ein inhaltlicher Wandel der Matrixbearbeitung vorgenommen. Fokus ist jetzt die Betrachtung einzelner problematischer Konstellationen sowie die Umsetzung in einzelne betroffene DRGs. Dies führt zu differenzierten Einzelanalysen der CCL-Konstellationen und ermöglicht zum Teil präzisere Korrekturen von nicht mehr mit höheren Kosten verbundenen Complexity- und Comorbidity-Bewertungen (CC-Bewertungen). Ebenfalls damit verbunden ist ein massiv gestiegener Bearbeitungs- und Rechenaufwand. Subsumierend konnten über 600 spezifische Neubewertungen erfolgen. Allerdings muss gleichzeitig festgehalten werden, dass diese Systematik für den normalen Anwender und die Vorschlagenden aus der Ärzteschaft derzeit kaum noch transparent ist. Dies betrifft auch die entsprechenden Kalkulationsgrundlagen der impliziten Eintages-DRGs. Vor diesem Hintergrund wird die Bundesärztekammer zusammen mit der AWMF bzw. mit unterschiedlichen Fachgesellschaften 2013 nochmals eine deutlich verbesserte Transparenz der zugrunde liegenden Kalkulationsgrundlagen einfordern. Nur vor diesem Hintergrund kann eine suffiziente Fortsetzung des Vorschlagsverfahrens erfolgen. Diese Initiative wird auch durch die mitberatenden Fachgesellschaften getragen.

Innovationen

Inzwischen verstetigt sich der schon in den letzten Jahren zu beobachtende Trend, dass Innovationen nur noch in einem sehr geringen Ausmaß Eingang in das G-DRG-System finden. Auch wenn seitens der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften eine Fülle von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) eingereicht wurden, ist die aktuelle Innovationsfähigkeit im Sinne des Ausbaus der sektorenübergreifenden Versorgung ebenfalls nur sehr gering ausgeprägt. Sowohl im Bereich der teilstationären als auch der belegärztlichen Versorgung sind nach wie vor keine maßgeblichen Fortschritte zu verzeichnen. Angesichts dieser Entwicklung hat die Bundesärztekammer im Berichtsjahr 2012 die Zukunft der Innovationen in der stationären Versorgung mit dem damaligen Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. jur. Rainer Hess, erörtert. Neben den Schwierigkeiten im G-DRG-Fallpauschalensystem entwickelt der G-BA gem. § 137e SGB V über das NUB-Verfahren hinaus eine Erprobungsregelung für Innovationen im Gesundheitswesen. Damit dürfte sich die Zeitachse des Zugangs von Innovationen in die stationäre Versorgung nochmals ändern.

Ebenfalls nur bedingt sind die Fortschritte im Rahmen der Finanzierungsmodalitäten zur „Krisenreaktionsfähigkeit“ des Fallpauschalensystems. 2011 hatte die Bundesärztekammer über ein Schreiben ihres Präsidenten vom 16.06.2011 an den Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) die Notwendigkeit einer stabilen Finanzierungssystematik zur Kompensation von Ausnahmesituationen (wie z. B. der Infektionswelle EHEC) eingefordert. Wesentliche Entwicklungsschritte konnten für das Jahr 2012 nicht verzeichnet werden. Es gilt daher, an diese Diskussion auch im Jahr 2013 anzuknüpfen und Regelungen einzufordern.

Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

In Fortsetzung der seit einigen Jahren etablierten Kooperation mit dem MDK seitens der Bundesärztekammer und der AWMF fand eine gemeinsame Erörterung aktueller Problemkonstellationen im Rahmen der Ständigen DRG-Kommission statt. Darüber hinaus steht die Bundesärztekammer in einem regelmäßigen Austausch mit dem MDK in den Arbeitsgruppen der Selbstverwaltungspartner, wie z. B. zu den Deutschen Kodierrichtlinien oder Klassifikationen. Keine Einigung konnte bisher im Bereich der „unteren und oberen Grenzverweildauer" erzielt werden. 2012 wurde erstmals die Feststellung der Bundesärztekammer, dass das aktuell vorliegende Krankenhausabrechnungs- und Prüfsystem zu komplex ist, auch durch die Experten des Bundesrechnungshofes gestützt. Der Bundesrechnungshof kommt im Rahmen seiner Krankenhausabrechnungsprüfungen zu dem Schluss, dass das G-DRG-Abrechnungssystem „unwirtschaftlich" ist und „die Bindung von personellen und sachlichen Ressourcen bei Krankenhäusern, Krankenkassen und Medizinischen Diensten in Millionenhöhe" stattfindet. Zudem werden „streitfördernde Wirkungen zwischen den Akteuren" konstatiert. Der Bundesrechnungshof fordert u. a., dass das derzeitige System der Krankenhausabrechnungen vereinfacht werden muss.

Angesichts sich verknappender Ressourcen im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger wachsender Steigerung der Komplexität der G-DRG-Fallpauschalensystematik und der zugrunde liegenden Deutschen Kodierrichtlinien/Klassifikationen ist für das Jahr 2013 eine Intensivierung der Diskussionen zu Krankenhausabrechnungsprüfungen zu erwarten. Nur wenn es gelingt, die verantwortlichen Selbstverwaltungspartner davon zu überzeugen, dass eine deutliche Entschlackung der Deutschen Kodierrichtlinien, der Abrechnungsregeln, der Fallpauschalensystematik/des Zusatzentgeltkataloges sowie der zugrunde liegenden Klassifikationen vorgenommen wird und gleichzeitig die Quantität der Krankenhausrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung reduziert werden, kann eine deutliche Verbesserung für die Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken erreicht werden. Es bleibt zu hoffen, dass diese Form der Versachlichung und Entbürokratisierung im Dialog 2013 ausgebaut werden kann.

ICD-GM-2013

Am 26.09.2012 wurde die ICD-10-GM-Version 2013 in der endgültigen Fassung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht. Erfreulicherweise konnten über 56 Vorschläge aus dem Bereich der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften sowie der Kliniken in die Modifikation für das Jahr 2013 einfließen. Wesentliche Änderungen sind u. a. im Bereich des Vorhofflimmerns, der Hernia ventralis sowie Verschiebungen in das Kapitel XI der Krankheiten des Verdauungssystems vorgenommen worden. Die Diskussionen in der dazugehörigen Arbeitsgruppe werden durch die Bundesärztekammer begleitet und gestalten sich nach wie vor sehr sachgerecht. Die differenzierten Änderungen der Klassifikation sind der kostenfrei zugänglichen Aktualisierungsliste unter www.dimdi.de zu entnehmen.

OPS-Version 2013

Der OPS 2013 konnte seitens des Deutschen Instituts für Dokumentation und Information (DIMDI) letztendlich erst am 23.10.2012 den Anwendern zur Verfügung gestellt werden. Auch im Bereich der Prozeduren gelang es 2012, knapp 300 Vorschläge aus der Ärzteschaft/den Fachgesellschaften bzw. den Kliniken einzubringen. Dieses Engagement, über neue Vorschläge Anregungen einzubringen, hat nicht nur Bedeutung für die Vergütungssysteme wie das G-DRG-System, den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sondern auch für die entsprechenden Qualitätssicherungsdokumentationen.

Die Fachdiskussion zur Weiterentwicklung des OPS wird durch die Bundesärztekammer eng begleitet und findet in Abstimmung mit dem DIMDI, den Selbstverwaltungspartnern, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) statt. Änderungen des systematischen Verzeichnisses des OPS 2013 beziehen sich u. a. auf die Überarbeitung und Ergänzung der Kodes für die Operationen an den Augen, der partiellen Resektion des Blinddarms bei gleichzeitiger Streichung der Kodes für die erweiterte Kolon- und Rektumresektion. Ebenso erfolgen Ergänzungen der Kodes für die ECMO-Therapie.

Nach wie vor wird die Integration berufsgruppenspezifischer Kodes, wie z. B. des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS), in den OPS aus Sicht der Bundesärztekammer abgelehnt. Die Implementierung der PKMS hat sich weiterhin nicht als zielführend erwiesen und ist mit einer deutlichen Steigerung der Dokumentationsroutinen verbunden.

Darüber hinaus wurden in Vorbereitung für die zum 01.01.2013 erfolgende Einführung des Entgeltsystems gem. § 17d KHG (Psych-Entgeltsystematik) weitere Modifikationen an den zugrunde liegenden OPS-Ziffern vorgenommen. Es bestätigt sich jedoch nach wie vor, dass die derzeit verfügbaren OPS-Kodes für diesen Bereich eine sachgerechte Abbildung der in den Kliniken erbrachten Leistungen bei weitem noch nicht ermöglichen. Es sind daher für 2013/2014 erhebliche Nachjustierungsnotwendigkeiten absehbar. Dies war nicht zuletzt einer der Gründe dafür, warum die Bundesärztekammer die Ersatzvornahme des BMG zum § 17d KHG abgelehnt und eine Verbesserung der Leistungsabbildbarkeit bis zum September 2013 in Kooperation mit den Fachgesellschaften empfohlen hat.

Deutsche Kodierrichtlinien 2013

Die Bundesärztekammer ist beratend an der zuständigen Arbeitsgruppe der Selbstverwaltungspartner beteiligt. Es wurden Anpassungen an die aktuelle ICD-10-GM und den OPS in der Version 2013 sowie die G-DRG-Klassifikation in der Version 2013 beraten. Die Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2013 beschränken sich auf das notwendige Maß, um auch zukünftig überproportionale Neuschulungen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte sowie Kliniken vermeiden zu können. Dennoch sind sich die Beteiligten bewusst, dass in dem einen oder anderen Kapitel ein weitergehender Bearbeitungsbedarf gesehen wird. Diesen zu beheben dürfte jedoch mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, da weitreichende Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien für Ärztinnen und Ärzte, die Kliniken und die gesetzlichen Krankenkassen konsekutiv finanzrelevante Auswirkungen (im Sinne von Verschiebungen) hätten.

Daher muss angenommen werden, dass sich auch in den nächsten Jahren die Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien auf einem redaktionellen und überschaubaren Niveau halten werden. Diese „Stabilität“ könnte u. a. dazu genutzt werden, dass zunehmend die technische Kodierarbeit von den Ärztinnen und Ärzten in Zeiten des Ärztemangels auf medizinische Kodierfachkräfte unter ärztlicher Leitung übergeht. Hier sind insbesondere die organisatorisch Verantwortlichen in den Verwaltungen der Kliniken gefragt, um die notwendige Entbürokratisierung und somit die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zu ermöglichen.

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

In Fortsetzung der lebhaften und sehr kontroversen Diskussionen zur anstehenden Einführung eines neuen Vergütungssystems für die Psychiatrie/Psychosomatik gem. § 17d KHG zum 01.01.2013 hat die Bundesärztekammer den Dialog mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den beteiligten Selbstverwaltungspartnern sowie den betroffenen Fachgesellschaften und Institutionen im Berichtsjahr fortgesetzt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Kabinettsentwurfs des Psych-Entgeltgesetzes und der daraus resultierenden Stellungnahme des Bundesrates vom 02.03.2012 (BR-Drs. 30/12) im Vorfeld der zu erwartenden Gegenäußerung der Bundesregierung hat die Bundesärztekammer über ein ausführliches Schreiben ihres Präsidenten vom 30.06.2012 an den Bundesminister für Gesundheit und das Bundeskanzleramt nochmals nachdrücklich ihre Positionen und Grundlagen zur aktuellen Personalausstattung, zu den Finanzierungsgrundlagen, zur Entbürokratisierung, zur Umsetzbarkeit der geplanten Finanzsystematik, zur Einbeziehung von medizinischen Fachexpertisen sowie zu der dem Kabinettsentwurf ebenfalls immanenten Neueinführung eines Orientierungswertes deutlich gemacht.

Anfang September wurde erstmals der neugeplante Entgeltkatalog für das Finanzierungssystem gem. § 17d KHG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Selbstverwaltungspartnern und den zuständigen Institutionen/Fachgesellschaften vorgelegt. Der Entwurf des Entgeltkataloges (PEPP-Entgeltkatalog) stieß auf einhellige Kritik. Diese Kritik zeigte sich in den Einschätzungen der Experten der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften und des Großteils der durch Verbände repräsentierten Klinikgeschäftsführungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat daher am 05.10.2012 das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner gem. § 17d KHG erklärt. Daraufhin wurden seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Fachanhörung am 15.10.2012 und eine Anhörung zum resultierenden Verordnungsentwurf zu einer geplanten Ersatzvornahme des BMG am 12.11.2012 durchgeführt. Die Nichtberücksichtigung der Anregungen der Expertinnen und Experten der Fachgesellschaften und Verbände in der Anhörung am 15.10.2012 führte zur Etablierung eines übergreifenden Aktionsbündnisses „Mehr Zeit für psychische Gesundheit“. Dieses Aktionsbündnis blieb der Anhörung zum Verordnungsentwurf am 12.11.2012 aus Protest fern. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, deren Position mit zu vertreten. Seitens des neuen Aktionsbündnisses fand gleichzeitig die Übergabe einer Protestnote und von Unterschriftenlisten an einen Repräsentanten des BMG statt. Die Bundesärztekammer verdeutlichte in der Anhörung nochmals, dass der vorliegende Entwurf des Entgeltkataloges nicht geeignet ist, eine leistungsgerechte Abbildung der derzeit in den Kliniken und Abteilungen erbrachten Leistungen zu ermöglichen. Die Diagnose-

orientierung der Finanzsystematik wird als unzureichend abgelehnt. Ebenso kann die implizite Degressionsregelung auch in den anstehenden budgetneutralen Optionsjahren durchaus eine ungewollte verweildauersenkende Wirkung auslösen. Die Bundesärztekammer empfahl, die Zeit bis zum 01.10.2013 zu nutzen, in intensiven Erörterungen mit den beteiligten Fachexperten der Selbstverwaltung, aber auch der Fachgesellschaften und Institutionen eine deutliche Verbesserung der Leistungsabbildbarkeit zu erarbeiten. Darüber hinaus wurde nochmals nachdrücklich darauf hingewiesen, dass eine derart starke Anlehnung an die G-DRG-Systematik gegeben ist, dass der gesetzliche Auftrag vom 17.02.2009 zur Einführung einer tagespauschalierten Systematik nicht erreicht wird. Dem potenziellen Zeitgewinn durch eine schnelle Einführung ab dem 01.01.2013 entsteht somit eine erkennbar unzureichende Personal-, Finanz- und Systemausstattung gegenüber, deren Unausgewogenheit und übermäßige Komplexität erhebliche Nachbesserungen in den nächsten Jahren erfordern wird. Das derzeit verfügbare Vorschlagsverfahren ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht geeignet, diese umfänglichen Nachjustierungen zu ermöglichen.

Trotz intensiver Erörterungen entschied sich das Bundesministerium für Gesundheit zur Durchführung der Ersatzvornahme. Damit wird das Vergütungssystem für die Psychiatrie/Psychosomatik gem. § 17d KHG auf unzureichender Basis -allerdings budgetneutral – zum 01.01.2013 eingeführt. Die Bundesärztekammer hat im Nachgang diese Problematik intensiv in der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF am 26.11.2012 beraten. Die Kritik an der dem aktuell vorliegenden PEPP-Entgeltkatalog 2013 immanenten Fallpauschalensystematik im Sinne einer Diagnoseorientierung wurde einhellig geteilt. Eine Fortsetzung dieser fachlichen Erörterung ist im Rahmen der Frühjahrssitzung 2013 vorgesehen.

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

Nach intensiven gemeinsamen Beratungen der Bundesärztekammer und der FMH im Vorfeld der Einführung des Swiss-DRG-Systems zum 01.01.2012 konnten im Berichtsjahr erstmals praktische Auswirkungen der Einführung des Fallpauschalensystems in der Schweiz erörtert werden. So ist zu verzeichnen, dass in der Schweiz unter den neuen Bedingungen Tarifverhandlungen relativ häufig scheitern (alternativ wird eine provisorische Base Rate der Kantone genutzt). Darüber hinaus werden durch sogenannte „Preisüberwacher“ unrealistisch tiefe Base-Rate-Empfehlungen gegeben, die sich in der Regel anhand der preiswertesten in der Schweiz orientieren. Vergleichbar den Anfangserfahrungen in Deutschland sind die zugrunde liegende Datenqualität für die Finanzierungssystematik sowie die Ausprägung der Zusatzentgelte, der Innovationsregelungen und der Hochkostenfälle noch sehr problembehaftet. Der administrative Aufwand führt zunehmend zu einem sogenannten Fakturierungsstau. Qualitätsaussagen können derzeit noch in keiner Weise getroffen werden. Eine Besonderheit der Schweizer Systematik sind die daraus resultierenden unterschiedlichen Kantonsbeiträge für die ärztliche Weiterbildung. Insbesondere dieser Punkt wird in Zukunft intensiver diskutiert werden, da die Schweiz vor einer erheblichen Verschärfung des Ärztemangels steht. Dies führt sukzessive zu einem massiven Abwerbedruck auf das deutsche Gesundheitswesen. Unter Berücksichtigung der unzureichenden Lösungen in Deutschland versucht man in der

Schweiz für die Thematik „Innovationen“ ein Schnellverfahren zu entwickeln. Gegebenenfalls könnte dies zukünftig beispielgebend für die deutsche Systematik werden.

Im Bereich der Psychiatriefinanzierung wird nicht auf die Entwicklungen in Deutschland (Nutzung des PEPP-Kataloges) gewartet. Schweizweit soll ein einheitliches leistungsorientiertes Tarifsystem für die stationäre Psychiatrie eingeführt werden. Dieses soll eine Kombination von Tages- und Fallpauschalen beinhalten und als sogenanntes TARBSY ab 2015 einsetzbar sein.

Neben dem sehr produktiven Austausch mit den Expertinnen und Experten der FMH konnte auch der Erfahrungsaustausch mit der Geschäftsführung des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte (VFAO) intensiviert werden. Neben einem Meinungsaustausch zur Thematik Krankenhausfinanzierung und -planung stehen zunehmend auch mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sowie in Deutschland im Vordergrund. Ebenso wurden die Erörterungen zu möglichen Lösungsoptionen gegen den Ärztemangel fortgesetzt.

Im Berichtsjahr 2012 ist erstmals zu verzeichnen, dass wieder eine leicht steigende Zahl von deutschen Ärztinnen und Ärzten, die in der Schweiz derzeit tätig sind, Interesse an einer Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Deutschland haben. Dies dürfte nicht zuletzt eine Reaktion auf die Verschärfung des Ärztemangels in Deutschland sein. Kliniken in Deutschland sind zunehmend gezwungen, Ärztinnen und Ärzten deutlich bessere Rahmenbedingungen und Verträge anzubieten. Für 2013 ist eine Fortführung und Intensivierung des Fach- und Meinungsaustausches mit der Schweizer Ärzteschaft geplant.

3.3.4 Krankenhausbedarfsplanungsanalysen

Geografisches Krankenhausanalysesystem (GeKAS)

Ende 2008 wurde eine aus Mitgliedern der Krankenhausgremien bestehende Arbeitsgruppe zur Thematik „Krankenhausbedarfsplanungsanalyse“ eingerichtet. Vorsitzender dieser Arbeitsgruppe ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien und Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Das GeKAS-Software-Analysetool wurde in Fortsetzung der Aktivitäten der Vorjahre auch 2012 – soweit möglich – aktualisiert. Diese umfasst einerseits Nachjustierungen im Bereich der Qualitätsberichtsdaten, andererseits ICD- und OPS-Einpflegungen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) neugeschaffenen sektorenübergreifenden Beratungsgremien gem. § 90a SGB V wird ein zunehmender Erörterungs- und Beratungsbedarf auf Landesebene zu erwarten sein. Analysen und Simulationen mit Hilfe des Geografischen Krankenhausanalysesystems können dabei helfen, Fragen zu spezifizieren bzw. weitere Lösungsoptionen und Vorschläge zu erschließen.

Am 12.11.2012 wurde ein eintägiger Workshop zu GeKAS-Nutzungsoptionen durchgeführt. Nach einer Einführung in die Funktionalitäten von GeKAS mit einem Überblick über den aktuellen Stand und die aktuellen PC-Funktionalitäten wurden anhand von Praxisbeispielen zur Neugliederung der Notfallversorgung in Westfalen-Lippe und zur

Analyse der Perinatalversorgung in Nordrhein-Westfalen auch praktische Erfahrungen bei dem Einstieg einer Landesärztekammer am Beispiel Niedersachsen erörtert. Die umfängliche Beteiligung von Verantwortlichen in den unterschiedlichen Landesärztekammern zeigt, dass nicht zuletzt die Diskussionen und Anforderungen zu den neu geplanten Gremien gem. § 90a SGB V, aber auch die zunehmende Involvierung der Landesärztekammern mit ihrer spezifischen Expertise in die Krankenhausplanungsdebatte eine Fortführung des Expertenaustausches sinnvoll werden lässt. Für das Jahr 2013 ist daher sowohl die Tagung der zuständigen Arbeitsgruppe GeKAS als auch die Wiederholung eines Workshops für Mitarbeiter der Bundesärztekammer sowie der Landesärztekammern geplant.

Die zukünftig verstärkte Integration ärztlicher Expertise in die Krankenhaus- und Bedarfsplanungsdebatte sichert u. a. eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung, eine Analyse möglicher Nachjustierungsnotwendigkeiten im Bereich der Notfallversorgung sowie indirekt die Adaptierung von verbesserten Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis. In diesem Zusammenhang wird die Bundesärztekammer ebenfalls prüfen, inwieweit das Geografische Krankenhausanalysesystem auch im Bereich der ärztlichen Weiterbildung bei der Analyse spezifischer Weiterbildungsfragen unterstützend eingesetzt werden kann.

3.3.5 Gesundheitsmarkt/Gesundheitswirtschaft

Neben dem „klassischen“ Gesundheitswesen im Regelungsbereich des SGB V werden im deutschen Gesundheitswesen zunehmend Diskussionen zur Bedeutung der Gesundheitswirtschaft geführt. Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass der Fachaustausch zwischen den betroffenen Ministerien, nämlich dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) in Verbindung mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) deutlich zugenommen hat. Nicht zuletzt die Thematik „Personalmangel“ steht zukünftig z. B. auch für Unternehmungen und Projekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland im Vordergrund. Es ist absehbar, dass es zu einer Zunahme der Konkurrenz um hochqualifizierte Fachkräfte im Bereich der Forschung zwischen dem klassischen Gesundheitswesen und der Gesundheitswirtschaft kommen wird. Neben den erheblichen Erweiterungen der wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen ist für das Berichtsjahr festzuhalten, dass sich die Beteiligten in der Gesundheitswirtschaft deutlich stärker zu Wort melden. Zudem wurde die neue Begrifflichkeit „Industrielle Gesundheitswirtschaft“ eingeführt.

In Verknüpfung mit einer im Oktober 2012 veröffentlichten Studie der Technischen Universität Berlin soll den verantwortlichen Politikern sowie der Bevölkerung seitens der Industrie zunehmend verdeutlicht werden, dass sich die Gesundheitswirtschaft zu einem der entscheidenden Wirtschaftsbereiche des Landes entwickelt hat. Insgesamt erwirtschaftete die Gesundheitsbranche im Jahr 2011 knapp elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Jeder siebte Beschäftigte in Deutschland ist im Bereich des Gesundheitswesens beschäftigt. Damit wird dieser Sektor derzeit zum größten Sektor der deutschen Volkswirtschaft. Da das Gesundheitswesen bzw. der Gesundheitsmarkt bisher hauptsächlich als Kostenfaktor wahrgenommen wurde, haben sich namhafte Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zusammengeschlossen (Bayer, Böhringer Ingelheim, Frese-

nius, Grünental, Merck, Roche und Sanofi), um einige wesentliche Unternehmensdaten gemeinsam auswerten zu lassen. Auf Basis der Ergebnisse wurde im Oktober 2012 u. a. dargelegt, welche Relevanz diese und andere Unternehmen im Bereich der Bruttowertschöpfung, der Investitionen, der Beschäftigung, der Ausgaben für Forschung und Entwicklung sowie im Export für das Land haben sollen.

Die weitere Debatte im Berichtsjahr zeigt, dass ähnlich wie die Beteiligten im klassischen Gesundheitswesen die in der Gesundheitswirtschaft Engagierten zunehmend ein massives Interesse haben, Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel zu initiieren sowie langfristige, nachhaltige und verlässliche Rahmen- und Investitionsbedingungen durch die Politik zu erhalten.

Ebenso öffnet sich die Gesundheitswirtschaft zunehmend der Thematik der Vernetzung. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg hatte wiederholt auf die Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen hingewiesen. Hierbei wurde auch deutlich, dass derzeit noch nicht im ausreichenden Maße funktionsfähige Tools (z. B. IT-Systeme) Fortschritte dieser Kooperationsprojekte – wie z. B. in den Arztnetzen – ermöglichen.

In den unterschiedlichen Diskussionen des Jahres 2012 zeigte sich zudem, wie wesentlich es für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft – und somit auch für den für Deutschland sehr relevanten Export – ist, dass Innovationen im Gesundheitswesen zeitnah Einzug halten können sowie mittel- und langfristig planbar bleiben. Den Instrumentarien des sogenannten „Vorschlagsverfahrens für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie den Erprobungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird daher nicht nur eine erhebliche Bedeutung für den Bereich des SGB V, sondern auch für die Exportfähigkeit der Gesundheitswirtschaft zukommen.

Abzuwarten bleibt, wie weit dies in den weiteren Diskussionen zur Adjustierung der Rahmenbedingungen 2013 Berücksichtigung finden wird. Insgesamt könnte die derzeitige Diskussion zur Gesundheitswirtschaft zum Teil dazu beitragen, dass das Gesundheitswesen und die damit verbundenen Finanzmittel nicht mehr nur als Kosten und Belastungen wahrgenommen werden. Andererseits gilt es für das Jahr 2013 darauf zu achten, dass nicht unter dem Stichwort „Gesundheitswirtschaft“ finanzielle Mittel aus dem Bereich der klassischen Gesundheitsversorgung zweckentfremdet werden (z. B. unter dem Gesundheitswirtschaftsverständnis zur Prävention oder der Thematik Wellness).

3.3.6 Wettbewerb im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung des stationären Sektors

Im Jahre 2011 war über eine Regelung im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zur Adaptierung des § 69 SGB V eine wesentliche Änderung des Kartellrechtes zum 01.01.2012 eingeleitet worden. Damit wurde in Verbindung mit § 1 des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) die Vorschrift über „Verbotene Verhaltensweisen bei marktbeherrschender Stellung“ grundsätzlich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern 2012 anwendbar. Im Berichtsjahr legte die Bundesregierung einen Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (8. GWB-ÄndG) vor. Die mit der Novelle ver-

bundene Anwendbarkeit des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf das Verhältnis von Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander (und zu den Versicherten) wurde seitens des GKV-Spitzenverbandes, aber auch in einer Stellungnahme des Bundesrates vom 11.05.2012 (BR-Drs. 176/12 [Beschluss]) zu diesem Entwurf explizit abgelehnt. Damit schloss sich der Bundesrat indirekt einer Argumentationslinie der Bundesärztekammer in den Jahren 2010/2011 an, demgemäß Krankenkassen nicht nur keine Unternehmen im kartellrechtlichen Sinn darstellen, sondern auch als Teil der mittelbaren Landes- bzw. Bundesverwaltung mit Rechtsaufsicht in ein konsistentes System eingebettet sind, das insbesondere durch das Genehmigungserfordernis von freiwilligen Vereinigungen von Krankenkassen durch die Rechtsaufsicht den Bedarf an einer Fusionskontrolle vollständig „befriedigt". Seitens der Bundesregierung wurde im Berichtsjahr argumentiert, dass die Prüfung einer Fusion durch das Bundeskartellamt darauf abziele, eine Verschlechterung der Wettbewerbsstrukturen zu verhindern. Dieser Schutz wird laut Bundesregierung nicht durch die Prüfung der sozialrechtlichen Aufsichtsbehörden sichergestellt. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 17/9852) zielt darauf ab, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Bereich der Fusionskontrolle, der Missbrauchsaufsicht und des Verfahrens bei Kartellverstößen, weiter zu modernisieren. Ebenso wird in dem 2012 diskutierten Entwurf klargestellt, dass eine Regelung für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorsieht, dass die Aufgaben, zu deren Erfüllung der G-BA gesetzlich verpflichtet ist, aus dem Anwendungsbereich des Kartellrechtes ausgeschlossen sind.

Festzuhalten bleibt für das Berichtsjahr, dass keine dezidierte Diskussionen über die möglichen Kollateralwirkungen der vorgesehenen kartellrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Regelungen auf den Bereich des Sozialrechtes zu verzeichnen waren. Angesichts paradigmatischer Änderungen für das Gesundheitswesen dürfte zukünftig mit erheblichen, derzeit noch nicht näher erörterten Auswirkungen zu rechnen sein. Für Ärztinnen und Ärzte, die z. B. zukünftig bei einer entsprechenden Krankenkasse noch Forderungen offen hätten, könnte eine mögliche Komplettinsolvenz einer Krankenkasse (keine Stützung durch andere Krankenkassenverbände wie im Jahr 2010), weitreichende Folgen nach sich ziehen.

Die Bundesärztekammer wird daher 2013 ihre konstruktiv-kritische Diskussion mit den Beteiligten, u. a. dem Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) sowie dem Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), fortsetzen.

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

Auch 2012 hat sich die Bundesärztekammer nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Beratungen des 112. Deutschen Ärztetages 2009 zur Thematik weiter für die Stärkung der Freiberuflichkeit in Klinik und Praxis eingesetzt. Nicht zuletzt hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, bei der Eröffnungsrede des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg nachdrücklich den Erhalt der Freiberuflichkeit eingefordert. Die Diskussion des 115. Deutschen Ärztetages war auch geprägt von der Zukunft der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund forderte der Präsident: „Wir Ärzte stehen für Therapiefreiheit, freie Arztwahl und Freiberuflichkeit. Wir wollen Pluralität statt Einheitsversicherungen. Wir wollen einen sozial geregelten, gerechten Wettbewerb, aus dem Fortschritt und Zukunft erwachsen können". Zudem wies er darauf hin: „Die Freiheit ärztlicher Entschei-

dungen in medizinischen Fragen sei zugleich eine Grundfreiheit der Patienten. Wie soll denn ein Patient, aufgeklärt und wissend, frei und mündig etwas zu seiner eigenen Zukunft entscheiden, wenn er nicht weiß, ob der Arzt, der ihn berät und behandelt, als Sachwalter der Interessen der Patienten auftritt oder nicht als Vertreter des Staates oder Krankenkassen?“ In diesem Zusammenhang verwies der Präsident auf die höchstrichterliche Entscheidung, dass freiberuflich tätige Ärzte bei der Ahndung von Korruption als „Beauftragte“ der Krankenkassen gelten sollten, und führte aus, dass es gefährlich sei, wenn – wie beabsichtigt – Ärztinnen und Ärzte generell zu Erfüllungsgehilfen oder Beauftragten von Krankenkassen gemacht würden. Sie würden damit in allen kostenwirksamen Entscheidungen in den Konflikt zwischen den Interessen des Patienten und der Kassen gezwungen.

Der 115. Deutsche Ärztetag nahm diese Anregung auf und fasste den Beschluss, dass das auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorzulegende tragfähige Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit sowie der Subsidiarität und Eigenverantwortung gerecht werden muss (DÄT-Drs. II-09 und II-12). Ebenso wurde in einem weiteren Beschluss deutlich gemacht, dass die Zukunft der Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit genutzt werden soll (DÄT-Drs. IV-18). „Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist die entscheidende Grundlage für die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und gleichzeitig die inhaltliche Basis der ärztlichen Freiberuflichkeit und damit ein wichtiges Instrument in unserem Kampf gegen Deprofessionalisierung und Substitution“.

Bezüglich der potenziellen (in)direkten Einschränkung ärztlicher Freiberuflichkeit durch weitere Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bleibt im Berichtsjahr zu konstatieren, dass durch die fehlende direkte Beteiligung der Bundesärztekammer an den Beratungen des G-BA dort keine wesentlichen Fortschritte zur Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit erzielt werden konnten. Es gilt daher umso mehr für das Jahr 2013, auch dem neuen Vorsitzenden des G-BA deutlich zu machen, welche Relevanz die Unabhängigkeit des Patienten-Arzt-Verhältnisses und die Freiberuflichkeit für die generelle Akzeptanz des Gesundheitswesens haben.

3.3.7 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 im Juli 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 (siehe nähere Einzelheiten im Tätigkeitsbericht 2011).

Nach diesen gesetzlichen Neuregelungen haben die Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren, aber auch Tageskliniken, Arztpraxen und weitere 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 veröffentlichten 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 wurden 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, z. B. 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 Hygieneindikatoren – 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 (IfsG) vorzulegen.

3.3.8 Ökonomisch orientierte Bonusvereinbarungen im Rahmen von Chefarztverträgen

Zunehmend unterbreiten Krankenhäuser neu einzustellenden Chefärzten Verträge, die gemäß dem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegebenen Chefarztvertragsmuster im Rahmen der Chefarztvergütung variable Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen, auf ökonomische Zielerreichungsgrößen ausgerichtete Bonuszahlungen vorsehen. Auf breiter Front haben Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztverträgen (variable Gehaltsboni in Abhängigkeit von der Einhaltung ökonomischer Zielerreichungsgrößen) erstmals in das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in sechster geänderter Auflage 2002 herausgegebene Chefarztvertragsmuster Eingang gefunden. In einer gemeinsam mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und dem Marburger Bund erarbeiteten und vom Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2003 verabschiedeten Stellungnahme sind die in diesem Vertragsmuster als Empfehlung der Krankenhausträger vorgesehenen variablen Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen Bonuszahlungen strikt abgelehnt worden.

Das DKG-Vertragsmuster sieht vor, dem Chefarzt neben einer Festvergütung variable Vergütungsbestandteile zu gewähren. Die variable Vergütung erfolgt durch eine prozentuale Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers in im Vertrag im Einzelnen angeführten Bereichen. Ferner beinhaltet die variable Vergütung einen möglichen Bonus, welcher gewählt wird, wenn der Chefarzt die in einer jährlich zu treffenden Zielvereinbarung festgelegten Zielgrößen erreicht hat.

Insbesondere die Bindung der dem Chefarzt eingeräumten möglichen Boni an die Einhaltung von vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen ist von der Bundesärztekammer insoweit als höchst bedenklich bewertet worden, als hierdurch eine nicht hinnehmbare Verknüpfung der Chefarztvergütung mit vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielkriterien bewirkt wird, die das Risiko in sich bergen, dass der Chefarzt durch finanzielle Anreize veranlasst werden kann, Leistungseinschränkungen oder -ausweitungen zu erwägen, welche zulasten der Patientenversorgung gehen können oder nicht angezeigt sind. Eine derartige Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und ökonomischer Erwägungen widerspricht dem ärztlichen Berufsethos und wird daher von der Bundesärztekammer strikt abgelehnt. Auch wenn die Anerkennung und Berücksichtigung ökonomischer Erfordernisse notwendig und unbestritten ist, darf dies nicht dazu führen, dass auf diese Weise medizinische Entscheidungen im Krankenhaus primär von wirtschaftlichen Kriterien determiniert werden.

Die Bundesärztekammer, der Verband Leitender Krankenhausärzte und der Marburger Bund haben in ihrer seinerzeitigen und in den grundlegenden Bewertungen nach wie vor Bestand habenden Stellungnahme Ärztinnen und Ärzten dringend empfohlen, sich im Hinblick auf Verhandlungen über einen Chefarztvertrag und vor seiner Unterzeichnung kompetenten und individuellen rechtlichen Rates durch im ärztlichen Berufs-, Arbeits- und Vertragsrecht versierte Juristinnen und Juristen zu versichern. Hierbei sollen die vorstehenden Bewertungen weitest möglich Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus haben die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer im Jahr 2007 ein im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichtes Thesenpapier mit dem Titel „Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit – Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Hinweise und Erläuterungen“ beschlossen, in welchem auch die Frage erörtert wird, inwieweit finanzielle Anreize im Rahmen von Vergütungsregelungen in Chefarztverträgen zulässig sind. Hierin findet sich u. a. die Feststellung, dass variable Vergütungsbestandteile grundsätzlich keinen berufsrechtlichen Bedenken begegnen. „Mit jedem Bonus für das Erreichen vertraglich vereinbarter Ziele ist jedoch eine Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit verbunden, weil sich der Arzt im Einzelfall veranlasst sehen könnte, zum Erreichen des Bonus nicht die für den Patienten günstigste Behandlungsform zu wählen“. Deshalb wird auf § 23 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO) verwiesen, wonach die Vergütung oder Vergütungsvereinbarung den Arzt nicht in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigen darf. Weitere Hinweise und Erläuterungen zur Ausgestaltung von Boni werden gegeben. Zuletzt hat sich der Berufsordnungsausschuss in seiner Sitzung am 26.06.2012 mit dem Thema Bonuszahlungen an Chefärzte befasst und diese Positionen nochmals bestätigt.

Ebenso hat jüngst der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die kritische Haltung der Ärzteschaft gegenüber solchen auf ökonomische Kriterien ausgerichteten Bonuszahlungen bei Chefarztvergütungen in einer einstimmig angenommen Entschließung nachdrücklich bekräftigt (DÄT-Drs. IV-12). Hierin fordert der Deutsche Ärztetag die Krankenhausträger

auf, rein ökonomisch orientierte Anreizmechanismen zu vermeiden und die berufsrechtlich gebotene ärztliche Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen nicht zu gefährden.

Berufsrechtlich unbedenklich oder sogar begrüßenswert sind demgegenüber Bonuszahlungen, welche nicht an die Erreichung von ökonomischen, sondern von leistungsbezogenen Zielen im ärztlich-medizinischen Bereich anknüpfen. So könnten Bonuszahlungen vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen – Aufgaben der Aus- und Weiterbildung/ Mitarbeiterzufriedenheit etc.) ausgerichtet werden.

Entsprechend der Beratungen und Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern in ihrer Sitzung am 13./14.09.2012 hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 20./21.09.2012 beschlossen, dass sich die Bundesärztekammer dieser Problematik weiterhin kontinuierlich annimmt, indem sie in Kooperation mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte eine Kontaktstelle „Zielvereinbarung (Chef-)Arztverträge“ einrichtet, an welche entsprechende Vertragspassagen gemeldet werden können. Ziel soll es sein, in dieser Hinsicht berufsrechtlich kritische Vorgaben breitest möglichst zu identifizieren sowie diese in den Berufsordnungs- und Krankenhausgremien der Bundesärztekammer auf rechtlich und/oder ethisch-moralisch zweifelhafte Inhalte zu prüfen. Als Ergebnis dieser Prüfung könnte die rechtliche und/oder ethisch-moralische Würdigung besonders relevanter Vertragspassagen auch veröffentlicht werden, um dem Abschluss solcher Vereinbarungen möglichst frühzeitig entgegenwirken zu können.

Die rechtliche Bewertung von Verträgen bzw. neuralgischen Klauseln soll weiterhin die zuständige Landesärztekammer auf der Grundlage der jeweiligen Berufsordnung, aber nunmehr in Kenntnis von kritisch zu bewertenden Vertragspassagen aus anderen Landesärztekammerbereichen vornehmen. In der in Kooperation mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte eingerichteten Kontaktstelle zur Meldung von fragwürdigen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen sollen diese identifiziert und die entsprechenden Vertragspassagen dokumentiert werden. Die Bundesärztekammer wird sich vorbehalten, ihre Prüfungsergebnisse bei rechtlich oder ethisch-moralisch besonders kritischen Fällen auch zu veröffentlichen.

In einer Pressemitteilung vom 27.11.2012 hat flankierend zu dieser Initiative der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, der Deutschen Krankenhausgesellschaft Unterstützung bei der Erstellung von diesen Kritik aufgreifenden und berücksichtigenden Chefarztvertragsmustern angeboten. Für alle Beteiligten wäre es von großem Vorteil, wenn hierüber sogar wieder gemeinsame Formulierungshilfen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte und des Marburger Bundes erreicht werden könnten.

Unterstützt wird die ablehnende Haltung der Ärzteschaft gegenüber Chefarztboni von der Unionsfraktion im Bundestag. Bereits im Zuge der Beratungen des Patientenrechtegesetzes legte der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, einen Entwurf für einen Änderungsantrag vor, der eine Offenlegungspflicht für Bonusvereinbarungen vorsah. So sollten Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten darlegen, ob und in welcher Form sie Bonusvereinbarungen mit den ärztlichen Beschäftigten getroffen haben, die die fachliche Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gefährden könnten. Allerdings scheiterte der Antrag, weil sich die Fraktionen von Union

und FDP im Gesundheitsausschuss des Bundestags nicht auf eine gemeinsame Formulierung einigen konnten. Einen neuen Anlauf unternahmen die Fachpolitiker im Dezember 2012. So wurde im Rahmen der Beratungen zum Krebsregistergesetz diskutiert, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abgeben soll, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. Doch wurde auch dieser Entwurf eines Änderungsantrages zurückgezogen, weil dem Vernehmen nach weiterer Diskussionsbedarf zwischen den Koalitionspartnern bestand.

3.4 Sektorenübergreifende Versorgung

Der Begriff der Integrierten Versorgung wurde erstmalig mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Die Bestrebungen, die starren Sektorengrenzen aufzuheben bzw. ihnen zu mehr Durchlässigkeit zu verhelfen, bestehen allerdings schon deutlich länger und wurden in den letzten Jahren durch eine Vielzahl gesetzgeberischer Vorhaben umzusetzen versucht. Eine handfeste Erfolgsgeschichte resultierte hieraus allerdings bisher nicht. Im Jahr 2012 standen die Einführung der Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V und die Neufassung des § 116b SGB V durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) im Mittelpunkt.

3.4.1 Sektorenübergreifende 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 in den Jahren 2009 bzw. 2010 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 verschärfen, wenn nicht eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert wird. Notwendig ist nach Ansicht der Ärzteschaft nicht nur die Weiterentwicklung der jeweils sektorspezifischen Bedarfsplanungsregelungen und -instrumente, sondern insbesondere auch die systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

Diese Entwicklung wird auch von den Bundesländern mit Sorge betrachtet. So hatte die 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2009 das Erfordernis der Sicherung einer be-

darfsgerechten, flächendeckenden und der demografischen Entwicklung angepassten sowie sektorenübergreifenden Versorgung der GKV-Versicherten betont. Nach Ansicht der Länder ist hierzu die Stärkung der regionalen Steuerungsmöglichkeiten erforderlich, um die Belange der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in den Ländern gewährleisten zu können. Basierend auf ihrem Beschluss aus dem Jahr 2009 hat die 83. Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Sitzung im Sommer 2010 in Hannover beschlossen, den Bundesgesetzgeber aufzufordern, bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen folgende Aspekte zu berücksichtigen und die Länder in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen frühzeitig einzubeziehen:

1. Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig:
   - die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren,
   - auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und
   - sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen.
2. Die Länder werden an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.
3. Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.
4. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.
5. Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen. Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.
6. Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die 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 angeregt, in das Grundgesetz eine entsprechende Ermächtigungsklausel in Art. 87 Abs. 2 GG aufzunehmen, der durch folgenden Satz 3 ergänzt werden sollte: „Durch Bundesgesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, kann geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen auch abweichend von den Sätzen 1 und 2 soziale Versicherungsträger zur Verwaltungszuständigkeit der Länder gehören.“

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

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 sektorspezifischen Bedarfsplanung sprachen sich die Länder dafür aus, die für die Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien künftig durch ein sektorenübergreifendes Gremium zu ergänzen. Konkret schlug die Gesundheitsministerkonferenz vor, eine neue Vorschrift (§ 90a neu) in das SGB V aufzunehmen, in dem dieses neue Gremium (Gemeinsames Landesgremium) 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 Bereichs 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 2011 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 Empfehlungscharakter ohne unmittelbare Bundeswirkung haben sollten. Dieser Kompromiss hat dann auch Eingang in das zum 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz gefunden.

3.4.2 Gemeinsames Landesgremium

In einem Schreiben an die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder anlässlich der Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 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 eindringlich 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 vom Bundesgesetzgeber als feste Mitglied vorgesehen wurden. Von daher kommt es nun darauf an, ob die Landesärztekammern in ihren jeweiligen Ländern eine Aufnahme in den Kreis der Beteiligten erreichen können.

Um den aktuellen Sachstand in den Bundesländern nachzuhalten, führt die Bundesärztekammer regelmäßig Abfragen bei den Landesärztekammern durch. Grundsätzlich zeigte sich Ende 2012 ein heterogenes Bild bei der Umsetzung des § 90a SGB V. Während in einem Bundesland eine gesetzliche Grundlage bereits geschaffen wurde, ist in einem anderen Bundesland die Frage noch offen, ob es überhaupt zur Bildung des Gemeinsamen Landesgremiums kommt. Auch die Einbeziehung bzw. die Beteiligungsrechte der Landesärztekammern fallen deutlich unterschiedlich aus. Zum jetzigen Zeitpunkt kann daher noch kein abschließender Sachstand über die Einbeziehung der Landesärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien gegeben werden kann.

3.4.3 Schnittstellenmanagement

Ein Ansatz zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung stellt das Schnittstellenmanagement dar. Aus diesem Grunde beauftragten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine interdisziplinäre Expertengruppe unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), entsprechende Empfehlungen zu entwickeln. Als Ergebnis dieser Zusammenarbeit wurden Checklisten zur ärztlichen Orientierungshilfe erarbeitet, die im März 2012 in erster Auflage erschienen sind. Die Checklisten orientieren sich an einer Stellungnahme der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. Die Checklisten sollen dazu beitragen, den Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus so zu organisieren, dass eine gute, individuelle Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet wird. In einem zweiten Schritt soll die Umsetzbarkeit der Checklisten in der Praxis in einem Feldversuch überprüft werden. Nach der Evaluation ist eine Erweiterung der Empfehlungen vorgesehen, an der auch andere medizinische Berufsgruppen beteiligt werden sollen. Die Checklisten können im Netz heruntergeladen werden unter http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf.

3.4.4 Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Mit der Förderung kooperativer Versorgungsformen hat sich der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg in einem eigenen Tagesordnungspunkt eingehend befasst. Nach Einschätzung des Ärztetages lassen sich durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und nicht zuletzt die eigene Berufszufriedenheit steigern. Die vom Ärztetag mit großer Mehrheit verabschiedete Entschließung „Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern“ (DÄT-Drs. III-01) schließt mit einem Appell an die junge Ärztegeneration, aktiv neue Wege ärztlicher Kooperationen und Netzwerkbildung mitzugestalten und somit die medizinische Versorgung der Bevölkerung zukunftssicher zu machen. In Anbetracht der politischen Bedeutung und des zukünftigen Handlungsauftrages für die Bundesärztekammer ist diese Entschließung nachfolgend im Wortlauft angefügt:

„In seinen ‚Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft‘, dem sogenannten Ulmer Papier, hat bereits der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm die Notwendigkeit

einer flexiblen Nutzung sektorenübergreifender Kooperationsformen herausgestellt. Das entscheidende Optimierungspotenzial für die ärztliche Versorgung der Zukunft liegt auch nach weiteren Forderungen Deutscher Ärztetage vor allem in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. Die Koordination, in der Regel Aufgabe des Hausarztes, muss hierbei medizinisch begründbaren Regularien folgen, welche zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. Hochtechnisierte Diagnostik und Therapie sowie multimodale Behandlungskonzepte machen bereits jetzt eine stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und nicht zuletzt die eigene Berufszufriedenheit steigern.

So hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2009 hervorgehoben, dass die hausärztlichen, ambulanten und stationären fachärztlichen sowie pflegerischen Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll zu verzahnen sind.

Förderung innovativer Versorgungskonzepte

Innovative Formen der Kooperation und Zusammenarbeit sowohl mit der eigenen als auch mit anderen Berufsgruppen resultieren nicht nur aus dem Ärztemangel, sondern entsprechen vielmehr den im Vergleich zu früheren Generationen anders ausgerichteten Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufstätigkeit. Zwar wird sicherlich sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden, insgesamt wird aber das Spektrum möglicher Kooperations- und Berufsausübungsformen deutlich breiter und vielfältiger werden. Haus- und fachärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren, zum Teil auch angestellten Ärztinnen und Ärzten werden die Versorgungslandschaft zunehmend prägen. Die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande, erfordert die Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte. Bei Bedarf gehören hierzu auch kommunale Fahr- und Transportmöglichkeiten für Patienten zur ärztlichen Versorgung im Sinne einer Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert daher zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung die Förderung innovativer kooperativer Versorgungskonzepte. Hierzu gehören:

- *Gemeinschaftspraxen im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, fachärztliche Satellitenpraxen mit ggf. abwechselnder Besetzung durch unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte, Ärztehäuser oder regionale Versorgungszentren.*
- *Kooperation in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region, ggf. einschließlich anderer Gesundheitsberufe, möglichst unter Einbeziehung des stationären Bereichs und insbesondere der Regelung des Übergangs zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär/ambulant).*
- *Intensivierung der Kooperation von Haus- und Fachärzten mit den Pflegekräften im Pflegeheim und mit den ambulanten Pflegediensten.*

- *Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation, durch Bildung ambulanter Rehabilitationszentren, in welchen die Zusammenarbeit der Ärzte der verschiedenen beteiligten Fachrichtungen mit den zuständigen Gesundheitsberufen erfolgt.*
- *Ausbau der Prävention durch Einbeziehung aller relevanten Gesundheitsfachberufe sowie anderer Berufe, wie Übungsleiter der Sportvereine (z. B. Rezept für Bewegung).*
- *Ausbau der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und psychiatrischen Tagesstätten.*

Mit der Novellierung des ärztlichen Berufsrechts, dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurden die erforderlichen Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen, wobei im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt hervorzuheben ist. Nicht zuletzt wird eine verstärkte Kooperationsbereitschaft dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit der in wirtschaftlicher Selbstständigkeit tätigen Ärztinnen und Ärzte langfristig zu sichern. Einen weiteren wesentlichen Schritt zur Förderung von Praxis- bzw. Ärztenetzen hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit der Anpassung des § 87b SGB V unternommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zusätzliches Honorar für bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen ausweisen oder das Honorar für die medizinische Versorgung einer Region zur Verfügung stellen. Ebenso muss es möglich sein, im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung die vernetzte Versorgung bestimmter Krankheitsbilder oder einer bestimmten Region zu etablieren und hierfür zusätzliches Honorar zu vereinbaren.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsverbände auf, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten mit einem Beratungsangebot bei der rechtssicheren Umsetzung vorhandener Kooperationsmöglichkeiten sowie bei den hierfür erforderlichen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Steuerungsaufgaben zu unterstützen. Hierzu gehören weiterhin die Einrichtung von Fallkonferenzen, der Ausbau von Qualitätszirkeln und berufsgruppenübergreifende Fortbildungen. Die Weiterentwicklung der Verbundweiterbildung in allen Gebieten der Patientenversorgung trägt zur gebiets- und berufsübergreifenden Kooperation bei.

Entscheidend ist, dass die jetzige Ärztegeneration die Versorgungsstrukturen zukunftsfest macht, damit die nachwachsende Ärztegeneration ihre Vorstellungen umsetzen kann.

Förderung des Belegarztwesens, insbesondere in seiner kooperativen Ausprägung

In Anbetracht der ansonsten immer noch stark ausgeprägten sektoralen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellt das Belegarztwesen schon seit jeher eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen dar. Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, d. h. die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte der gleichen Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Der Deutsche Ärztetag hat immer wieder hervorgehoben, dass

insbesondere die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Ärztinnen und Ärzte in einer belegärztlich geführten Abteilung zu einer Bündelung des medizinischen Sachverstandes führt, die eine Verbesserung der Patientenversorgung bewirkt.

Den im kooperativen Belegarztwesen tätigen Ärztinnen und Ärzten bietet sich vor allem die Möglichkeit der gegenseitigen Beratung und Unterstützung einschließlich der Assistenz bei Eingriffen sowie einer besseren Vertretung für den Fall von Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Erfahrene Belegärzte können die fachlichen Ressourcen des Krankenhauses maßgeblich verstärken und damit die Leistungsfähigkeit, insbesondere kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum, deutlich steigern. Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus einer Versorgung im kooperativen Belegarztwesen wesentliche Vorteile, so z. B. die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als integrierte Versorgung schlechthin.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt daher, dass die Regierungskoalition gemäß der Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2009 das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beibehalten und stärken will. Hierbei muss der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt erhalten, die freiberufliche Ausprägung belegärztlicher Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbstständigkeit bewahrt und deren Vergütung den hohen Leistungsanforderungen entsprechend ausgestaltet werden. Ferner muss für den Einsatz innovativer Behandlungen in der stationären Versorgung auch für Belegärzte anstatt des Erlaubnisvorbehaltes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – wie auch für Krankenhaushauptabteilungen – der Verbotsvorbehalt des G-BA gelten, damit Innovationen in der belegärztlichen Versorgung ermöglicht werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert Regierungskoalition und Gesetzgeber nachdrücklich auf, der programmatischen Ankündigung in der Koalitionsvereinbarung nunmehr auch konkrete politische Schritte zur Stärkung des Belegarztwesens folgen zu lassen, und appellierte an die Politik und an die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, Regelungen vorzusehen, die einen fairen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär ermöglichen.

Appell an die nachwachsende Ärztegeneration

Die nach 1980 geborenen Ärztinnen und Ärzte – die Generation Y – ist aktuellen Umfragen zufolge pragmatisch, kooperativ und bildet aktiv Netzwerke. In dieser Generation besteht eine klare Präferenz für geregelte und vor allem planbare Arbeitszeiten, auch in Teilzeit, mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf im kollegialen Ärzteteam. Gewünscht wird auch eine verstärkte Möglichkeit sektorenübergreifender Patientenversorgung, des wissenschaftlichen Austausches mit Kollegen und der Versorgung von Patienten mit einem interessanten breiten Spektrum an Krankheiten und Therapien. Auch die Ressource ‚Arzt' ist knapp, daher müssen neue Wege der gemeinsamen hausärztlichen und fachärztlichen Patientenversorgung sektorenübergreifend gegangen werden, damit diese Vorstellungen zur ärztlichen Berufstätigkeit bei weiterhin umfassender Sicherstellung der Patientenversorgung verwirklicht werden können.

Der 115. Deutsche Ärztetag appelliert an die junge Ärztegeneration, aktiv neue Wege ärztlicher Kooperationen und Netzwerkbildung mitzugestalten und somit die medizinische Versorgung der Bevölkerung zukunftssicher zu machen."

3.5 Rehabilitation

Der besonderen 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 Vorstands 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.

Nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2011 in den 1.235 (Vorjahr: 1.237) deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen knapp zwei Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt und damit ungefähr gleich viel wie in 2010. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,4 Tage, wie bereits in 2010. Ende 2011 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – ebenso wie in 2010 – knapp 171.000 Betten vorgehalten. Zugleich sank die Anzahl der Pflegetage um über eine Million auf 49,1 Mio., infolgedessen verringerte sich die Bettenauslastung um 1,4 Prozentpunkte auf 78,7 Prozent.

Anders als bei den Krankenhäusern sind bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen private Träger die größten Anbieter. Nach wie vor stehen zwei Drittel aller Betten (113.000) in einer privat geführten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nur knapp 1.000 Betten in einer öffentlich getragenen Einrichtung. 92.400 Vollkräfte versorgten in 2011 die vollstationären Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, davon entfielen 8,9 Prozent auf den ärztlichen Dienst.

Im Jahr 2010 haben die Sozialleistungsträger insgesamt 28,8 Mrd. Euro für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgegeben. In absoluten Zahlen wurden 2010 etwa eine Milliarde Euro mehr ausgegeben als 2009. Damit zeigen die Ausgaben 2010 mit 3,7 Prozent weiterhin, wie bereits im Vorjahr (5,5 Prozent), einen deutlichen Anstieg.

3.5.1 Gesetzliche Neuregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation als Grundlage für deren Weiterentwicklung

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) hat der Bereich der medizinischen Rehabilitation 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 noch einmal kurz dargestellt.

Der Anspruch auf geriatrische Rehabilitation wurde im Zusammenhang mit den Leistungen der Pflegeversicherung ein entscheidendes Instrument zur Vermeidung, Minderung und Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit. 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, werden 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

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. (GVG) hat unter maßgeblicher Mitwirkung der Bundesärztekammer Ende 2010 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.

Die Rehabilitation bietet mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe 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.

Für die einzelnen Betroffenen trägt die Rehabilitation durch Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensqualität dazu bei, ihre Teilhabe zu sichern. Der Nutzen der medizinischen Rehabilitation geht zugleich weit über den unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen hinaus: Für die Leistungsträger bedeuten erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen gewonnene Beitragszahlungen und reduzierte Folgekosten wegen einer Behinderung oder Krankheit. In den Unternehmen erhält die medizinische Rehabilitation wertvolles Know-how. Leistungsfähige Arbeitnehmer sind eine Voraussetzung für hohe Produktivität in den Unternehmen. Insbesondere in Anbetracht des demografischen Wandels ist für die Gesellschaft die Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer ein Motor für 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 damit 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 auszuschöpfen und weiterhin zu stärken. Dies erfordert, 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. Auch ist es notwendig, die Wirksamkeit und Qualität der Rehabilitation stärker wissenschaftlich zu evaluieren.

Mit dieser Expertise über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation wurden das Wissen und die Erfahrungen der Kostenträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), der Leistungsträger (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)

Vorrangige Aufgabe und Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 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 beruf-

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

Das vom Sachverständigenrat der Ärzteschaft nach über dreijährigen Beratungen unter Mitwirkung der Bundesärztekammer 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 etablierte 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.

Aus der Arbeit des Sachverständigenrates der Ärzteschaft hervorzuheben ist weiterhin der in 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 gelingt, ist mit dem Sozialgesetzbuch IX (SGB 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 sollen jeden Rat- und Hilfesuchenden in allen Fragen der Rehabilitation beraten. 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 2012

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

Die diesjährige REHACare International fand – wieder unter ideeller Mitträgerschaft der Bundesärztekammer – vom 10. bis 13. Oktober 2012 in der Messe Düsseldorf statt. Über 51.000 Besucher informierten sich über die von 851 Ausstellern aus 32 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen sowie über Hilfsmittel aus dem Bereich von Rehabilitation und Pflege. Die REHACare International 2012 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 2012 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.

Mit weit über 600 Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen als Teilnehmern verlief auch der REHACare-Kongress 2012 erfolgreich. Unter dem Titel „Wohn(t)raum – Selbstbestimmtes Wohnen und Pflege zu Hause" bot die Veranstaltung in fünf parallel stattfindenden Vortragsreihen Informationen über altersgerechtes Bauen und Wohnen und über die Möglichkeiten, Rehabilitation und Pflege im häuslichen Umfeld zu organisieren.

Die nächste REHACare findet vom 25.09. bis 28.09.2013 wieder in Düsseldorf statt.

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 Ministerium 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 auf-

genommen. 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 13. Juni und 7. November 2012 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 Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Im Sommer 2012 legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vor. Die Bundesärztekammer nahm gegenüber dem Ministerium wie auch anschließend im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages am 24.10.2012 zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

„Die durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 bewirkte Sicherung eines Assistenzpflegebedarfs bei stationärer Krankenhausbehandlung für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftige besondere Pflegekräfte ambulant nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches XII (SGB XII) im sogenannten Arbeitgebermodell sicherstellen, wurde von der Bundesärztekammer seinerzeit ausdrücklich begrüßt.

Die nunmehr durch den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vorgesehene Ausweitung dieses Assistenzpflegeanspruchs für den genannten Personenkreis auch auf stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird von der Bundesärztekammer als konsequente Erweiterung dieses Anspruchs daher ebenso begrüßt.

Derzeit ist die besondere pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, auch während eines Aufenthalts in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nur unzureichend sichergestellt. Diese Feststellung war auch das Ergebnis eines Experten-

gespräches des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages u. a. mit der Bundesärztekammer, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, dem Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, dem Deutschen Heilbäderverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem GKV-Spitzenverband am 23. März 2011.

Der Gesetzentwurf leistet hiermit insoweit einen weiteren, wesentlichen Beitrag zur Verwirklichung der Ansprüche von Menschen mit Behinderungen gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention und des Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21.12.2008."

3.5.7 Perspektiven und weitere Entwicklungen in der Rehabilitation

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind derzeit immer noch viele „Baustellen", festzustellen, so nicht zuletzt die immer stärker rückläufige Entwicklung der Leistungsgewährung durch die Kostenträger, die immer größer werdenden Antragsstaus sowie die zwar angelaufene, aber immer noch unzulängliche Funktionsweise der Gemeinsamen Servicestellen. Als aus Sicht der Ärzteschaft ebenso unzureichend müssen die Arbeits- und Vergütungsbedingungen 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 vielfach noch immer auf sich warten.

Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist auch eine von der Politik zu fordernde Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 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 zukunftsträchtig sein. Diese Potenziale auch zum Wohle der von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu nutzen, muss daher vorrangiges Ziel aller am Rehabilitationsgeschehen Beteiligter und damit auch der Ärzteschaft sein.

3.6 Betriebsärztliche Versorgung

Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz hat der Unternehmer 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 sicherheitstechnische 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 krankheitsbedingten 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 Arbeitsmedizingremien der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Dr. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg und Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, erörtert und eine Vielzahl von Initiativen ergriffen.

3.6.1 Arbeitsmedizinische Weiter- und Fortbildung

Entwurf der Weiterbildungsordnung von Hamburg

In Anbetracht des sich anbahnenden Mangels an Betriebsärzten sieht die Ärztekammer Hamburg eine Änderung der „Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte“ vor. Die bisherige Formulierung im Abschnitt Weiterbildungszeit der Weiterbildungsordnung (WBO):

„- 24 Monate im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

soll wie folgt ersetzt werden:

„- 24 Monate stationäre Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können 12 Monate in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden“.

Die Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin stellt häufig einen Engpass für an der Arbeitsmedizin interessierte Ärztinnen und Ärzte dar. Dennoch ist sie aufgrund der abgebildeten Krankheitsbilder und dominierenden diagnostischen Verfahren eine wesentliche Voraussetzung für das Gebiet Arbeitsmedizin und sollte daher für zwölf Monate im stationären Bereich abgeleistet werden. Eine Öffnung hin zu den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung würde die Ausrichtung auf das präventive Querschnittsfach Arbeitsmedizin sinnvoll ergänzen. Die Weiterbildung sollte mindestens 24 Monate klinische Tätigkeit beinhalten, davon zwölf Monate in der Inneren Medizin. Die verbleibenden zwölf Monate könnten in der Inneren Medizin, aber auch in einem anderen Fach, welches zu den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gehört, abgeleistet werden.

Die geforderte Weiterbildungszeit beträgt 60 Monate. Davon entfallen 36 Monate auf die Arbeitsmedizin, von denen 24 Monate im Kernfach selbst abgeleistet werden müssen

und zwölf Monate in anderen Gebieten angerechnet werden können. Damit der arbeitsmedizinische Anteil nicht zu gering ausfällt, sollte die Variabilität nicht in den 36 Monaten Arbeitsmedizin, sondern im Bereich der anderen Fächer liegen.

Der in der jetzt überarbeiteten Weiterbildungsordnung vorgesehene mögliche Ersatz der Inneren Medizin durch Allgemeinmedizin sollte zugunsten des eingangs genannten Änderungsvorschlags wieder aus der WBO herausgenommen werden. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erfolgt überwiegend im ambulanten und nicht im stationären Bereich. Damit wäre eine Weiterbildung im Gebiet Arbeitsmedizin faktisch ohne klinische Weiterbildung möglich. Diese würde den Anspruch an die Qualität der Weiterbildung nicht erfüllen.

Ausschuss und Ständige Konferenz Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer plädieren dafür, dass nicht der Terminus „stationäre Weiterbildung", sondern „Weiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung" gebraucht werden soll, da „Stationäre Weiterbildung" zunehmend ein Nadelöhr darstellt.

So ist nach Auffassung der Arbeitsmedizingremien die alleinige Fixierung auf die Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin nicht mehr zeitgemäß. Die Anrechnung von Weiterbildungszeiten in der Psychiatrie und Neurologie in Anbetracht des beachtlichen Problems mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz ist sehr sinnvoll. Ebenso sind Weiterbildungszeiten in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Dermatologie zu befürworten. Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" unterstützen somit den „Änderungsantrag zur WBO Arbeitsmedizin" des Ausschusses „Arbeitsmedizin" der Ärztekammer Hamburg. Entsprechend dem Diskussionsergebnis soll jedoch der Novellierungsvorschlag abgeändert wie folgt lauten:

„... 24 Monate Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können 12 Monate in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden."

Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll entfallen.

Kriterien für Weiterbildungsbefugte

Die derzeitigen Verfahren zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis sind von Kammer zu Kammer sehr heterogen, es wird des Öfteren eine Ausstattung der Praxis verlangt, die nicht erforderlich ist. Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" sprachen sich in ihrer Sitzung am 25.01.2012 für die Erarbeitung einheitlicher Kriterien für Weiterbildungsbefugte aus, die den Ärztekammern als Empfehlungen einer Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Arbeitsmedizingremien an die Hand gegeben werden sollen.

114. Deutscher Ärztetag 2011: Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Gemäß einem Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages soll auch für Fachärztinnen/-ärzte für Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin möglich sein.

Begründet wird dieses Ansinnen damit, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in § 2a Abs. 7 die Gebiete der „unmittelbaren Patientenversorgung" definiert. Nicht enthalten sind hier die Fachgebiete Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen. Die MWBO sieht vor, für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin die „Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung" vorauszusetzen.

Gerade das Fachgebiet Arbeitsmedizin hat mit seinem präventiven Auftrag der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz das Ziel, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dazu gehören auch die Förderung der Bewegung und sportlicher Aktivitäten. Eine Zusatzqualifikation dieser Berufsgruppe ist sinnvoll und muss auch möglich sein. Der Antrag fordert daher, dass der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin an die Voraussetzung „Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder Facharztanerkennung für Arbeitsmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen“ gebunden ist.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ und die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ sprachen sich dafür aus, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erwerben können.

Handlungsoptionen zur Nachwuchsförderung in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Folgende Handlungsoptionen zur Bewältigung der Nachwuchsproblematik in der Arbeitsmedizin wurden von den Arbeitsmedizinexperten 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 unter der Voraussetzung, 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 in der Arbeitsmedizin durch Bund und Länder
Vertreter aller Bundesländer starteten im Jahr 2009 eine Initiative durch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK). Die Initiative mündete in dem Beschluss der 86. ASMK vom 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 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 vermehrter Anstrengungen aller Akteure erfordert, die sich mit der Gesunderhaltung der Beschäftigten befassen. Im Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim BMAS sind die Sozialpartner, die Länder, 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 öffentlichkeitswirksamen Konferenz zu behandeln. Die verschiedenen Bänke wie Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter, Vertreter der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Bund- und Ländervertreter, Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) und des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) sowie der Bundesärztekammer sollen 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 maßgeblich beteiligt ist. Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr viermal getagt. Die Konferenz findet am 14.01.2013 statt.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" begrüßten in ihrer Sitzung am 25.01.2012 ausdrücklich diese Initiative der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses und werden sich engagiert hierzu einbringen.

3.6.2 Betriebsärztliche Berufsausübung

Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung als Thema des 115. Deutschen Ärztetages 2012

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 18.11.2011 beschlossen, auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg die Thematik „Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung“ auf die Tagesordnung zu setzen. Begründet wurde dieser Vorschlag von Dr. Udo Wolter, Vorsitzender der Arbeitsmedizingremien, damit, dass Prävention ein wichtiger Baustein für die Gesundheit unserer Gesellschaft ist. Sie muss zu allererst bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, so Prof. Dr. Fred Zepp, Mainz, auf dem Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel. Zielgruppenspezifische Aufklärung soll dazu beitragen, Eigenverantwortlichkeit und Gesundheitsbewusstsein zu stärken. Die betriebliche Prävention spielt hierbei eine besondere Rolle. Die Möglichkeiten insbesondere der Betriebsärzte, in Kontakt mit Menschen zu kommen sowie Präventionsmaßnahmen zu initiieren und durchzuführen, müssen hier stärker genutzt werden. Für diesen Tagesordnungspunkt wurde als Referent Prof. Dr. Dipl.-Ing. Stephan Letzel, seinerzeitiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e. V. sowie Mitglied des Ausschusses „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer, vorgeschlagen. Damit wurde die Arbeitsmedizin als Versorgungssektor erstmals Gegenstand der Beratungen eines Deutschen Ärztetages.

Nach wie vor sind die Möglichkeiten der betrieblichen Prävention in der Gesellschaft und auch bei den kurativ tätigen Ärzten zu wenig bekannt. Prävention und Gesundheitsförderung haben sowohl für den einzelnen Menschen als auch für die Gesellschaft insgesamt eine zunehmende Bedeutung. Es besteht ein breit getragener Konsens darüber, dass die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur für die Lebensqualität, sondern auch zur ökonomischen Stabilisierung unseres Gesundheitswesens unverzichtbar ist. Hierzu bedarf es einer an bestehenden Setting-Ansätzen ausgerichteten Systematik von Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl die Verantwortung des einzelnen Menschen als auch die seiner Umgebung als ein Zusammenspiel zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention fördert.

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (DÄT-Drs. VI-01) fasste der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

„Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung

Die deutsche Volkswirtschaft verliert jährlich rund 225 Milliarden Euro durch die Krankheit ihrer Arbeitnehmer. Die Studie ‚Vorteil Vorsorge – die Rolle der betrieblichen Prävention für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland‘ von Booz & Company (2011) errechnet in dieser Höhe die krankheitsbedingten Kosten für Unternehmen und Volkswirtschaft und legt den Nutzen betrieblicher Gesundheitsvorsorge dar. Nach dieser Analyse zahlt sich jeder Euro, der in betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention investiert wird, für die Unternehmen und Volkswirtschaft mit fünf bis 16 Euro aus. Die Untersuchung belegt: Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft Unternehmen, die erwerbstätigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten und damit Kosten zu senken sowie die Produktivität zu steigern. In einer weiteren Studie (2010) zeigt Prof. Dr. Peter Oberender auf, dass 76 Prozent der Ausfälle, die durch chro-

nische Erkrankungen entstehen, durch betriebliche Prävention verhindert werden können.

Eine besondere Rolle im Betrieb spielen hierbei Betriebsärzte. Diese sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Die Vorsorge geschieht mit den Mitteln der Primärprävention (Schadensverhütung), Sekundärprävention (Früherkennung) und Tertiärprävention (berufliche Wiedereingliederung). Es wird einerseits auf gesundheitsgerechte salutogenetische Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) hingewirkt, andererseits werden die Beschäftigten befähigt, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (Verhaltensprävention). Eine Herausforderung für die Arbeitsmedizin stellt das zunehmende Alter der Belegschaften durch den demografischen Wandel und damit eine absehbare Zunahme chronisch Kranker in den Unternehmen dar. Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit müssen ältere Beschäftigte und chronisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden, um ihnen die längere, gesetzlich verankerte Lebensarbeitszeit zu ermöglichen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 erhebt zur Stärkung der Prävention in der Arbeitswelt folgende Forderungen:

- *Das System der sozialen Sicherung, wie der staatliche Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die gesetzliche Unfall-, Renten- und Krankenversicherung, hat gesetzliche Aufgaben in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der Prävention. Deren Zusammenarbeit muss optimiert werden, damit Beschäftigte ohne Verzögerung präventiv versorgt werden können.*
- *Ein regionales sektorenübergreifendes Konzept zur Vernetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention durch den Betriebsarzt im Betrieb sowie weitere Diagnostik und Therapie durch niedergelassene Haus- und Fachärzte oder Kliniken muss unter Einbeziehung der Landesärztekammern und der arbeitsmedizinischen Wissenschaft erarbeitet sowie vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt werden.*
- *Mit Hilfe der Präventionsstrategie des BMG muss die präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens verstärkt werden. Eine qualitätsgesicherte betriebliche Gesundheitsförderung nach den betriebsärztlichen Regeln und Erkenntnissen sollte durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach §§ 20a, b, 65a SGB V in der Region gewährleistet werden. Betriebsärzte und Hausärzte müssen die gleichen Leistungsvergütungen durch die GKV für Vorsorgemaßnahmen wie z. B. Impfungen oder Krebsvorsorge erhalten.*
- *Positiv bewertet wird die Ausrichtung des „Ausschusses Arbeitsmedizin“ des BMAS, weil dort die arbeitsmedizinische Vorsorge – auch mittels der Expertise der Bundesärztekammer – weiterentwickelt wird. Dieses Expertengremium wendet sich den Herausforderungen zu, die sich aus der Dynamik und Komplexität der modernen Arbeitswelt ergeben.*
- *Die Unternehmen werden aufgefordert, die Vorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) ihrer Zielsetzung entsprechend engagiert anzuwenden. Die Qualitätssicherung und die Evaluation von Präventionsmaßnahmen in Deutschland müssen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Betriebsärzten als Moderatoren etabliert werden.*

- *Die Länder werden aufgefordert, die arbeitsmedizinischen Lehrstühle an den Universitäten deutlich auszubauen. Dies ist zum einen im Bereich der Lehre dringend erforderlich, damit jeder Studierende der Humanmedizin qualitätsgesichert zu den Wechselbeziehungen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit unterrichtet wird. Zum anderen bedarf es als Grundlage für eine evidenzbasierte betriebliche Prävention und praktische Arbeitsmedizin vermehrter arbeitsmedizinischer Forschung, die sowohl den Wandel der Arbeitswelt als auch die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen berücksichtigt.*
- *Die Arbeitsmedizin und die betriebsärztliche Betreuung müssen zu einer zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland ausgebaut werden. Betriebsärzte erreichen auch diejenigen Menschen, die aus eigener Initiative keine präventiven Maßnahmen in Anspruch nehmen. Sie haben als ärztliche Berater von Beschäftigten und Unternehmen eine Schlüsselstellung in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte im Unternehmen haben eine wichtige Lotsenfunktion zwischen präventiver und kurativer Medizin.“*

Entwurf einer „Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biostoffen und zur Änderung anderer Verordnungen“

Die Bundesärztekammer nahm zum Referentenentwurf einer „Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biostoffen“ (Biostoffverordnung – BioStoffV) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales schriftlich und im Rahmen einer Anhörung am 17.10.2012 wie folgt Stellung:

„Die Bundesärztekammer begrüßt die Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, die Richtlinie 2010/32/EU des Rates vom 10. Mai 2010 zur Durchführung der von HOSPEEM und EGÖD geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor (ABl. L 134/66 vom 01.06.2010, nachfolgend Nadelstich-Richtlinie) in nationales Recht umzusetzen. Die Richtlinie zielt darauf ab, eine sichere Arbeitsumgebung zum Schutz aller in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes tätigen Personen vor Verletzungen durch spitze oder scharfe medizinische Arbeitsgeräte. Die Richtlinie regelt damit Maßnahmen zum Schutz der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung und soll branchenübergreifend umgesetzt werden, um ein einheitliches, auf die jeweilige Gefährdung bezogenes Schutzniveau aufrechtzuerhalten. Unseres Erachtens ist diese Regelung geeignet, für die Beschäftigten ebenso risikoorientiert wie branchenunabhängig das Schutzniveau bei Tätigkeiten im Umgang mit Biostoffen weiter zu verbessern. Da dieser Regelungsbereich bereits jetzt Gegenstand der Biostoffverordnung ist, wird die Richtlinie im Rahmen der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biostoffen umgesetzt. Die Bundesärztekammer unterstützt die Anpassung der bestehenden Regelungen der Biostoffverordnung an neuere wissenschaftliche und technische Entwicklungen und deren sprachliche Weiterentwicklung. Zur klaren Darstellung insbesondere der gesundheitlichen Dimension empfehlen wir, den Begriff ‚Arbeitsschutz‘ generell durch den Begriff ‚Arbeits- und Gesundheitsschutz‘ zu ersetzen. Der Begriff ‚Gesundheitsschutz‘ findet schon in zahlreichen Regelwerken Anwendung, zum Beispiel im § 3 Satz 1 Arbeitssicherheitsgesetz, ebenso der Titel des Artikels 1 dieses Entwurfes.

Zu § 2 Absatz 1 und 9: (...) ‚Fachkundig im Sinne dieser Verordnung ist, wer zur Ausübung einer in dieser Verordnung bestimmten Aufgaben befähigt ist' (...).

Die Anforderungen an die Fachkunde im Sinne der Verordnung sind abhängig von der jeweiligen Art der Aufgabe und der Höhe der Gefährdung. Die erforderlichen Kenntnisse sind durch eine geeignete Berufsausbildung oder eine zeitnahe berufliche Tätigkeit sowie einschlägiger Berufserfahrung nachzuweisen. Die Teilnahme an spezifischen Fortbildungsmaßnahmen kann zusätzlich erforderlich sein. Die hier beschriebenen Qualifikationsmerkmale für die Fachkunde sind zu unpräzise. Die beschriebenen Anforderungen an die Fachkunde müssen geeignet sein, einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Differenzierung der geforderten Fachkunde in Bezug auf Anforderungen in Abhängigkeit der durchzuführenden Aufgabe und der Höhe der Gefährdung. Es wird hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung ‚Arbeitsmedizin' oder der Zusatzbezeichnung ‚Betriebsmedizin' aufgrund ihrer speziellen ärztlichen Weiterbildung im arbeitsmedizinischen Bereich über ein hohes Maß an Qualifikationen und damit die erforderliche Fachkunde verfügen, sodass diese in der Verordnung selbst, zumindest im Technischen Regelwerk als ‚fachkundig' ausgewiesen werden. Eine Einschränkung nach § 4 Abs. 1, dass selbst bei Fachärzten für Arbeitsmedizin über die ärztliche Weiterbildung hinaus Kenntnisse nachzuweisen sind, ist weder notwendig und praktikabel noch sachgerecht (...)."

Entschließung des 114. Deutschen Ärztetages 2011: Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich

Auf dem 114. Deutscher Ärztetag 2011 in Kiel wurde der nachfolgend zitierte Entschließungsantrag „Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich" (DÄT-Drs. VI-65) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

„Betriebsärztliche Betreuungsmodelle ohne ärztliche Verantwortung im Sinne von Substitution ärztlicher Tätigkeit dürfen nicht realisiert werden.

Begründung:

- *Das Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz ist es, 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 krankheitsbedingten Ausfall zu begleiten.*
- *Die Arbeitsmedizin hat sich angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen und den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit zu einer weiteren, vorrangig präventiven Säule (4. Säule!) im Gesundheitswesen entwickelt.*
- *Der integrative Ansatz im betrieblichen Gesundheitssystem erfordert insbesondere die ärztliche Kompetenz der Betriebsärzte.*
- *Deshalb muss jede Form von Substitution ärztlicher Verantwortung durch nichtärztliche Mitarbeiter entschieden abgelehnt werden.*

- *Delegation auf nichtärztliches Personal erfolgt immer unter Anordnungsverantwortung des Arztes und unter der Beachtung, dass Aufklärung, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapie und ärztliche Beratung nicht delegierbar sind.*
- *Der Berufsverband Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) erarbeitet zurzeit einen Katalog der delegierungsfähigen Leistungen für die betriebsärztliche Betreuung.“*

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ empfahlen dem Vorstand der Bundesärztekammer in ihrer Sitzung am 25.01.2012, dem Anliegen des Antrags IV-65 uneingeschränkt zuzustimmen.

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) hat in diesem Zusammenhang erstmalig einen Vorschlag zu Delegationsmöglichkeiten von arbeitsmedizinischen Leistungen in einem Sonderheft des VDBW veröffentlicht (Dezember 2011) und den Arbeitsmedizingremien vorgelegt.

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert von Ärztinnen und Ärzten aber immer, dass sie bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig werden. Grundlage für die Erläuterungen des Berufsverbandes ist die Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 29.08.2008 „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“.

Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalles, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den betreffenden Mitarbeiter ggf. besonders anzuleiten und wie er ihn zu überwachen hat, muss der Arzt von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.

Die vorgelegte Liste beinhaltet delegationsfähige Leistungen, welche in Form einer Tabelle dargestellt sind. Diese Übersicht beschreibt die in der betriebsärztlichen Praxis häufig vorkommenden Leistungen. Die Leistungskapitel sind nach den entsprechenden Expositionen gegenüber bestimmten stofflichen Gefährdungen und arbeitsmedizinischen relevanten Umgebungs- und Tätigkeitsbedingungen differenziert. Innerhalb der Kapitel sind die einzelnen Leistungen, wie Anamnese, Indikation, Untersuchungs- bzw. Behandlungsdurchführung, Diagnose und Dokumentation entsprechend der Differenzierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stichwortartig beschrieben. Laborparameter sind im Gegensatz zur GOÄ-Darstellung nicht einzeln aufgeführt, sondern in ihrer abstrakten Gesamtheit.

Für das bessere Verständnis und die Anwendbarkeit der Delegationsübersicht im betriebsärztlichen Alltag werden ärztliche Tätigkeiten wie die Erstellung des ärztlichen Befundberichts, der Bestandteil nahezu jedes Kapitels ist, wiederholend aufgeführt. Jede Leistung ist einer der beiden Kategorien zugeordnet, entweder durch den Arzt zu er-

bringen oder der Möglichkeit zur Delegation. In der Spalte „Bemerkung“ ist die Notwendigkeit der ärztlichen Beauftragung aufgeführt. Der VDBW empfiehlt im Sinne einer zeitgemäßen Arbeitsorganisation, der Ressourcenschonung, der Attraktivität der betriebsärztlichen Tätigkeit und insbesondere der rechtssicheren Anwendung, die höchstpersönliche Durchführung der betriebsärztlichen Leistungen und die Delegation an nichtärztliches Personal nach dieser Kategorisierung vorzunehmen. Angestrebt wird eine anerkannte Regelung der arbeitsmedizinischen Leistungserbringung, wobei in besonders begründeten Fällen von dieser Empfehlung abgewichen werden kann. Der VDBW weist darauf hin, dass diese Liste als ein erster Diskussionsentwurf anzusehen ist. Weitere Ergänzungen delegierbarer betriebsärztlicher Leistungen werden folgen.

Bezüglich der Frage, ob das Impfen eine delegierbare Leistung sein soll, wird darauf hingewiesen, dass in der Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2008 (Seite 8, 3. Absatz, Überschrift: „Subkutane und intramuskuläre Injektionen“) Injektionen auch an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden können. Zu diesen Injektionen gehören auch Impfungen, wobei die Impfanamneseerhebung und die Aufklärung zur Impfung nicht delegierbar sind. Allergietests (Prick-Test [Subkutan Test]) können ebenfalls an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden, erfordern aber aufgrund des Risikos eines allergischen Schocks die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ haben sich dafür ausgesprochen, dass das Impfen wegen des drohenden allergischen Schocks keine delegierbare Leistung darstellen soll. Es wird ferner darauf hingewiesen, dass zudem bis zum Jahr 2008 immer wieder in Frage gestellt wurde, ob Betriebsärzte überhaupt impfen dürfen. Diese Frage ist durch einen Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer, nach dem jeder approbierte Arzt zu impfen berechtigt ist, geklärt worden. Es wäre ein falsches Signal, wenn diese Leistung nun an nichtärztliches Personal delegierbar sein soll.

Ferner wurde empfohlen, invasive Tätigkeiten, wie Knochenbiopsie, Leberbiopsie, gynäkologische Untersuchungen, ganz aus der Liste herauszunehmen, weil diese Untersuchungen über die Kompetenzen des Betriebsarztes hinausgehen. Dies gilt auch für die Leberdiagnostik.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ begrüßten die Initiative des VDBW, Listen arbeitsmedizinischer Leistungen und deren Delegationsmöglichkeiten vorgelegt zu haben, empfahlen jedoch dem VDBW, die oben angeführten Änderungen zu berücksichtigen.

Abrechnung betriebsärztlicher Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber

Betriebsärzte, die nicht beim Arbeitgeber angestellt sind, rechnen häufig direkt mit dem Arbeitgeber die erbrachten betriebsärztlichen Leistungen ab. Die Bundesärztekammer hatte die Forderung des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte unterstützt, dass Betriebsärzte über die GOÄ abrechnen dürfen und nicht wie früher ausschließlich über Pauschalbeträge. In diesem Zusammenhang kam jedoch die Frage auf, welche Daten der Arbeitgeber im Rahmen der Rechnung über die betriebsärztlichen Leistungen erhalten darf. Berichtet wurde von Betriebsärzten, die sich von Arbeitnehmern von der Schweigepflicht befreien lassen, um nach GOÄ abrechnen zu können. Fraglich war, ob dies zulässig ist.

Weiter wurde gefragt, ob die Landesärztekammern es übernehmen können, vom Arbeitgeber angezweifelte GOÄ-Rechnungen des Betriebsarztes zu überprüfen. Andernfalls sei es möglich, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine solche Stelle zur Überprüfung einrichtet.

Bereits im August 2011 hatte die damalige gemeinsame Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung diese Fragestellung überprüft und festgestellt, dass bei Abrechnungen von betriebsärztlichen Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber gem. § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG die ärztliche Schweigepflicht uneingeschränkt gilt. Aus der Rechnung darf der Arbeitgeber keine Rückschlüsse auf die Person des Arbeitnehmers ziehen können. Soweit dem Betriebsarzt gegenüber dem Arbeitgeber eine Offenbarungsbefugnis bzw. Informationspflicht zukommt, habe er diese außerhalb der Rechnung zu bedienen.

Generell gilt, dass eine Datenweitergabe durch den Betriebsarzt an den Arbeitgeber der Einwilligung des Arbeitnehmers bedarf. Widerspricht der Arbeitnehmer einer Datenweitergabe, so ist für die Annahme einer mutmaßlichen oder konkludenten Einwilligung kein Platz. Eine pauschale vertragliche Vereinbarung im Arbeitsvertrag zur Entbindung des Betriebsarztes von der Schweigepflicht ist unwirksam. Dies kommt einer Generalermächtigung gleich, welche laut Bundesverfassungsgericht gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) verstößt. Die Erklärung der Schweigepflichtentbindung muss danach die Reichweite der Entbindung hinreichend bestimmen und zweckgenau beschreiben (vgl. FAKomm-MedR/Rehborn, § 9 MBO, Rn. 3).

Ist der Patient allerdings gesetzlich verpflichtet, sich einer Untersuchung zu stellen (z. B. arbeitsmedizinische Einstell- und Nachuntersuchungen), erhält der Arbeitgeber eine Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis. Dies stellt eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis des Arztes gegenüber dem Arbeitgeber dar. Die Mitteilung an den Arbeitgeber kann der Patient nicht verhindern. Wahrnehmungen, die der Sachverständige „nebenbei“ gemacht hat oder die sich auf Mitteilungen stützen, die mit dem Gutachten in keinem Zusammenhang stehen, unterliegen in vollem Umfang der Schweigepflicht (vgl. Heidelberger Kommentar, Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht; zur Schweigepflicht: Kiesecker, Rn. 18/19).

Den Ärztekammern ist durch die Heilberufs- und Kammergesetze der Länder die Aufgabe übertragen, Streitigkeiten zwischen den Kammermitgliedern und Dritten zu schlichten. Darunter fallen auch Honorarstreitigkeiten. Für die Frage der Angemessenheit des Honorars sieht § 12 Abs. 3 MBO eine Verpflichtung der Ärztekammer vor, ein Gutachten auf Antrag der Beteiligten zu erstellen. Geprüft wird die Vereinbarkeit mit den Normen der GOÄ.

Die Ständige Konferenz der Rechtsberater der Bundesärztekammer/Landesärztekammern hat sich am 9./10. Oktober 2012 in Berlin mit dieser Thematik befasst und ist zum folgenden Ergebnis gekommen:

Grundsätzlich besteht ein Dauerschuldverhältnis zwischen Arbeitgeber und Betriebsarzt. Darüber wird es regelmäßig Vereinbarungen geben, wie die Leistungen zu vergüten sind. Daneben gibt es aber auch Leistungen, die nach der GOÄ abgerechnet werden. Diskutiert werden sollte, wie die Rechnung nach § 12 GOÄ ausgestaltet sein muss, damit der ärztlichen Schweigepflicht genüge getan wird. Anknüpfend an die obigen Ausfüh-

rungen vertreten die Rechtsberater die Auffassung, dass Betriebsärzte einzelne Leistungen nach GOÄ abrechnen dürfen, soweit für diese Leistungen Gebührenordnungspositionen bestehen. Die Rechnung hat grundsätzlich den Anforderungen, die sich aus § 12 GOÄ ergeben, zu genügen.

Da die Rechnung auch personenbezogene Daten enthält, muss insbesondere gewährleistet sein, dass die Rechnung nicht einer bestimmten Person zugeordnet werden kann. Daraus folgt, dass im Zweifel die abgerechneten Leistungen so weit zu aggregieren sind, dass jeglicher Rückschluss auf einzelne Personen ausgeschlossen ist. In Kleinstbetrieben können die Daten nicht mehr aggregiert werden, da die Personenzahl zu klein ist und dadurch die Gebührenpositionen mühelos den einzelnen Beschäftigten zugeordnet werden können. Damit ist die Schweigepflicht nicht mehr gewährleistet. In diesem Fall wird die Anwendung von Vergütungspauschalen empfohlen.

Eine Überprüfung von Rechnungen von strittigen betriebsärztlichen Leistungen wird auf Basis des § 12 Abs. 3 MBO von den Landesärztekammern wahrgenommen. § 12 Abs. 3 „Honorar und Vergütungsabsprachen“ besagt: „Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.“

Betriebliches Gesundheitsmanagement: Beitrag der Arbeitsmedizin

Immer mehr Unternehmen führen ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ein. Welche Rolle sollen Betriebsärzte im BGM zukünftig einnehmen? In der heutigen Zeit wird unter BGM die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen sowie betrieblicher Strukturen und Prozesse verstanden, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben und der Arbeitsmedizin, den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen.

In den vergangenen 30 Jahren haben die Gesellschaft und die Wirtschaft in den Industrienationen einen enormen Wandel erlebt, dessen Dynamik alle vorherigen sozioökologischen Entwicklungsprozesse übertrifft. Das betriebliche Gesundheitsmanagement stellt keine Luxusleistung dar, sondern in Anbetracht der dramatischen Veränderungsdynamik in der Gesellschaft und Wirtschaft eine zwingende Notwendigkeit. Globalisierung des Wirtschaftens, neue Techniken und Rationalisierung sind die großen Treiber dieser Entwicklung. Gleichzeitig steigt der Wunsch nach Selbstverwirklichung. Die traditionellen Verbünde wie Ehe, Familie und Kirche lösen sich auf. Die Arbeit bekommt Konkurrenz durch die Freizeit. Das alles bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Strukturen von Arbeit und Beruf. Beschäftigungsverhältnisse verändern sich in Form von befristeten Jobs und Teilzeitarbeit. Leiharbeit und Menschen mit mehreren Arbeitsverhältnissen nehmen zu. Früher waren es eher physikalische und chemische Belastungen wie schweres Heben und Tragen sowie Gefahrstoffe, welche erhebliche personelle Ausfälle sowie Erkrankungsrisiken und Kompensationskosten mit sich brachten. Heute sind es vorwiegend psychosoziale Belastungen, die zwar nicht immer kausal und zeitnah Krankheit nach sich ziehen, aber dennoch die Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter erheblich einschränken und so ebenfalls zu Produktionseinbußen führen können.

Kernprozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation („Do-Plan-Act“). Das Bundesministerium für

Gesundheit (BGM) wird durch einen Steuerungskreis koordiniert. Hier fallen alle wichtigen strategischen Entscheidungen. Mitglieder dieses Steuerungsgremiums können sein: Betriebsärzte, Unternehmer, Betriebs- oder Personalräte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Vertreter aus den Bereichen Organisation sowie aus dem Bereich Personalentwicklung und Qualitätsmanagement. Die fünf Handlungsfelder des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind Gesundheitsschutz und Arbeitsschutz, Arbeitsorganisation, Führungs- und Unternehmenskultur, Qualifizierung/Kompetenzentwicklung sowie Personalpolitik. Konkrete Verbesserungsvorschläge aus den Reihen der Beschäftigten werden in Qualitätszirkeln erarbeitet.

Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt die beste Möglichkeit dar, die Beschäftigten gesund zu erhalten. Außerhalb der Expertenrolle, die neben der Fachberatung auch das Publizieren von Gesundheitsberichten beinhalten kann, kann der Betriebsarzt je nach Unternehmensinfrastruktur die Rolle des Promotors durch Information über öffentlichkeitswirksame Aktionen oder die Rolle des Koordinators übernehmen. Die Qualifikation eines Koordinators umfasst: Erfahrungen bezüglich der Moderation von Gruppen, psychische und soziale Kompetenzen, pädagogische Fähigkeiten, Organisationskompetenz sowie Projektmanagementerfahrung und rhetorisches Geschick.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ hoben hervor, dass betriebliches Gesundheitsmanagement gemeinsame Maßnahmen aller Beteiligten im Unternehmen zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz umfasst. Betriebsärzte sollen im Rahmen des BGM eine steuernde koordinierende Funktion einnehmen. Weiterhin soll das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kursbuch „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ noch mehr Berücksichtigung finden.

DGUV-Vorschrift 2 – Konsequenzen für Betriebsärzte

Die Unfallverhütungsvorschrift für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV-Vorschrift 2) ist zum 01.01.2011 in Kraft getreten. 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 die individuelle Ermittlung des Betreuungsbedarfs durch den Unternehmer. Dreh- und Angelpunkt ist damit der Unternehmer bzw. Arbeitgeber. Wenn der Arbeitgeber ambitioniert ist sowie im Arbeitsschutz und in der Arbeitsmedizin Chancen für seinen Betrieb und damit für seine Beschäftigten sieht, dann wird er sich eingehend 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. Aufgabenfeldern vorzugehen, ist ein wesentlicher Ansatz. Es werden beispielsweise Aufgabenfelder im Bereich der psychischen und physischen Fehlbeanspruchungen, der Einsatz von

Fremdfirmen und Zeitarbeitnehmern, Nachtschichtarbeit, Wiedereingliederung, altersgerechte Tätigkeit etc. aufgeführt. Die Arbeitsmedizingremien erachteten jedoch die gemeinsame Einsatzzeit für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit als problematisch. 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" plädierten in ihrer Sitzung am 25.01.2012 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 noch optimiert werden. Hier haben die Arbeitsmedizingremien vorgeschlagen, 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 25.01.2012 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 be-

triebliche 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 Impfrate 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. Hierzu 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 muss 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 jedoch jeder Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner unbeschadet dessen in derartigen Kursen seine hier erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vertiefen.

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ 2011

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ durch. Sie bildet die Entwicklung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit Arbeitsmedizinischer Fachkunde, regional nach Ärztekammerbereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene ab.

Tabelle 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ nach Landesärztekammern (DGUV V2) (Stand: 31.12.2011)

Landesärztekammer	Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde		Davon:		
	Gesamtzahl	davon Ärztinnen	Gebiets-bezeichnung „Arbeits-medizin“	Zusatz-Weiterbildung „Betriebs-medizin“	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	1.626	612	676	852	98
Bayern	1.999	690	682	1.102	215
Berlin	648	381	425	188	35
Brandenburg	325	185	213	112	0
Bremen	95	41	61	34	0
Hamburg	300	138	203	94	3
Hessen	367	164	152	176	39
Mecklenburg-Vorpommern	227	138	105	122	0
Niedersachsen	471	180	189	270	12
Nordrhein	1.342	541	724	519	99
Rheinland-Pfalz	487	157	205	247	35
Saarland	169	55	63	85	21
Sachsen	1.121	694	319	802	0
Sachsen-Anhalt	470	296	191	279	0
Schleswig-Holstein	379	129	150	227	2
Thüringen	338	199	179	159	0
Westfalen-Lippe	997	359	437	452	108
Bundesgebiet insgesamt	**11.361**	**4.959**	**4.974**	**5.720**	**667**

Quelle: © Bundesärztekammer

Nur Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde sind berechtigt, in Betrieben betriebsärztlich tätig zu werden. Aktuell weisen 11.361 Ärztinnen und Ärzte eine arbeitsmedizinische Fachkunde nach. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl allerdings um 7,1 Prozent zurückgegangen (Stand: 31. Dezember 2011). Erstmals wurde die Anzahl der Ärztinnen mit arbeitsmedizinischer Fachkunde bestimmt. Demnach liegt der Anteil der Ärztinnen an allen Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde mit 4.959 bei 43,7 Prozent (siehe Tabelle bzw. Abbildung 1).

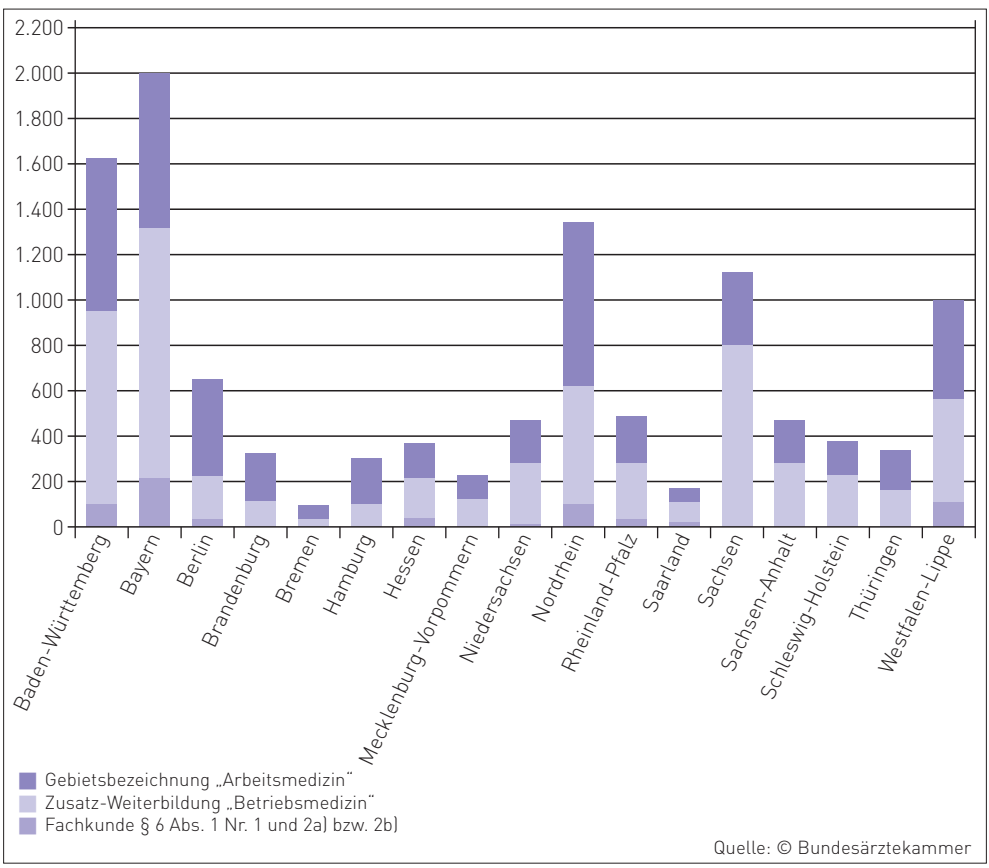


Abbildung 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" nach Landesärztekammern (DGUV V2) (Stand: 31.12.2011)

Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2011 zeigt, dass 6.397 Ärztinnen und Ärzte bereits 60 Jahre alt und älter sind (56,3 Prozent). 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 225, mit einer Verringerung gegenüber dem Vorjahr um 8,5 Prozent. Die Zahl der 40- bis 44-Jährigen liegt bei 684 und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um 18,6 Prozent verringert (siehe Tabelle bzw. Abbildung 2). Diese Zahlen zeigen, dass zu wenig Ärztinnen und Ärzte sich für die Arbeitsmedizin neu entscheiden. Oftmals fällt die Entscheidung aber später, nachdem bereits eine erste Facharztqualifikation erlangt wurde.

Tabelle 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV V2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2011)

Altersgruppe	Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde		Davon:		
	Gesamtzahl	davon Ärztinnen	Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin"	Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin"	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	2	3	4	5
Unter 35 Jahre	41	25	38	3	0
35 bis 39 Jahre	225	122	172	53	0
40 bis 44 Jahre	680	352	465	213	2
45 bis 49 Jahre	1.210	629	735	474	1
50 bis 54 Jahre	1.408	648	699	703	6
55 bis 59 Jahre	1.456	615	669	753	34
60 bis 64 Jahre	1.573	524	550	902	121
65 Jahre und älter	4.768	2.044	1.646	2.619	503
Summe Altersgruppen	11.361	4.959	4.974	5.720	667

Quelle: © Bundesärztekammer

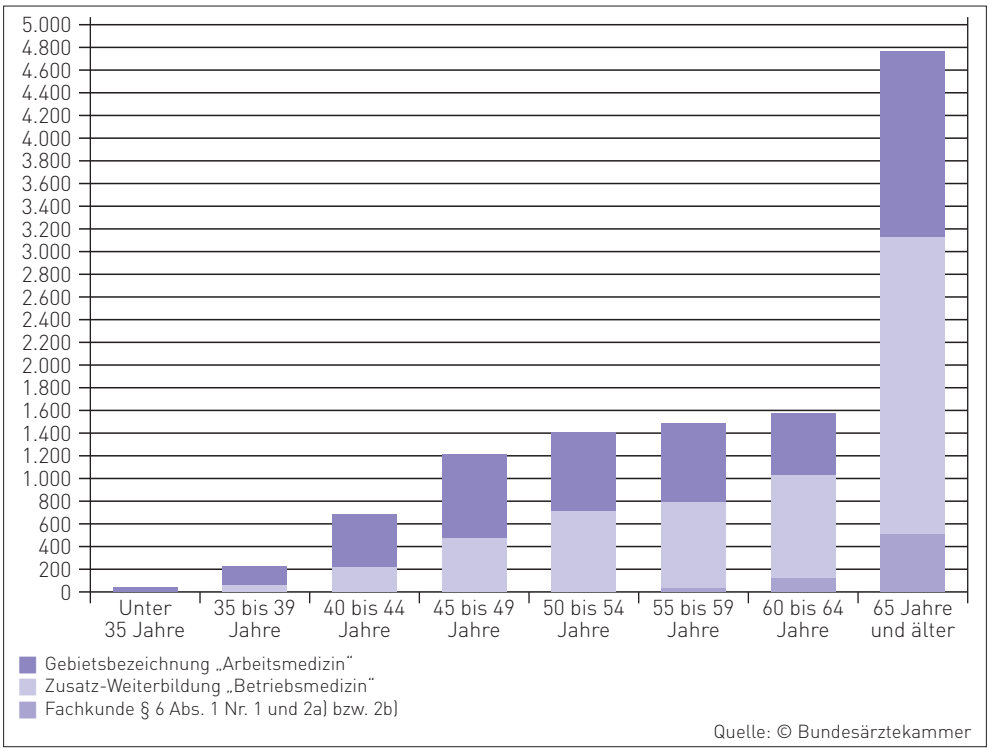


Abbildung 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV V2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2011)

Die Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV V2) von 1988 bis 2011 sind in Abbildung 3 dargestellt.

Diese Entwicklung zeigt, 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 Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Terziärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutz und im Gesundheitssystem einnehmen.

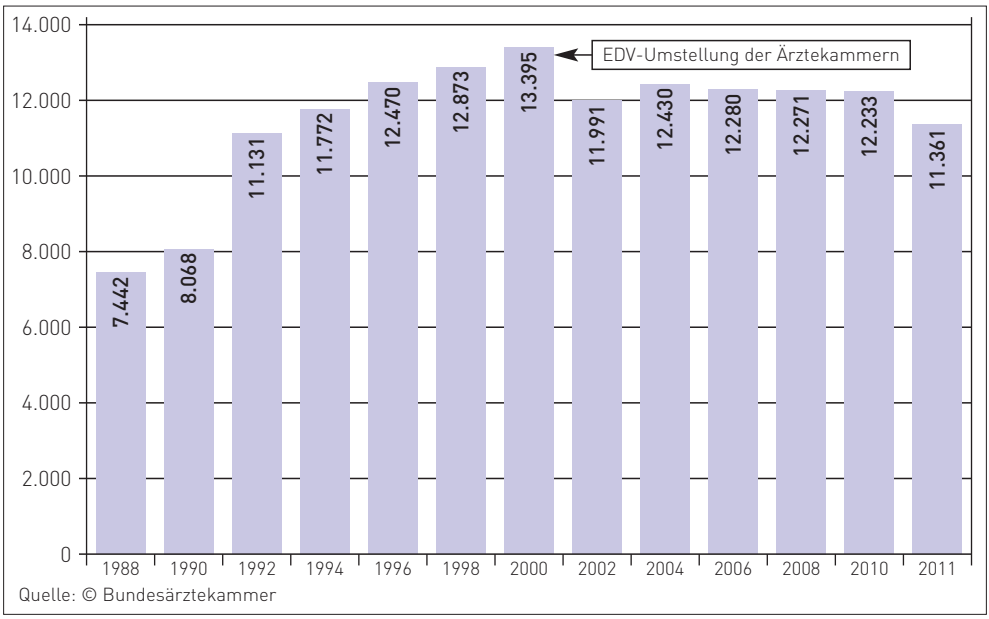


Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" ab dem Jahr 1988 bis 2010 (DGUV V2) (Stand: 31.12.2011)

Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung (GQB)

Ein wichtiger Bestandteil der Berufsausübung ist die Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit. Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) gründete nach eingehenden Vorarbeiten bereits 1999 eine unabhängige Gesellschaft mit dem Namen „Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung". 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 erheblichem 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 Unfallversi-

cherung (DGUV) und des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), den Vorsitz in diesem Beirat. Die letzte Sitzung fand am 20.11.2012 statt.

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

Das seinerzeitige Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit hatte bereits im Jahr 2004 durch eine Bundesratsinitiative (BR-Drs. 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 forderte diese Bundesratsinitiative aus Baden-Württemberg.

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. Als Ergebnis dieser Prüfung wurde eine entsprechende Rechtsverordnung erarbeitet. Nach langwierigem Verordnungsgebungsverfahren trat am 24.12.2008 die „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (ArbMedVV) in Kraft. Die Verordnung hat eine Rechtsgrundlage geschaffen, die zukunftsorientiert konzipiert ist. Früher stand der Schutz vor Berufskrankheiten, der Arbeitsschutz mit vorwiegender Betrachtung der Gefährdungsrisiken im Vordergrund, heute sind eher der Erhalt der Gesundheitsressourcen und die Förderung der Gesundheit das Ziel, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Der durch diese Rechtsverordnung gegründete „Ausschuss für Arbeitsmedizin“ hat sich am 19.03.2009 konstituiert. Das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales 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, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. und heutiger Leiter des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Neben dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte ist auch die Bundesärztekammer in diesem Ausschuss durch Dr. Udo Wolter, Vorsitzender der Arbeitsmedizingremien, 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 sollen 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 solange weiter, bis der Ausschuss für Arbeitsmedizin neue technische Regeln verabschiedet hat. In den Unterausschüssen, Projektgruppen und Arbeits-

kreisen werden konkrete Regeln unter Beteiligung der Bundesärztekammer erarbeitet. Im Berichtsjahr tagte der AfAMed am 27.03.2012 und 13.09.2012.

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)

Zur Beratung in allen Fragen des Arbeitsschutzes ist nach § 17 Biostoffverordnung (BioStoffV) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bereits 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 Jahr 2008 wurde Dr. Annegret Schoeller auf Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer als Mitglied bestellt. Diese Mitarbeit ist insbesondere deshalb wesentlich, weil die Beschlüsse des ABAS sich direkt auf die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen auswirken. Die Sitzungen im Berichtsjahr fanden am 29.03.2012 und 08./09.11.2012 statt.

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

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) schuf bereits im Jahr 2000 eine Plattform auf Bundesebene, 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, des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, der Bertelsmann-Stiftung, des Fachbereichs Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld, der freiberuflichen Gesundheitsmanagementgesellschaften, 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, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG), des BMG und der Bundesärztekammer. Die Geschäftsführung hat 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 am 28.03.2012 und 12.11.2012. Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, dass eine Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit angestrebt wird. Vorgeschaltete Workshops sollen bewirken, dass die Akteure gegenseitig ihre Positionen austauschen und kooperieren können. Die Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat „Empfehlungen für eine neue Kultur der Gesundheit im Unternehmen – Deutschlands Wettbewerbsvorteil“ erarbeitet.

Symposienreihe „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“

Auf Empfehlung der Arbeitsmedizingremien wird seit 2009 eine Symposienreihe „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ gemeinsam von der Bundesärztekammer und dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit durchgeführt.

So wurde im Jahr 2009 ein Symposium „Psychisch kranke Menschen in der Arbeitswelt“ veranstaltet. Im Berichtsjahr fand am 18.09.2012 ein Folgesymposium „Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung“ statt. Hauptthema der Veranstaltung war die betriebliche Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten. Etwa 150 Fachleute verschiedener medizinischer Fachrichtungen und therapeutischer Professionen nahmen daran teil.

Experten aus Wissenschaft und Praxis betonten, dass Arbeit allein nicht psychisch krank macht. Einflüsse der Arbeitswelt wie steigende Leistungsanforderungen und Unsicherheit erzeugende Beschäftigungsverhältnisse wirken immer im Zusammenspiel mit psycho-biologischen und sozialen Faktoren. Berufliche Wiedereingliederung nach oder mit psychischer Erkrankung kann gelingen – wenn die Betroffenen von einem kompetenten Netz an Betreuern aufgefangen werden. Die Veranstaltung schlug einen Bogen von den wissenschaftlichen Fakten über die Sicht der beteiligten Akteure aus den Bereichen Neurologie/Psychiatrie, hausärztliche Versorgung und Arbeitsmedizin bis hin zu den umfassenden Konzepten großer Betriebe, die auf kompetente Teams und Netzwerke zur beruflichen Wiedereingliederung setzen. Doch von diesen Netzwerken gibt es noch viel zu wenige. Deswegen sollen diese erfolgreichen sektorenübergreifenden Kooperationsmodelle alle ermutigen, solche Strukturen aufzubauen, auch wenn es für Akteure in mittleren und kleinen Unternehmen eine größere Herausforderung darstellt als für Akteure in Großbetrieben.

Die Experten des Symposiums stellten fest, dass der Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Selbstwertstärkung und soziale Einbindung für erkrankte Mitarbeiter ist und sich generell positiv auf die seelische Gesundheit auswirkt. Außerdem bestand Einigkeit darüber, dass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz so früh wie möglich stattfinden muss, um die Chancen auf eine vollständige Wiedereingliederung zu erhöhen. Über dieses Symposium ist im Dezember 2012 ein Themenheft der Zeitschrift Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin (ASU) erschienen.

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 Arbeitsmedizingremien 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 Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutzsystem und in der Gesundheitsversorgung einnehmen.

3.7 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als „dritter Säule“ des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Beratung kommt neben der ambulanten und stationären Versorgung ein besonderer Stellenwert zu. Die Aufgaben des 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 ÖGD nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern vor allem auch in der Beziehung zu den im Krankenhaus und in freier Praxis tätigen Ärzten.

Vorsitzender des bei der Bundesärztekammer gebildeten Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst“ ist Dr. Udo Wolter, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Brandenburg. Den stellvertretenden Vorsitz hat Dr. Ute Teichert-Barthel, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze

Dem Bundesverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) und der Bundesärztekammer waren 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 übersandt worden. In ihren abgestimmten Stellungnahmen vom 28.07. bzw. 29.07.2011 begrüßten der BVÖGD und die Bundesärztekammer insbesondere, 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 23.05.2005 in Genf angenommenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) sind das zentrale Rechtsinstrument im Zuständigkeitsbereich der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um eine grenzüberschreitende Ausweitung von Krankheiten zu verhindern. Es sollen die internationale Verbreitung von Krankheiten verhütet und bekämpft und Gesundheitsschutzmaßnah-

men eingeleitet werden, die spezifisch auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit ausgerichtet sind, um eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Schiffs- und Flugverkehrs sowie des internationalen Handels zu vermeiden.

Im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 16.08.2011 zu einem zweiten Entwurf 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 potenziellen 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 hätte ärztliche Untersuchungen durch Nichtärzte erlaubt: „Medizinisches Personal" schließt auch nichtärztliche Berufe ein, der einschränkende Zusatz „befugt" stellt nicht eindeutig klar, auf welcher gesetzlichen Grundlage diese Befugnis beruhen 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" ausgegangen 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 Gesetzentwurfs explizit über die Berufsausübungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten gestellt wird, müssen auch im deutschen Gesundheitswesen in der bestehenden Form gewährleistet werden. Das Recht auf Autonomie nationaler Gesundheitswesen gilt zumindest im europäischen Kontext und darf nicht durch WHO-Rechtsinstrumente in Frage gestellt werden.

Im Oktober 2011 wurden die Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates (BR-Drs. 522/1/11) zum Entwurf des 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. Diese Kritikpunkte der Bundesärztekammer sind vom Gesetzgeber weitgehend aufgegriffen worden. Im dritten von drei möglichen Versuchen ist es dem Vermittlungsausschuss gelungen, eine Einigung im Streit um die Kosten zur Umsetzung internatio-

naler Gesundheitsvorschriften zu erzielen (BR-Drs. 17/12170). Die Länder erhalten künftig mehr Spielräume, wie sie sich an Flughäfen und Häfen auf die Abwehr übertragbarer Krankheiten vorbereiten können.

Hintergrund: Nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen im Bundestag am 9. Februar 2012 (BR-Drs. 66/12) hatte sich die Länderkammer am 2. März 2012 dafür ausgesprochen, zum IGV-DG-Entwurf den Vermittlungsausschuss einzuberufen (BR-Drs. 66/12 [B]). Die Länder waren der Ansicht, dass es der Bund sei, der die Kosten für die Schaffung und Unterhaltung der nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zu schaffenden und vorzuhaltenden Kapazitäten zu tragen habe.

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 866 (Stand: 31.12.2011). Die Analyse der Ärztestatistik im Hinblick auf „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 der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“ der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.11.2010 es als notwendig erachtet, in der Ärztestatistik in 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 einer solchen Erhebung mit der Darunter-Spalte „Ärztinnen und Ärzte in unteren Gesundheitsbehörden“ schon für das Jahr 2012 zugestimmt.

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 auch weiterhin die Stärkung des ÖGD als dritter Säule des Gesundheitswesens.

3.8 Nationale Pandemieplanung

Influenzapandemie

Sich national und international auf eine Influenzapandemie vorzubereiten, ist eine wesentliche Aufgabe von Politik und Ärzteschaft. 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, 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 Vorbereitungen der Ärzteschaft auf eine Influenzapandemie, 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.

2009/2010 wurde erstmalig in diesem Jahrhundert eine Influenzapandemie in Deutschland bekämpft (H1N1-v-2009/2010, sog. Neue Influenza). Dies war eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Welche Lehren können gezogen werden? Es besteht die Notwendigkeit, aus dem Krisenmanagement zu lernen. Deswegen erfolgten in den Jahren 2010 bis 2012 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 verschiedene 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 (vgl. Kapitel 3.8 im Tätigkeitsbericht 2011 der Bundesärztekammer).

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 Be-

rufsgruppen, Verbänden und Institutionen teil, darunter auch Vertreter der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Im Rahmen dieser Tagung wurden unter anderem mit Berücksichtigung der von der Bundesärztekammer eingebrachten Verbesserungsvorschläge sehr viele Erkenntnisse thematisiert und auch eingeordnet, die in 2011/2012 in Maßnahmen umgesetzt wurden. So wird daraufhin derzeit der nationale Pandemieplan von Bund, Ländern und dem Robert-Koch-Institut überarbeitet, ein Expertenbeirat „Influenza" eingerichtet (s. u.), Verträge des Bundesministeriums für Gesundheit mit Pharmaverbänden offen gelegt, Haftungsfragen bei der Impfstoffgabe geklärt (Haftung übernehmen die Länder und die Pharmafirmen) sowie die Risikokommunikation verbessert. Ferner soll DEMIS, ein elektronisches Meldesystem für Infektionskrankheiten, etabliert werden.

Expertenbeirat „Influenza" beim Robert-Koch-Institut

Am 12.11.2012 konstituierte sich der Expertenbeirat „Influenza" beim Robert-Koch-Institut (RKI). Dieser Beirat ist der Nachfolger der 2007 gegründeten Pandemiekommission am RKI und der Expertenarbeitsgruppe „Pandemieplanung" des RKI.

Aufgabe des Expertenbeirates „Influenza" (kurz: Beirat) ist es, das Robert-Koch-Institut zu beraten. Das RKI seinerseits informiert, berät und unterstützt zuständige Einrichtungen des Bundes und der Länder. Denn eine Influenzapandemie kann hinsichtlich ihrer Ausbreitungsdynamik und den damit ggf. verbundenen Erkrankungs- und Todesraten ein Ereignis mit einem besonders hohen Gefahren-, Risiko- und Gesundheitsschädigungspotenzial darstellen. Dies ist abhängig von den konkreten Eigenschaften des jeweiligen Erregers, der Immunitätslage der Bevölkerung sowie der Möglichkeiten und Wirksamkeit präventiver und therapeutischer Interventionen.

Der Beirat berät das RKI in Vorbereitung auf und während einer Influenzapandemie bei fachlichen Fragen, insbesondere zu klinischen Fragen, zu Expositions- und Arbeitsschutzmaßnahmen, zu Grundsatzfragen der Impfprävention und pandemisch relevanten Arzneimitteln, (ausgenommen Aufgaben der Ständigen Impfkommission – STIKO), zu Diagnostik, zu bevölkerungsbezogenen nichtpharmazeutischen Maßnahmen, zu Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation.

Der Beirat ist in der interpandemischen Phase gegründet worden und soll regelmäßig tagen (mindestens einmal pro Jahr), um Fragen der Pandemieplanung zu beraten und bei Bedarf unverzüglich zusammentreten zu können. Der Beirat setzt sich aus möglichst nicht mehr als fünfzehn Mitgliedern sowie zusätzlichen Gästen zusammen. Diese sollen die maßgeblichen Fachrichtungen sowie Institutionen/Körperschaften repräsentieren und über persönliche fachliche Expertise mit Bezug zur Influenzaerkrankung beim Menschen bzw. Influenzapandemieplanung verfügen. Der Vorsitz des Beirats liegt beim Präsidenten des Robert-Koch-Instituts. Das RKI führt die Geschäftsstelle des Beirats. Der Beirat wird bei Bedarf durch den Präsidenten des RKI oder seine von ihm benannte Vertretung einberufen. Für die Bundesärztekammer wurde ihr Hauptgeschäftsführer, Dr. Bernhard Rochell, und als Stellvertreterin Dr. Annegret Schoeller für den Expertenbeirat „Influenza" benannt.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages mit dem Titel „Mehr Flexibilität und Transparenz bei der Pandemiebekämpfung (BT-Drs. 17/3544)“ wurde der Bundesärztekammer zur schriftlichen Stellungnahme am 21.11.2012 mit einer Einladung zu einer Anhörung am 30.01.2013 übersandt.

In der Stellungnahme der Bundesärztekammer wird darauf hingewiesen, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1999 Muster für eine Pandemieplanung erstellt und die Nationen gebeten hat, auch eine nationale Influenzapandemieplanung durchzuführen. Damit ist es erstmals möglich geworden, sich auf eine Pandemie vorzubereiten. Im Jahr 2004 veröffentlichten Bund und Länder sowie das Robert-Koch-Institut erstmalig den Nationalen Pandemieplan.

Am 24.04.2009 wurde erstmals eine Häufung respiratorischer Erkrankungen mit dem neuen Influenzavirus A (H1N1) in Mexiko bekannt. Innerhalb weniger Wochen entwickelte sich die erste Influenzapandemie des 21. Jahrhunderts, deren erste Welle Deutschland im Herbst 2009 erreichte und 1,8 bis 3,5 Millionen zusätzliche Arztbesuche verursachte. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) war diese Pandemie eine der größten Herausforderungen der vergangenen Jahrzehnte. Der Nationale Pandemieplan fand erstmalig seine Anwendung.

Bei der Bewältigung der sogenannten Schweinegrippepandemie (Neue Influenza A [H1N1] 2009) sind viele Anstrengungen gelungen, einiges erwies sich jedoch auch als verbesserungsbedürftig. Die Aufarbeitung der Pandemiebekämpfungsmaßnahmen in Deutschland erfolgte bereits in einem Workshop des Robert-Koch-Instituts am 22. und 23.03.2010 (Kraus et al.: Erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010, Bundesgesundheitsblatt 5/2010). Viele Maßnahmen, welche als defizitär angesehen wurden, sind bereits entsprechend den Erfordernissen angepasst worden.

Im Rahmen eines schriftlichen Verfahrens wird die Bundesärztekammer im Januar 2013 zum Antrag Stellung nehmen können. Der Bundesärztekammer wird ferner die Gelegenheit gegeben, am 30.01.2013 im Rahmen einer Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages ihre Position darzulegen.

Aus der Vergangenheit zu lernen, hält auch die Bundesärztekammer grundsätzlich für sinnvoll und unterstützt diese Bestrebungen. Jedoch ist Kritik oft auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass im Bereich der Daseinsvorsorge, auch der gesundheitlichen, seit Jahrzehnten und in der Regel von Nichtbeteiligten und insbesondere von nicht in Verantwortung stehenden Beteiligten nach Unglücken, Katastrophen oder eben Nichtkatastrophen die Frage aufgeworfen wird, ob bestimmte Ausgaben für Vorbereitungen/Vorhaltungen, hier beispielsweise für Impfstoffe, gerechtfertigt waren. In der Rückschau wird dabei regelmäßig, so auch hier, auf der Basis des gesamten derzeit vorhandenen Kenntnisstandes argumentiert. Unberücksichtigt bleibt dabei der Aspekt, welche Reaktionen das Unterlassen von Vorsorge, hier beispielsweise eine verspätete Impfstoffbestellung, hervorgerufen hätte und welche Auswirkungen dies im Fall einer schwerwiegenden Influenzapandemie auf die Bevölkerung (und Wirtschaft) gehabt hätte.

Daher muss die kritische Rückschau mit dem Ziel, Erkenntnisgewinn für eine Verbesserung der Entscheidungsfindung und Organisation zu erhalten, unterstützt werden. Ebenso muss eine kluge, sachliche und werteorientierte Abwägung zwischen notwendi-

ger Vorsorge, inklusive der finanziellen Belastung, und den Auswirkungen einer fehlenden, eingeschränkten oder verspäteten Vorsorge eingefordert werden.

Ausblick

Vor große Herausforderungen hat die H1N1-Influenzapandemie von 2009 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 sowie die Fachkräfte in der medizinischen Versorgung und in den Bundesbehörden waren durch ihr Engagement in der Lage, auftretende 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 hätten 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 Impflogistik und Impfkostenerstattung vorbereitet sein müssen.

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

3.9 Notfall- und Katastrophenmedizin

Die Bundesärztekammer begleitet die Themen Notfall- und Katastrophenmedizin sowie 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 Qualifikation in der Notfallmedizin

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ gebeten, in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland e. V. (BAND) einen punktuell aktualisierten Entwurf des (Muster-)Kursbuches Notfallmedizin zu erarbeiten, wobei die Grundstruktur des 80-Stunden-Weiterbildungskurses zum Inhalt der Zusatz-Weiterbil-

dung „Notfallmedizin“ gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer erhalten bleibt. Eine erste Arbeitssitzung ist im Frühjahr 2013 zu erwarten. Die Einbindung der Landesärztekammern und Weiterbildungsgremien erfolgt im Anschluss daran.

3.9.2 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Die aus dem Jahr 1994 stammenden Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) werden seit Mitte des Berichtsjahres unter Beteiligung des Vorsitzenden des Vorstands der Bundesvereinigung Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Prof. Dr. Dr. rer. nat. Alex Lechleuthner, überarbeitet. Bereits im März wurden die Landesärztekammern um Anregungen gebeten. Neben berufspolitischen Forderungen sollten unter anderem die Aufgaben der ÄLRD sowie die Rahmenbedingungen für ihre Arbeit, die seit den 1990er-Jahren bundesweit sehr unterschiedlich etabliert wurden, berücksichtigt werden.

Der Entwurf einer neuen Empfehlung zum ÄLRD wurde von einer Facharbeitsgruppe erarbeitet und kann im Frühjahr 2013 im Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ und anschließend im Vorstand der Bundesärztekammer beraten werden.

3.9.3 Notarztindikationskatalog

Der „Indikationskatalog für den Notarzteinsatz“ der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2001 wurde in den letzten Jahren in den Ländern fachlich weiterentwickelt und um bisher nicht berücksichtigte Bedrohungslagen erweitert. Nach einer bundesweiten Bestandsaufnahme und Einbeziehung der Landesärztekammern im März des Berichtsjahres wurde im Juli 2012 der Entwurf eines überarbeiteten Notarztindikationskataloges erstellt. Noch ausstehend ist die Rückmeldung der BAND, die sich voraussichtlich im Januar 2013 mit unserem Entwurf beschäftigen wird. Eine Beschlussfassung noch im Frühjahr 2013 im Vorstand der Bundesärztekammer wird angestrebt.

3.9.4 Ärztliche Sichtung

Die Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (BMI) hat sich Ende Oktober 2012 erneut dem Thema Sichtung gewidmet und eine Konsensuskonferenz unter Beteiligung der Bundesärztekammer durchgeführt. Neue Aspekte der Sichtung und Vorsichtung sowie neue juristische Aspekte wurden ausführlich diskutiert und in Arbeitsgruppen ersten konsentierten Meinungen zugeführt. Eine zusammenfassende Publikation wird von der Schutzkommission erstellt werden. In der Oktoberkonferenz der Schutzkommission wurden die unterschiedlichen Vorstellungen zur Vorsichtung diskutiert und weitgehend Einigkeit darüber hergestellt, dass eine Vorsichtung, insbesondere unter Berücksichtigung neuer Szenarien, die zu einem Massenanfall von Verletzten (MANV) führen könnten, angewendet werden muss. Grund dafür ist unter anderem die in diesen Ausnahmesituationen nicht angemessene Verfügbarkeit von Notärztinnen

und Notärzten. Es wurde konsentiert, dass die Vorsichtung, in Weiterentwicklung der Definition der Bundesärztekammer, nur einen überbrückenden Charakter haben kann und dem Zweck dient, Patientinnen und Patienten mit akuter vitaler Bedrohung schnellstmöglich zu identifizieren und einer Sofortbehandlung zuzuführen. Die Vorsichtung ist somit als vorläufig anzusehen. Baldmöglichst muss eine ärztliche Sichtung erfolgen. Es bestand Konsens, dass Vorsichtung und Sichtung von Ärzten durchgeführt werden. Die Vorsichtung kann auch auf besonders geschultes, medizinisch qualifiziertes Personal lageabhängig übertragen werden. Einzelheiten zur Qualifikation des vor- und sichtenden Personals sowie des ggf. anzuwendenden Algorithmus sowie haftungsrechtliche Fragen müssen in einer weiteren Konsensuskonferenz geklärt werden.

3.9.5 Novellierung Rettungsassistentenausbildung/Notfallsanitätergesetz

Seit 2007 beschäftigt sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erneut mit der Novellierung des Rettungsassistentengesetzes. Die Bundesärztekammer hat den Diskussionsprozess in den letzten Jahren in einer Expertengruppe zu den Themen Ausbildungsziel und -inhalte, Kompetenzen sowie zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung einer dreijährigen novellierten Rettungsassistentenausbildung aktiv unterstützt. Im Mai wurde der Referentenentwurf eines Notfallsanitätergesetzes vorgelegt, nach einer Anhörung im BMG im Oktober der Regierungsentwurf, der kurzfristig in einer Sondersitzung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates und anschließend im Plenum des Bundesrates beraten wurde. Noch am gleichen Tag erfolgte die Gegenäußerung der Bundesregierung und kurz darauf die erste Lesung im Bundestag mit einer erwarteten Überweisung an die Ausschüsse Gesundheit (Federführung), Inneres und Arbeit und Soziales. Die Bundesärztekammer hat den Gesetzgebungsprozess eng begleitet und sowohl zum Referentenentwurf Stellung genommen als sich auch im Vorfeld der ersten Bundesratsbefassung an die Ministerpräsidenten der Länder gewandt. Der geplante zeitliche Gesetzgebungsverlauf lässt vermuten, dass das Notfallsanitätergesetz zügig verabschiedet und nachfolgend auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Kraft treten sollen. Bedauerlicherweise werden derzeit die Einwände und Hinweise der Ärzteschaft kaum wahrgenommen oder berücksichtigt, sondern als reines „Standesdenken“ abgetan. Verkannt wird dabei die zu befürchtende komplette Veränderung der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung, einhergehend mit einer Verschlechterung der Patientenversorgung, einer Verminderung der Patientensicherheit, einer Verteuerung des gesamten Systems sowie erheblichen haftungsrechtlichen Folgen.

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, ABC und 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 Verletztendekontaminationsstelle, zur Versorgung von Verletzten/Erkrankten auf einem Behandlungsplatz sowie zur Verstärkung vorhandener Patiententransportkapazitäten bereitstellen. 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 des Bundesministeriums des Innern (BBK) hat nun die Aufgabe, im Nachgang katastrophenmedizinische Handlungsempfehlungen bei schon vorhandenen Rahmenbedingungen sowie Fahrzeugen zu erstellen. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, in einer entsprechenden Expertengruppe mitzuarbeiten. 2012 fanden drei Workshops statt, in denen unter anderem ein arztspezifisches Fortbildungskonzept für das MTF-Personal erarbeitet wird. Die Vorstellungen gehen insbesondere bezüglich der zeitlichen Fortbildungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte noch weit auseinander. Weiterhin ungeklärt ist die Gewinnung von ehrenamtlichen Ärztinnen und Ärzten für die Mitwirkung in der MTF, insbesondere unter Berücksichtigung der Situation der Notärzteschaft, auf die im Wesentlichen zurückgegriffen werden soll.