



# BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

August 2017

Nachbesserungen bei Tarifeinheitgesetz

## Nahles muss nachsitzen



Deutscher Ärztetag: Ärzte bringen Würze in den Wahlkampf  
Digitalgipfel: Bessere Versorgung dank Big Data?  
Notfallversorgung: Debatte versachlicht sich

## Auftakt

Es ist Ferienzeit, doch eine muss nachsitzen, falls sie im Amt bleibt: Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles (SPD). Das Bundesverfassungsgericht hat sie zu Korrekturen beim Tarifeinheitsgesetz verdonnert. Die Interessen kleiner Gewerkschaften müssen ernsthaft und wirksam berücksichtigt werden, verlangen die Karlsruher Richter. Das Streikrecht der Minderheitsgewerkschaften bleibt erhalten. Viele kleine Gewerkschaften fühlen sich durch das Urteil gestärkt. Trotzdem warnt MB-Chef Rudolf Henke vor zu viel Euphorie: „Ich fürchte, dass die jetzt verlangten Nachbesserungen zu erneuten Eingriffen in die Tarifautonomie führen könnten“, sagt er im BÄKground-Interview (S. 4).

Für die Parteien fallen die Ferien in diesem Jahr aus, denn der Bundestagswahlkampf steht an. Inhaltlich gibt es zwischen den Volksparteien bei vielen Themen nur graduelle Unterschiede. Eine der wenigen Ausnahmen ist die Gesundheitspolitik: Duale Krankenversicherung oder Einheitsversicherung lauten hier die Alternativen. Der 120. Deutsche

Ärztetag zeigte in dieser Frage klare Kante – so wie auch bei anderen gesundheitspolitischen Reformbaustellen, von der Digitalisierung des Gesundheitswesens über die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit bis hin zur Debatte um die Notfallversorgung. BÄKground gibt einen Überblick über die wichtigsten Impulse, die vom Deutschen Ärztetag in den Wahlkampf gesendet wurden (S. 5).

Auf der internationalen Bühne schickt sich die Bundesregierung an, in Fragen der globalen Gesundheit zukünftig eine aktivere Rolle zu spielen. Schon beim G7-Treffen vor zwei Jahren hatte Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) das Thema auf die Tagesordnung gesetzt. Jetzt diskutierten die Staats- und Regierungschefs auf dem G20-Gipfel in Hamburg wieder über einen besseren Schutz vor Gesundheitsrisiken und den Kampf gegen antimikrobielle Resistenzen. Die Bundesärztekammer begrüßt diese neue Schwerpunktsetzung, fordert aber mehr Investitionen in die gesundheitsbezogene Entwicklungspolitik (S. 11). ■

## inhalt

## august 2017

### Politik & Beruf

**Nahles muss nachsitzen**  
Nachbesserungen am Tarifeinheitsgesetz 3

**G20: Gesundheit in einer vernetzten Welt**  
Markenzeichen "Globale Gesundheitspolitik" 11

### Nach dem 120. Deutschen Ärztetag

**Ärzte bringen Würze in den Wahlkampf**  
Ärztetag benennt Reformbaustellen 5

**Digitalgipfel: Besser versorgt dank Big Data**  
Ärzeschaft will aktive Rolle bei Digitalisierung spielen 7

**Delegationsmodell zum Physician Assistant gebilligt**  
Substitution ärztlicher Leistungen abgelehnt 8

**"Allianz für Gesundheitskompetenz" gegründet**  
Montgomery: Gesundheit gehört auf Stundenplan 9

**Debatte um Notfallversorgung versachlicht sich**  
KBV und MB suchen gemeinsame Lösungen 10

**Nachrichten** 12

### Medizin & Ethik

**Hämotherapie-Richtlinie novelliert**  
Neufassung beruht auf aktuellen Erkenntnissen 14

**Kein Novellierungsbedarf bei Hirntod-Richtlinie**  
Montgomery: Qualität der Richtlinie spricht für sich 15

**Personalien** 16

**Impressum** 16



## Bundesverfassungsgericht fordert Nachbesserungen bei Tarifeinheitsgesetz

### Nahles muss nachsitzen

Dem vorsichtigen „Ja“ folgt ein entschiedenes „Aber“: Das Tarifeinheitsgesetz ist weitgehend mit dem Grundgesetz vereinbar. So hat das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe entschieden. Allerdings ist es nach Ansicht der Richter nicht zulässig, Gewerkschaften aus dem Tarifgeschehen herauszudrängen oder ihnen die Existenzgrundlage zu entziehen. Das Gericht fordert Änderungen und Ergänzungen. Die müssen bis Ende 2018 vorliegen. Falls sie im Amt bleibt, heißt das für Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles (SPD): Nachsitzen.

Als wesentliches Problemfeld identifizierten die Richter den Kern des Gesetzes, die Regelung zur Tarifikollision. Überschneiden sich in einem Betrieb die Geltungsbereiche nicht inhaltsgleicher Tarifverträge verschiedener Gewerkschaften, so soll laut Gesetz der Vertrag der mitgliederstärksten gelten. Der Minderheitsgewerkschaft bliebe lediglich die Möglichkeit, den verdrängenden Tarifvertrag zu übernehmen. Das Bundesverfassungsgericht rügte, dass das Tarifeinheitsgesetz insoweit nicht mit der grundgesetzlich garantierten Koalitionsfreiheit vereinbar sei, als es an Schutzvorkehrungen für die gewerkschaftliche Minderheit fehle. Denn nach Artikel 9 Absatz 3 Grundgesetz gilt das Recht, „zur Wahrung und Förderung der Arbeitsbedingungen Vereinigungen zu bilden“, ausdrücklich „für jedermann und für alle Berufe“. Allerdings ergebe sich daraus kein „Recht auf absolute tarifpolitische Verwertbarkeit von Schlüsselpositionen und Blockademacht“, schreiben die Verfassungsrichter.

Das Tarifeinheitsgesetz darf zwar vorläufig angewendet werden, gilt aber nur mit Einschränkungen. So darf die größere Gewerkschaft den Tarifvertrag der kleineren nur verdrängen, wenn sie deren Interessen „ernsthaft“ und „wirksam“ berücksichtigt. Im Dunkeln bleibt, wie das zu erreichen ist. Die Frage wird in Zukunft die Fachgerichte beschäftigen. „Meines Erachtens reicht es nicht aus, wenn die betreffenden Arbeitnehmer irgendwie im Tarifvertrag berücksichtigt sind“, sagt Frank Bayreuther, Professor für Arbeitsrecht an der Universität Passau. „Entscheidend ist vielmehr, dass deren Gewerkschaft am Tariffindungsprozess substantiell beteiligt war.“

Als weiteres Problem benennt das Bundesverfassungsgericht eine mögliche „grundrechtsbeeinträchtigende Vorwirkung“, die kleine Gewerkschaften dabei behindern könnte, Mitglieder zu werben oder für den Arbeitskampf zu mobilisieren. Daher soll das Streikrecht der Minderheitsgewerkschaft unangetastet bleiben – „selbst dann, wenn die Mehrheitsverhältnisse bereits bekannt sind“, so die Richter. „Skurril“ findet das Arbeitsrechtler Bayreuther, denn damit verpuffe die eigentliche Intention des Gesetzes. „Der Gesetzgeber zielte darauf, Streiks von Spartengewerkschaften zu verhindern, hat sich aber nicht getraut, das so ins Gesetz zu schreiben.“ Befürworter der Tarifeinheit warnen gern vor „englischen Verhältnissen“ – eine Referenz an die unerbittlich geführten Arbeitskämpfe der Vor-Thatcher-Ära in Großbritannien. Davon ist die Bundesrepublik aber weit entfernt. Pro 1.000 Arbeitnehmer fielen zwischen 2005 und 2014 nach Angaben des arbeitgebernahen Instituts der deutschen Wirtschaft in Deutschland im Jahresdurchschnitt sieben Arbeitstage aufgrund von Streiks aus; in Dänemark waren es 120, in Frankreich 117. Tatsächlich entschädigte die Bundesregierung mit dem Gesetz nach Meinung von Kritikern die Arbeitgeber, die zuvor mit dem gesetzlich verankerten Mindestlohn eine dicke Kröte schlucken mussten.

Schließlich steht noch die Frage im Raum, wie die Mitgliedsstärke der Gewerkschaften ermittelt werden soll. Der Minderheitsgewerkschaft wird eine notariell beglaubigte Urkunde kaum reichen. Namentliche Listen scheiden ebenfalls aus, denn die erlauben den Arbeitgebern Rückschlüsse auf den Organisationsgrad und damit die Kampfkraft der Gewerkschaften. „Solange der Gesetzgeber keine Vorkehrungen trifft, die damit einhergehende Verschiebung der Kampfparität zu verhindern, ist auch dies nicht zumutbar“, betonen die Karlsruher Richter.

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) fühlt sich durch zentrale Aussagen des Urteils bestätigt. Das Gericht habe das Gesetz zur Tarifeinheit „auf die Intensivstation gelegt“, sagt Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des MB. Schon jetzt stehe

## politik &amp; beruf

fest, dass es nicht die volle Wirkung entfalten werde, die sich seine Befürworter versprochen hätten. Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, sieht die Regierung „zum Nachsitzen verdonnert.“ Er erinnert gleichzeitig an den Kollateralschaden der Tarifeinheit für die Patienten: „Wenn man Ärzten die Möglichkeit nimmt, wirksam für angemessene Arbeitsbedingungen zu streiten, bleibt das natürlich nicht ohne Folgen für die Versorgung.“

Wirtschaftsvertreter reagierten erleichtert. Arbeitgeberpräsident Ingo Kramer sprach von „einem guten Tag für die Soziale Marktwirtschaft“. Die verlangten Präzisierungen entsprächen „dem Geist der Tarifeinheit“. Der Präsident des Arbeitgeberverbands Gesamtmetall, Dr. Rainer Dulger, sah die „sorgfältig austarierte Lösung der Bundesregierung bestätigt.“ Da-

gegen zeigte sich Ilja Schulz von der Piloten-Gewerkschaft Cockpit enttäuscht. „Kleinere Gewerkschaften bleiben durch das Tarifeinheitsgesetz bedroht“, warnt er.

Noch kann allerdings niemand mit Bestimmtheit sagen, welche Wirkung das Tarifeinheitsgesetz nach dem Urteil entfalten wird. Setzen sich die konkurrierenden Gewerkschaften vor der Tarifrunde an einen Tisch? Darauf hofft die Bundesregierung. Oder entbrennen stattdessen „Häuserkämpfe“ um neue Mitglieder? So befürchten es die Verfassungsrichter Prof. Dr. Dr. Susanne Baer und Prof. Dr. Andreas Paulus in ihrer vom Karlsruher Mehrheitsvotum abweichenden Meinung. Das wäre eine bittere Pointe, soll das Gesetz doch dem Betriebsfrieden dienen. Fest steht nur eins: Es wird viel Arbeit schaffen – bei Gerichten und Anwaltskanzleien. ■

### 3 Fragen an Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer

#### Was bedeutet das Urteil zum Tarifeinheitsgesetz für die Arbeit des Marburger Bundes?

Wir hatten gehofft, dass das Gesetz null und nichtig sei. Das Gericht hat anders entschieden. Aber die Auslegung des Gerichts sorgt dafür, dass wir uns trotz des Gesetzes in wesentlichen Fragen durchsetzen können. Kein einziger unserer in der Vergangenheit abgeschlossenen Tarifverträge wird verdrängt. Das Urteil macht darüber hinaus deutlich, dass



Rudolf Henke

der Gesetzgeber auch in Zukunft das Organisationsprinzip Berufsgewerkschaft nicht verdrängen darf. Der Marburger Bund bleibt als größter ärztlicher Berufsverband und einzige Ärztegewerkschaft Deutschlands handlungsfähig. Die Senatsmehrheit hat das Tarifeinheitsgesetz in gewisser Weise umgeschrieben. Viele Bestimmungen sind nur verfassungskonform, wenn die Maßgaben

des Gerichts zum Schutz einzelner Berufsgruppen beachtet werden. Es muss auch gar nicht zur Mehrheitsfeststellung in den Betrieben kommen, wenn sich die Tarifvertragsparteien darauf verständigen, das Gesetz nicht anzuwenden. Dafür kann sogar ausdrücklich gestreikt werden. Das Streikrecht bleibt für alle Gewerkschaften erhalten, unabhängig davon, ob sie Minderheiten oder Mehrheiten organisieren.

**Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass Berufsgewerkschaften auch in Zukunft nicht übergangen werden dürfen. Wie sollte der Gesetzgeber jetzt nachbessern, um diese Vorgabe zu erfüllen?**

Karlsruhe hat dem Gesetzgeber kein besonders gutes Prädikat gegeben, sondern mit sehr viel Wohlwollen bloß eine Versetzung ins nächste Jahr genehmigt. Das Sondervotum der Richter Baer und Paulus überzeugt mich mehr als das Mehrheitsurteil. Ich fürchte, dass die jetzt verlangten Nachbesserungen zu erneuten Eingriffen in die Tarifautonomie führen könnten. Der Gesetzgeber soll jetzt dafür sorgen, dass besondere, "ernsthafte und wirksame" Vorkehrungen zum Schutz gewerkschaftlicher Minderheiten im Betrieb getroffen werden, die den vom Gericht genannten Anforderungen genügen. Es ist den spezifischen Belastungen und Bedürfnissen der einzelnen Berufsgruppen Rechnung zu tragen, ehe deren Tarifvertrag verdrängt werden kann. Die Regelungen des Gesetzgebers dazu müssen klar und justiziabel sein, mit wachsweißen Regelungen kann der Gesetzgeber diesen Auftrag nicht erfüllen. Je konkreter er aber wird, umso angreifbarer macht er sich. Denn die Pflicht zur Beachtung der Bedürfnisse der Berufsgruppen schränkt ja umgekehrt die Handlungsfreiheit der Mehrheitsgewerkschaft über das freiwillig gewährte Maß hinaus ein. Auch mit einem solchen Tarifeinheitsgesetz lässt sich kein Blumentopf gewinnen. Meines Erachtens ist es am besten, wenn der Gesetzgeber das ganze Vorhaben fallen lässt.

#### Einige kleine Gewerkschaften erwägen, vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) zu ziehen. Was halten Sie von dieser Option?

Wir prüfen das auch, man darf sich aber nicht zu viel davon versprechen. Der EGMR hat den gesamteuropäischen Raum vor Augen. Außerdem hat der Gang vor den EGMR keine aufschiebende Wirkung. Bis dort entschieden ist, gibt es entweder eine neue Fassung des Gesetzes oder die nächste Regierung bringt den Mut auf, das Thema endgültig zu den Akten zu legen.

## Ärzte bringen Würze in den Wahlkampf

120. Deutscher Ärztetag benennt gesundheitspolitische Reformbaustellen

Der Bundestagswahlkampf 2017 will nicht in Schwung kommen. So groß der Abstand zwischen den beiden Volksparteien in der Sonntagsfrage geworden ist, so dicht liegen sie bei zahlreichen innen- und außenpolitischen Themen inhaltlich beieinander. Beides wirkt auf Wahlkämpfer und Wahlvolk narkotisierend. Da war es gut, dass der 120. Deutsche Ärztetag Ende Mai in Freiburg die Parteien zumindest in der Gesundheitspolitik aus ihrem Tiefschlaf geholt hat. Die Debatten und Beschlüsse des Ärzteparlamentes wurden nicht nur von den Medien mit Interesse verfolgt. Sie waren auch für die sich daran anschließende gesundheitspolitische Debatte prägend. Dabei bezog sich der Weckruf der Ärzte auf eine Vielzahl von Themen und richtete sich an alle im Bundestag vertretenen Parteien. Der Ärztetag zeigte klare Kante in der Systemdebatte über eine Bürgerversicherung und ergab Handlungsempfehlungen zu Reformbaustellen in der gesundheitlichen Versorgung.

### Ärztetag war mediales Top-Ereignis

„Bürgerversicherung führt zu Zwei-Klassen-Medizin“, „Ärzte formulieren Forderungen an die Politik“, „Ärztetag im Zeichen der Digitalisierung“ – so lauteten nur einige Überschriften der zahlreichen Medienberichte in Presse, Fernsehen und Hörfunk. Tatsächlich war der 120. Deutsche Ärztetag ein mediales Top-Ereignis. Rund 130 Journalisten berichteten vor Ort über die Themen des Ärztetages. Die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft veröffentlichte mehr als 20 Pressemitteilungen aus Freiburg, die von regionalen und überregionalen Medien aufgegriffen wurden. Mit Videobeiträgen auf dem Youtube-Kanal der Bundesärztekammer sowie über Twitter wurden Journalisten und andere Interessierte ständig über die Beratungen auf dem Laufenden gehalten.

Große Resonanz fand erwartungsgemäß die Eröffnungsveranstaltung im Freiburger Konzerthaus. Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery nutzte seine Eröffnungsrede für einen Rückblick auf fast vier Jahre schwarz-roter Gesundheitspolitik, für eine Analyse des nach wie vor bestehenden Reformbedarfs und für eine Generalabrechnung mit den Bürgerversicherungs-Plänen von Sozialdemokraten und Opposition. Nach Überzeugung Montgomerys fällt die Bilanz der bisherigen Regierung in der Gesundheitspolitik ordentlich aus. Reformbaustellen gebe es aber dennoch. Die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, tragfähige und nachhaltig finanzierte Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsförderung und praxistaugliche Konzepte für Kooperationen im Gesundheitswesen müssten ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda der neuen Bundesregierung stehen.



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery fordert eine Stärkung der Freiberuflichkeit und eine nachhaltig finanzierte Nachwuchsförderung

### Warnung vor Neid-Debatte

Insbesondere mit ihrer klaren Haltung zur künftigen Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems in Deutschland gelang es der Ärzteschaft, endlich wieder mehr Würze in den Bundestagswahlkampf zu bringen. „Wer meint, dass eine Einheitsversicherung gerechter sei als unser heutiges System, der verwechselt Gleichheit auf niedrigem Niveau mit Gerechtigkeit“, zitierte die Frankfurter Allgemeine Zeitung aus der Eröffnungsrede des BÄK-Präsidenten. Der Berichterstatter der Nürnberger Zeitung konstatierte: „Die Bürgerversicherung, wie sie SPD, Linke und Grüne propagieren, ist für die Mediziner ein Schreckgespenst.“ Und er fügte hinzu: „Ärzterschaft und Minister warnen vor Neid-Debatten im Wahlkampf.“

Tatsächlich nutzte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sein Grußwort auf dem Deutschen Ärztetag, um die Position seiner Partei in dieser Frage klarzustellen. Bis dato hatten die Unionsschwesterpartien nur halbherzig auf die Forderungen von SPD und Oppositionsparteien nach Einführung einer Bürgerversicherung reagiert. Damit war nun Schluss: „Eine Zwangsvereinigung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung werde keines der anstehenden Probleme, von der Digitalisierung bis zur Versorgung im ländlichen Raum, lösen, sagte Gröhe. Man dürfe nicht mit „Neidparolen über unser Gesundheitssystem herziehen“.

Gröhes Worte zeigten Wirkung. Sorgen zu Jahresbeginn noch manche Aussagen aus der Union, mit denen eine Konvergenz von Einheitlichem Bewertungsmaßstab und Gebührenordnung für Ärzte in den Raum gestellt wurden, für Irrita-

## nach dem 120. deutschen ärztetag

tionen, war die Richtung nun klar. In seiner Blaupause für das Bundestagswahlprogramm lehnte der Bundesfachausschuss Gesundheit der CDU eine „staatliche Einheitsversicherung für alle“ ab und hob die besondere Bedeutung des Systemwettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hervor. Beides fand sich später auch im Wahlprogramm der CDU wieder.

### Der Zeitpunkt stimmte

Natürlich sind derlei Entwicklungen nicht allein auf den Ärztetag zurückzuführen, aber er hat seinen Anteil daran. Und mitunter muss einfach der Zeitpunkt stimmen, um sich Gehör zu verschaffen. Ein Beispiel ist die seit Monaten kontrovers geführte Debatte über die Ausgestaltung der Notfallversorgung in Deutschland, die sich unmittelbar vor dem Ärztetag zuspitzte. Der Ärztetag befasste sich gleichermaßen intensiv wie konstruktiv mit diesem Thema und trug so zu einer deutlichen Versachlichung der Diskussion bei, die bis heute anhält (Siehe Beitrag S. 10). Ein weiteres Beispiel für gutes Timing ist die Gesundheitsprävention. Hier passte es gut, dass der Deutsche Ärztetag mit zahlreichen Entschlüssen zur Förderung von Gesundheits- und Präventionsangeboten in Kindertagesstätten und Schulen die Arbeit der Bundesärztekammer in der vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufenen Allianz für Gesundheitskompetenz flankierte (Siehe Beitrag S. 9). Bei der konstituierenden Sitzung der Allianz Ende Juni äußerte Minister Gröhe Sympathien für die Ärztetags-Forderung nach Einführung eines Schulfaches „Gesundheit“. Nun gilt es, die Kultusminister der Länder zu überzeugen.

### Ärzte wollen Digitalisierung im Gesundheitswesen mitgestalten

Unterdessen scheint sich ein weiteres Ärztetags-Thema, die Digitalisierung des Gesundheitswesens, zu einem gesundheitspolitischen Wahlkampfhit zu mausern. Das überrascht nicht, denn ob Gesundheits-Apps, Fernbehandlung oder Big Data – für die breite Öffentlichkeit ist die rasante Entwicklung auf diesem Gebiet von besonderem Interesse.

Dies wurde auch in der Medienberichterstattung zu diesem Ärztetags-Thema deutlich. Vom ZDF-Morgenmagazin, über regionale und überregionale Zeitungen bis hin zu zahlreichen Online-Medien wurde breit über die verschiedenen Facetten der Digitalisierung im Gesundheitswesen berichtet. „Ärztetag will Digitalisierung gestalten und voranbringen“ meldete die Katholische Nachrichtenagentur. Unter der Überschrift „Ärzte heißen Digitalisierung gut“ wies die Frankfurter Allgemeine Zeitung darauf hin, dass Digitalisierung viele Kernbereiche des ärztlichen Berufsbildes berühre. Daraus folge aber keine Ablehnung durch Ärzte, sondern die Forderung nach Teilhabe und Mitgestaltung.

Zuvor hatten die Delegierten gemeinsam mit Experten wie dem Buchautor und Journalisten Sascha Lobo und der Medizinerin Prof. Dr. Christiane Woopen über die vielfältigen Chancen, aber auch über potentielle Risiken der Digitalisierung diskutiert. Dabei ließ der Ärztetag keinen Zweifel daran, sich in die Veränderungsprozesse aktiv einzubringen.



Digitalisierungsexperte Sascha Lobo

Darauf verwies wenige Wochen nach dem Ärztetag auch Bundesärztekammer-Telematikexperte Dr. Franz Bartmann auf dem Digitalgipfel der Bundesregierung in Ludwigshafen (siehe Beitrag S. 7). Schon die große Zahl der eigens zum Gipfel angereisten Spitzenpolitiker verdeutlichte, dass das Thema Digitalisierung im Bundestagswahlkampf angekommen ist. Dies dürfte auch Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries (SPD) bewogen haben, den Koalitionspartner mit ihren Eckpunkten für eine stärkere Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft auf der Datenautobahn rechts zu überholen. Unter anderem soll es mehr Unterstützung beim Zugang zu Risikokapital geben. Für die Digitalisierung der Unikliniken stellte Zypries üppige Finanzhilfen in Aussicht. Derlei Ankündigungen machen sich in Wahlkampfzeiten gut. Allein woher das Geld kommen soll, ist bislang unklar.

Minister Gröhe nahm es jedoch sportlich und verwies süffisant auf sein bereits vor zwei Jahren auf den Weg gebrachtes E-Health-Gesetz für das Gesundheitswesen.

Vielleicht weiß es der ehemalige CDU-Generalsekretär sogar zu schätzen, dass zumindest in der Gesundheitspolitik endlich Schwung in den Wahlkampf kommt. ■

nach dem 120. deutschen ärztetag

## Digitalgipfel: Besser versorgt dank Big Data?

Ärzeschaft will bei der Digitalisierung eine aktive Rolle spielen

Der Ärztetag hat vorgelegt, jetzt zieht die Bundesregierung nach. Auf dem diesjährigen Digitalgipfel in Ludwigshafen rückte sie die Vernetzung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt. Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) verwies auf die großen „Wertschöpfungsmöglichkeiten“, warnte die deutschen Mittelständler aber gleichzeitig vor der Konkurrenz aus Silicon Valley. IT-Riesen wie Facebook oder Apple könnten „die Wertschöpfungskette anknabbern“, so die Kanzlerin.

Bei der Patientenversorgung setzt die Politik große Hoffnungen auf die Möglichkeiten von Big Data. Es gehe jetzt darum, „große Datenmengen zum Wohle der Patienten zu nutzen, um Krankheiten wie Alzheimer und Krebs in Zukunft besser verstehen und gezielter bekämpfen zu können“, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Gemeinsam mit Bundesforschungsministerin Johanna Wanka (CDU) kündigte er die Dialog-Plattform „Digitale Gesundheit“ an, die die Nutzung von Big Data-Technologien in der Patientenversorgung vorantreiben soll. Als weitere Maßnahmen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens nannte er die Einführung elektronischer Patientenakten sowie die Förderung vieler versprechender digitaler Projekte.

Aufbruchstimmung herrscht auch in der Ärzteschaft. Die Ärzte hätten erkannt, dass die Digitalisierung die „dominante Rolle des Arztes als Informationsgeber“ unumkehrbar verändern wird, sagte Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer, beim Digitalgipfel. In der kommenden Legislaturperiode müssten sich die vielen neuen medizinischen Anwendungen nun „im Feld beweisen“.

### Deutscher Ärztetag fordert Strategie zur Digitalisierung des Gesundheitswesens

Im Mai 2017 hatte sich der 120. Deutsche Ärztetag für eine aktive Rolle der Ärzte bei der Ausgestaltung des digitalen Gesundheitswesens ausgesprochen und unter anderem eine Digitalisierungsstrategie gefordert. Sie müsse die ethische Grundlage zum Umgang mit neuem Wissen und Methoden schaffen und die Rolle digitaler Methoden in der Gesundheitsversorgung sowie Grundsätze des Datenschutzes definieren. Auch seien Antworten auf offene Finanzierungsfragen notwendig.

Der Deutsche Ärztetag hat zudem die Durchführung von Modellprojekten zur Fernbehandlung begrüßt und die Bundesärztekammer aufgefordert zu prüfen, ob die (Muster)Berufsordnung für Ärzte um einen Zusatz ergänzt werden kann,

nach dem die Ärztekammern in besonderen Einzelfällen Ausnahmen für definierte Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation zulassen können. Dabei müsse aber sichergestellt sein, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden. Allerdings gibt es auch warnende Stimmen. So wandte sich die Landesärztekammer Brandenburg dagegen, Fernbehandlungen ohne vorherigen Arzt-Patienten-Kontakt zu erlauben. Die aktuelle Regelung „sichert eine Mindestqualität der Behandlung, sie verhindert Fehlbeurteilungen und schützt Patient und Arzt gleichermaßen“, argumentiert sie.



Unterdessen hat das Bundesministerium für Wirtschaft ein Eckpunktepapier „Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft“ mit dem Ziel vorgestellt, die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft zu beschleunigen und innovative Start-Ups auf diesem Markt zu unterstützen. Unter anderem sollten die Investitionen der Universitätskliniken in deren digitale Infrastruktur mit 500 Millionen Euro gefördert werden, um diese in ihrer Vorreiterrolle zu stärken. Woher das Geld für den Ausbau kommen soll, ließ Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries (SPD) bei der Vorstellung des Papieres offen. Ihr Ministerkollege Gröhe war von diesem nicht abgestimmten Vorstoß nicht begeistert und reagierte entsprechend sarkastisch. „Wir freuen uns, dass das Bundeswirtschaftsministerium Unikliniken 500 Millionen Euro für die Digitalisierung zur Verfügung stellt“, äußerte sich Gröhe gegenüber der Presse. Und weiter: „Es ist gut, dass das Bundeswirtschaftsministerium zwei Jahre nach dem

## nach dem 120. deutschen Ärztetag

E-Health-Gesetz auch die Bedeutung der Digitalisierung des Gesundheitswesens erkennt.“

### Bundesregierung für mehr Sicherheit bei kritischen Infrastrukturen

Gleichzeitig will die Bundesregierung die Sicherheit von Unternehmen im Internet weiter verbessern. Bestimmte Einrichtungen in den Bereichen Transport, Verkehr, Gesundheit, Finanzen und Versicherungen müssen künftig besondere Vorkehrungen treffen, weil sie zentral für das Gemeinwesen sind. Dazu hat das Bundeskabinett am 31. Mai 2017 der vom Bundesminister des Innern vorgelegten Änderung der „Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen nach dem BSI-Gesetz“ zugestimmt. Die Verordnung ist im Juni 2017 in Kraft getreten. Mit der Änderungsverordnung wird das IT-Sicherheitsgesetz abschließend umgesetzt. Verbunden mit diesen neuen Vorgaben ist unter anderem ein Schwellenwert. Kliniken mit jeweils mehr als 30.000 Behandlungsfällen pro Jahr werden aus der Perspektive des Schutzes kritischer Infrastrukturen im Gesundheitswesen als hinreichend bedeutsam eingestuft. Von den ca. 1.900 Kliniken in Deutschland werden dadurch momentan allerdings nur 110 Kliniken erreicht. Die mit den vom Bundeskabinett verabschiedeten Vorgaben in der Verordnung zur Bestimmung kritischer Infrastrukturen (Erste Verordnung zur Änderung

der BSI-KRITIS-Verordnung) sehen unter anderem vor, dass die Betreiber dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) innerhalb von sechs Monaten eine zentrale Kontaktstelle benennen und dem BSI innerhalb von zwei Jahren die Einhaltung eines Mindeststandards an IT-Sicherheit nachweisen. Die betreffenden Kliniken sollen dafür Mittel seitens der Länder zugewiesen bekommen.

Der Marburger Bund begrüßte zwar das Vorhaben, kritisierte jedoch, dass nur 110 Krankenhäuser mit jeweils mehr als 30.000 Behandlungsfällen pro Jahr als hinreichend bedeutsam für die stationäre medizinische Versorgung eingestuft werden. „Diese Festlegung und der ihr zugrunde liegende Schwellenwert sind mit der Versorgungsrealität nicht in Einklang zu bringen. Wir halten es deshalb für dringend geboten, die KRITIS-Bemessungsgrenzen für Krankenhäuser kritisch zu überprüfen“, sagte Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes. Drei Viertel der Krankenhäuser in Deutschland, die unterhalb des Schwellenwerts liegen und insgesamt mehr als 14,2 Millionen Patienten pro Jahr versorgen, würden pauschal als nicht hinreichend bedeutsam für die vollstationäre medizinische Versorgung der Allgemeinheit klassifiziert. Diese Einschätzung benachteilige eine Vielzahl von Krankenhäusern, deren Ausfall erhebliche Versorgungsprobleme nach sich ziehen würde. ■

## Ärztetag billigt Delegationsmodell zum Physician Assistant

Substitution ärztlicher Leistungen klar abgelehnt

Der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg hat sich klar für Modelle der Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip ausgesprochen, aber die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgelehnt. Ärztinnen und Ärzte hätten die Hoheit über Diagnose, Indikationsstellung und Therapie, was den Arztvorbehalt sichert, sowie die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess, stellte der Ärztetag klar. Das Tätigkeitsprofil des Physician Assistant richtet sich aus am tatsächlichen Versorgungsbedarf, an den Erfordernissen des Arbeitsmarkts und den Zielvorstellungen eines ärztlich geleiteten multiprofessionellen Teams.

Konkret unterstützen die Delegierten das von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellte Delegationsmodell „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“. Physician Assistant ist eine aus dem internationalen Sprachgebrauch entlehnte Bezeichnung für einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf (Bachelorniveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt. Er soll Ärzte in enger Zusammenarbeit mit diesen unterstützen und entlasten.

Das Delegationsmodell von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung enthält neben einer Begründung des Berufsbilds und der Darstellung der (rechtlichen) Delegationsvoraussetzungen den Tätigkeitsrahmen, die verbindlichen Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen. Die Kompetenzen sind in Anlehnung an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKL 2015) formuliert. Für die Zulassung zum Studium wird eine dreijährige, erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, zum Beispiel als Medizinische Fachangestellte, vorausgesetzt.

Das Konzept wurde eng mit Vertretern der Deutschen Hochschulkonferenz Physician Assistance abgestimmt. Es soll in allen Landesärztekammern, in denen entsprechende Studiengänge existieren oder eingerichtet werden, als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Hochschulen dienen. Ziel soll eine Vereinheitlichung der Studiengänge und gegebenenfalls eine Regelung auf Bundesebene hierfür sein.

Das Konzept zum Physician Assistant finden Sie unter [www.baek.de/Physician\\_Assistant](http://www.baek.de/Physician_Assistant) ■



## "Allianz für Gesundheitskompetenz" gegründet

Montgomery: Gesundheitsrelevante Themen gehören auf den Stundenplan

Welche Lebensmittel machen dick? Was muss ich tun, um lange fit zu bleiben? An wende ich mich, wenn ich krank bin? Das sind scheinbar triviale Fragen. Und doch hat jeder zweite Deutsche Probleme, darauf die richtigen die Antworten zu finden. Es fehlt, was Experten „Gesundheitskompetenz“ nennen. Die Weltgesundheitsorganisation definiert sie als die kognitiven und sozialen Fertigkeiten für eine gesundheitsförderliche Lebensweise. Daran mangelt es vor allem älteren Menschen, chronisch Kranken, Migranten und gering Gebildeten. Die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ tritt an, um diese Defizite abzubauen.

### Allianz will Gesundheitsbildung verbessern

Insgesamt haben sich 14 Institutionen der Initiative des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe (CDU) angeschlossen; darunter auch die Bundesärztekammer (BÄK). Bessere Gesundheitsbildung, bessere Informationen und bessere Vermittlung stehen dabei im Vordergrund. „Denn nur wer gut informiert ist, kann Gesundheitsrisiken vermeiden und im Krankheitsfall durch eigenes Verhalten zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen“, sagte Gröhe bei der Gründung der Allianz am 19. Juni 2017 in Berlin. Es sei nicht immer einfach, im Dickicht der oft unverständlichen Informationen den Durchblick zu bewahren. Abhilfe soll ein Nationales Gesundheitsportal schaffen, das vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte und unabhängige Gesundheitsinformationen bündelt. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit arbeitet an einem entsprechenden Konzept, das im kommenden Jahr vorliegen soll.

### Deutscher Ärztetag für bessere Kommunikation und frühzeitige Förderung der Gesundheitskompetenzen

Der Ärzteschaft liegt besonders die Kommunikation der Ärzte untereinander und mit ihren Patienten am Herzen. Schon im Jahr 2015 hatte der 118. Deutsche Ärztetag die Weichen dafür gestellt. Die kommunikative Kompetenz spielt mittlerweile im Medizinstudium eine wichtige Rolle. Hinzu kommen Seminare für professionelle Gesprächstechniken der Landesärztekammern.

In diesem Jahr hat der Deutsche Ärztetag erneut eine frühzeitige Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter gefordert und dazu eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen. So spricht sich die Ärzteschaft dafür aus, gesundheitsrelevante Themen in die Ausbildung von Lehrern und Erziehern sowie in die Lehrpläne aufzunehmen. Denkbar seien ein projektbezogener Unterricht zu gesundheitsrelevanten Themen, eigene

Unterrichtseinheiten oder auch ein Schulfach „Gesundheit“. Angesichts der zunehmenden Zahl übergewichtiger Kinder regt der Deutsche Ärztetag als weitere Maßnahme neue Leistungsbewertungen im Schulsport als Alternativen zu Zensuren an. Priorität sollte dabei die Stärkung der Bewegungsfreude von Kindern und Jugendlichen haben. Außerdem schlagen die Delegierten die Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten auf Bundesebene vor. Dieser würde das allgemeine Bewusstsein für die Rechte aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen stärken und dazu beitragen, dass deren Wohlergehen von Staat und Gesellschaft als Kernaufgabe wahrgenommen wird.



v. l.: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Martin Danner (BAG Selbsthilfe), Hermann Gröhe

Anlässlich der Gründungsveranstaltung der Allianz betonte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery die Bedeutung der Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen. „Wir müssen Kinder schon früh für Gesundheitsthemen begeistern. Jetzt sind die Kultusminister der Länder gefragt, mit uns an einem Strang zu ziehen“, sagte er. Gesundheitsrelevante Themen sollten in die Ausbildung von Lehrern und Erziehern sowie in die schulischen Lehrpläne mit aufgenommen werden. Montgomery erinnerte in diesem Zusammenhang an die Aktivitäten der Ärzteschaft in den Ländern. Schon jetzt unterstützen mehrere Landesärztekammern in strukturierten Programmen Schulen beim gesundheitsbezogenen Unterricht.

nach dem 120. deutschen Ärztetag

## Debatte um Notfallversorgung versachlicht sich

KBV und Marburger Bund wollen gemeinsame Lösungen finden

Kein gesundheitspolitisches Thema wird derzeit so kontrovers diskutiert wie die Organisation der Notfallversorgung in Deutschland. Im Streit um die Ausgestaltung und die Finanzierung dieses Versorgungsbereichs hatten sich Vertreter des stationären und des ambulanten Sektors monatelang zum Teil scharf attackiert. Doch seit dem Deutschen Ärztetag Ende Mai 2017 in Freiburg scheint sich die Debatte zu versachlichen.

So verständigten sich Vertreter von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Marburger Bund (MB) im Juli bei einem Spitzentreffen in Berlin darauf, gemeinsam Verantwortung für eine integrierte Notfallversorgung zu übernehmen. „Mehr Kooperation ist das Gebot der Stunde“, sagte der 1. MB-Vorsitzende Rudolf Henke. Auch KBV-Chef Dr. Andreas Gassen sprach sich dafür aus, alle an der Notfallversorgung Beteiligten miteinzubeziehen. Angestrebt wird eine einheitliche, gemeinsame Anlaufstelle zur Ersteinschätzung der Patienten. Modellprojekte sollen die Reform begleiten und weiterentwickeln. Dabei gehe es auch darum, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Politik müsse zügig die Hürden abbauen, die einer integrativen Notfallversorgung im Wege stehen.

### Ärztetag für den Ausbau sektorenübergreifender Strukturen

Nach der Devise, es sei „besser miteinander zu reden, statt übereinander“, hatten sich schon die Delegierten in Freiburg ausreichend Zeit genommen, das Thema zu beraten. Am Ende kam der Ärztetag überein, dass ein konsequenter Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgungsstrukturen unerlässlich ist. Dies müsse in Kooperation zwischen Kliniken und Praxen erfolgen und sektorenübergreifend extrabudgetär einheitlich finanziert werden. Konkret forderten die Delegierten, Notfallpraxen beziehungsweise Bereitschaftspraxen an dafür geeigneten Kliniken als Anlaufstellen zu schaffen. Im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes könnten Patienten dort ambulant versorgt und bei Bedarf an die stationären Notaufnahmen weitergeleitet werden.

Zudem riefen die Delegierten die Städte, Kreise und Kommunen dazu auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge ernst zu nehmen und ausreichend qualifiziertes Personal und materielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. In gleicher Weise forderte der Ärztetag die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung unter der Berücksichtigung regionaler oder lokaler Anforderungen so zu erfüllen, dass die Kliniken von der ambulanten Notfallversorgung spürbar entlastet werden.



Einig waren sich die Delegierten auch, dass Patienten besser darüber aufgeklärt werden müssten, in welchen Fällen sie in die Notaufnahme kommen, beziehungsweise einen niedergelassenen Arzt aufsuchen sollten. Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte im Vorfeld des Ärztetages in einem Argumentationspapier darauf hingewiesen, dass viele Behandlungen der Regelversorgung und daraus resultierende Wartezeiten in der Notfallversorgung vermeidbar wären, wenn ein verbessertes Verständnis über Funktionen und Abläufe einer Notaufnahme vermittelt werden würde. Die BÄK regte eine gemeinsam zu entwickelnde Informationskampagne an, die durch das Bundesministerium für Gesundheit organisiert und durch die Gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden könnte.

Hilfreich kann in diesem Zusammenhang auch ein Forschungsprojekt des brandenburgischen Gesundheitsministeriums zur Inanspruchnahme von Notfallversorgungsstrukturen sein. Dazu wird das IGES Institut zunächst eine systematische Bestandsaufnahme der Not- und Akutversorgung mit ihren drei Säulen ambulante Notfallversorgung, Rettungsdienst und stationäre Notaufnahme vornehmen. Eine Befragung von mehr als 1.000 Bürgern und über 2.000 Patienten soll Aufschluss darüber geben, welche Faktoren Patienten bei der Entscheidung für eine der drei Säulen beeinflussen. Zugleich werden die Angebotsstrukturen analysiert. Im Fokus der Bestandsaufnahme stehen regionale und lokale Belastungszonen, Erreichbarkeiten, Wartezeiten und die Frage, wie weit der Wohnort vom Behandlungsort entfernt ist. Das Projekt läuft bis zum Jahr 2019 und wird mit 1,13 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds gefördert. ■

## G20: Gesundheit in einer vernetzten Welt

Bundesregierung: Globale Gesundheitspolitik als "Markenzeichen"

Krawalle, Trump und Putin beherrschten die Berichterstattung über den G20-Gipfel. Dabei diskutierten die Staats- und Regierungschefs in Hamburg über Fragen, die Milliarden von Menschen betreffen – vom Freihandel über Migration bis zum Klimawandel. Zum ersten Mal in der Geschichte des Treffens spielte dabei die Gesundheitspolitik eine zentrale Rolle. So sprachen sich die Teilnehmer in ihrer Abschlusserklärung für einen besseren Schutz vor Gesundheitsrisiken, die Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme und den Kampf gegen antimikrobielle Resistenzen aus.

Von einer „vernetzten Welt“ war im Gipfel-Motto die Rede; wer die wirtschaftlichen Chancen dieser Vernetzung nutzen will, darf aber die gesundheitlichen Nebenwirkungen nicht ausblenden. "Große Ausbrüche von Infektionskrankheiten und andere Gesundheitsgefahren, wie etwa Antibiotikaresistenzen, überschreiten nationale Grenzen und nationale Interessen. Die Verwundbarkeit jedes einzelnen wird dadurch zur Verwundbarkeit von uns allen", sagte der Generaldirektor der WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, in seiner Ansprache an die Gipfelteilnehmer.

Diese erkannten in der Abschlusserklärung ihre „entscheidende Rolle“ im Umgang mit globalen Gesundheitskrisen an. Sie setzen dabei auf eine engere internationale Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen. Zudem müssten die nationalen Gesundheitssysteme gestärkt werden. Im Kampf gegen antimikrobielle Resistenzen versprechen die Staats- und Regierungschefs, „den verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika in allen Bereichen“ zu fördern. In der Tiermedizin sollen sie nur in der Therapie zum Einsatz kommen. Eine internationale Plattform soll die Grundlagenforschung, die klinische Forschung und die Produktentwicklung fördern.

### Bundesregierung entdeckt das Thema Globale Gesundheit

Die Bundesregierung hatte schon im Vorfeld des Gipfels die besondere Bedeutung von Gesundheitsthemen für die Zukunftsfähigkeit der Weltwirtschaft betont. Nachdem das Thema lange Zeit kaum eine Rolle spielte, kümmert sich Deutschland inzwischen immer stärker um Fragen der globalen Gesundheit. Schon auf dem G7-Treffen vor zwei Jahren im bayerischen Elmau hatte Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) die Gesundheitspolitik auf die Tagesordnung gesetzt. Und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sieht die globale Gesundheitspolitik mittlerweile sogar als „Markenzeichen der internationalen Verantwortung unseres Landes“. Die Ergebnisse des G20-Gipfels unter deutscher Präsidentschaft wertet er als „Meilenstein zur Stärkung der



Quelle: Bundesregierung/Denise  
Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) im bilateralen Gespräch mit WHO-Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

globalen Gesundheit“ und ein „starkes Zeichen der gemeinsamen Verantwortung für die Gesundheit weltweit“.

### Montgomery fordert bessere Abstimmung bei internationalen Krisen

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, begrüßte die neue Schwerpunktsetzung. Die Ebola-Katastrophe in Westafrika habe gezeigt, dass eine bessere Vorbereitung auf Pandemien notwendig sei: „Um schnell reagieren zu können, brauchen wir Notfallhilfe und Kriseninterventionsmaßnahmen im Standby-Modus.“ Der Aufbau des European Medical Corps gegen weltweite Epidemien sei ein riesiger Schritt voran gewesen. Das allein reiche aber nicht. „Wir brauchen für den Ernstfall international abgestimmte Informationsketten. Verantwortlichkeiten müssen klar geregelt sein und Ansprechpartner in potentiellen Krisenländern bestimmt werden. Vor allem aber müssen wir die Gesundheitseinrichtungen und -strukturen vor Ort stärken. Funktionierende Gesundheitssysteme sind die beste Pandemieprävention“, so Montgomery. Gleichzeitig wies er auf den Nachholbedarf der Bundesrepublik hin. So investiere sie noch immer zu wenig in die gesundheitsbezogene Entwicklungspolitik. Das Ausgabenziel der WHO liegt bei 0,1 Prozent des Bruttonationaleinkommens, Deutschland gibt nach OECD-Berechnungen aber nur 0,03 Prozent aus. Montgomery verwies außerdem auf eine Studie, die Deutschland einen Rückstand bei der Public-Health-Forschung und dem Austausch mit anderen Ländern auf diesem Gebiet attestiert. „Da muss etwas passieren“, so der BÄK-Präsident. ■

## politik &amp; beruf

## apoBank untersucht Zukunftsbild der Heilberufler

Die zunehmende Feminisierung der Heilberufe, der Trend zur Teilzeitbeschäftigung und Kooperationen, verbunden mit dem demografischen Wandel und dem technologischen Fortschritt verändern die Patientenversorgung. Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) hat rund 400 Ärzte, Zahnärzte und Apotheker befragt, wie sie selbst die künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen einschätzen. Die Ergebnisse werden in der repräsentativen Studie "Zukunftsbild Heilberufler 2030" dargestellt.

Über alle Heilberufsgruppen hinweg geht die überwiegende Mehrheit der Befragten davon aus, dass der Heilberufler im Jahr 2030 als Dienstleister wahrgenommen (83 Prozent), während das Image als "Halbgott in Weiß" endgültig überholt sein wird (79 Prozent). Insgesamt aber zeichnen die Heilberufler ein selbstbewusstes Bild von ihrem Berufsstand: 71 Prozent sind sich sicher, dass sie auch im Jahr 2030 hohes Vertrauen in der Bevölkerung genießen werden. 86 Prozent aller Heilberufler gehen davon aus, dass die Digitalisierung ihre Arbeit in Zukunft sinnvoll unterstützen wird. Lösungen bei der Verwaltung, die die "Zettelwirtschaft" abnehmen - wie zum Beispiel digitale Abrechnungen, elektronische Rezepte, computergestützte Diagnostik, oder die Online-Gesundheitsakte - gehören 2030 nach Ansicht der überwiegenden Mehrheit zum Standard. ■

## Zi-Webseite unterstützt Ärzte bei Kodierung von Diagnosen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat unter [www.kodierhilfe.de](http://www.kodierhilfe.de) eine neue Webseite veröffentlicht, die Ärzten bei der Diagnosenkodierung mit der ICD-10-GM eine alltagstaugliche Hilfe an die Hand gibt. Das bewusst klar gehaltene Design der kostenfreien Webseite ist frei von Werbung und lässt sich sowohl am PC als auch an mobilen Endgeräten, wie Tablets oder Smartphones, leicht bedienen. Die Suche erfolgt intuitiv über die Eingabe eines Suchbegriffs oder durch Navigation entlang der Struktur der ICD-10-GM.

Abgerundet wird das Angebot durch fachliche Erläuterungen zu den jeweiligen Kodierungen, die vom Zi oder dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information stammen. Die Kriterien und Hinweise des Zi wurden in langjähriger Arbeit und unter Beteiligung von Ärzten der verschiedenen Fachgebiete erarbeitet. Inzwischen wurden ca. 90 Prozent aller ICD-10-Kodes bearbeitet. „Nach unserer Kenntnis gibt es keine andere Kodierhilfe, die so tiefgehend und detailliert den Code der ICD-10-GM darstellt und den Benutzer auf Besonderheiten im Einzelfall aufmerksam macht“, sagt Zi-Geschäftsführer Dr. Dominik von Stillfried. ■

## BÄK unterstützt Petition gegen militärische Angriffe auf Ärzte

Es ist absolut inakzeptabel, dass in Syrien, aber auch in anderen Kriegsgebieten Gesundheitseinrichtungen als Teil der Infrastruktur offenbar gezielt angegriffen und sogar bombardiert werden. Wir müssen uns entschieden dagegen stemmen, dass die Prinzipien des Völkerrechts in bewaffneten Konflikten mehr und mehr verloren gehen.“ Das sagte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery anlässlich der Kampagne „Target of the world“ der Hilfsorganisation „Ärzte der Welt“.



In einer Online-Petition appellieren die Initiatoren an die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen, die UN-Resolution 2286 zum Schutz von Gesundheitspersonal und -einrichtungen durchzusetzen, auf die Kriegsparteien einzuwirken, den Schutz der Zivilbevölkerung umgehend zu respektieren und den gezielten Angriffen auf Angehörige von Gesundheitsberufen ein Ende zu bereiten. "Die Initiative kann helfen, die politisch Verantwortlichen weltweit zu einem entschiedeneren Vorgehen gegen solche Kriegsverbrechen zu bewegen", sagte Montgomery.

Als explizite Beispiele für die alltäglichen Verletzungen des Völkerrechts nennen die „Ärzte der Welt“ Syrien und Jemen. So wurden in Syrien allein im vergangenen Jahr 338 Angriffe auf medizinische Einrichtungen dokumentiert. "Diese Attacken folgen einer perfiden Logik: Jede Kugel, die einen Arzt tötet, trifft auch die Menschen, denen er nicht mehr helfen kann", so Montgomery.

Weitere Informationen finden Sie unter <http://targetsoftheworld.medecinsdumonde.org/> ■

## Video-Projekt: Ärzte berichten über Folgen der Ökonomisierung

Die demografische Entwicklung und vor allem der zunehmende ökonomische Druck führen zu Rahmenbedingungen, die es Ärzten und Pflegekräften immer seltener erlauben, sich genug Zeit für ihre Patienten zu nehmen. Kurz gesagt, die Kommerzialisierung setzt die Patientenversorgung immer mehr unter Druck.

Das Deutsche Ärzteblatt hat auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg die Delegierten befragt, wie sich der Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen auf ihre tägliche Arbeit auswirkt und welche Forderungen sie an die Politik haben. 40 Delegierte haben sich vor der Kamera geäußert. Ein immer wiederkehrendes Thema in den Videos ist der Zeitdruck. Als den wesentlichen Treiber der Ökonomisierung sehen viele die Vergütung nach den DRG.

Die Video-Interviews können unter [www.aerzteblatt.de/wettbewerb](http://www.aerzteblatt.de/wettbewerb) abgerufen werden. Außerdem hat das Deutsche Ärzteblatt angekündigt, in den nächsten Monaten einen Schwerpunkt zum Thema Kommerzialisierung zu setzen. Ärztinnen und Ärzte haben die Gelegenheit, ihre eigenen Erfahrungen zu schildern und der Politik Änderungsvorschläge zu machen. Bitte richten Sie Ihre Einsendungen an [wettbewerb@aerzteblatt.de](mailto:wettbewerb@aerzteblatt.de).

## GKV sitzt auf 16,7 Milliarden Euro Reserven

Die gesetzlichen Krankenkassen haben laut Bundesgesundheitsministerium im 1. Quartal 2017 einen Überschuss von rund 612 Millionen Euro erzielt. Damit steigen ihre Finanzreserven auf rund 16,7 Milliarden Euro.

Einnahmen in Höhe von rund 58,2 Milliarden Euro standen im 1. Quartal 2017 Ausgaben von rund 57,6 Milliarden Euro gegenüber. Damit sind die Einnahmen der Krankenkassen um 4,2 Prozent und die Ausgaben insgesamt um 3,9 Prozent gestiegen. Im 1. Quartal 2016 hatten die Krankenkassen einen Überschuss von 406 Millionen Euro ausgewiesen. Im Gesamtjahr 2016 gab es auf Basis der jetzt vorliegenden endgültigen Finanzergebnisse ein Plus von 1,62 Milliarden Euro, welches somit im Vergleich zu den vorläufigen Rechnungsergebnissen noch einmal um rund 240 Mio. Euro höher ausfiel.

Bei den Krankenkassen gab es im 1. Quartal 2017 einen absoluten Ausgabenzuwachs von 3,9 Prozent, im 1. Quartal 2016 hatte der Zuwachs bei 4,0 Prozent, im Gesamtjahr 2016 bei 4,2 Prozent gelegen. Bei deutlich steigenden Versichertenzahlen von rund 1,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum lagen die Ausgabenzuwächse je Versicherten lediglich bei rund 2,7 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen um 4,0 Prozent, die Verwaltungskosten um 2,3 Prozent.

## Vorschlag für neues Zulassungsverfahren zum Medizinstudium vorgelegt

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. und der Medizinische Fakultätentag e.V. (MFT) haben gemeinsam einen Vorschlag für ein neues Auswahlverfahren zum Medizinstudium erarbeitet. In die Überlegungen sind sowohl die Problematiken des Zulassungsverfahrens als auch die politischen Überlegungen im Rahmen des im März 2017 veröffentlichten "Masterplan Medizinstudium 2020" eingeflossen.



Das neue Zweistufenmodell sieht neben der Abiturquote weitere Auswahlkriterien vor. Dabei sollen die bisher bestehenden separaten Quoten für die Abiturbesten, das Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH) und die Wartezeitquote zu einer zentralen deutschlandweiten Auswahlstufe zusammengeführt werden. In einer ersten Auswahlstufe würden neben Abiturnote und Studierfähigkeitstests auch berufspraktische Erfahrungen im medizinischen Bereich oder ein Freiwilligendienst und sogenannte Situational Judgement Tests (SJT) berücksichtigt werden. Die Summierung dieser vier Kriterien ermöglicht dann eine bundesweite Reihung. Entsprechend dieser Reihung würden 50 Prozent der Studienplätze unter Berücksichtigung der Ortspräferenz vergeben werden. Um auch eine Profilbildung der Medizinischen Fakultäten zu ermöglichen, würde in einem zweiten Schritt die andere Hälfte der Studienplätze in einem standortspezifischen Auswahlverfahren vergeben werden. Die Vorabquoten würden unverändert beibehalten werden.

„Das Papier ist ein sinnvoller Vorschlag und entspricht dem politischen Wunsch nach erweiterten Zulassungskriterien. Für die weitere Entwicklung ist es wichtig, mit den politischen Entscheidern ins Gespräch zu kommen und die konkrete Umsetzung zu diskutieren“, kommentiert MFT-Generalsekretär Frank Wissing das Ergebnis.

## Hämotherapie-Richtlinie novelliert

Neufassung beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen

Die Bundesärztekammer hat im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut die im Jahr 2005 erstellte und in den Jahren 2007 und 2010 fortgeschriebene Hämotherapie-Richtlinie komplett überarbeitet und auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Mit der „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017“ kommt die Bundesärztekammer der ihr bereits im Jahr 1998 mit dem Transfusionsgesetz (TFG) übertragenen Aufgabe nach, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik für die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und die Anwendung von Blutprodukten in Richtlinien festzustellen. „Mit der Richtlinie sichern wir die hochwertige Versorgung der Spender und der auf Blutprodukte angewiesenen Patienten. Gleichzeitig schafft die Richtlinie Handlungssicherheit für die behandelnden Ärzte“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Besonders hervorzuheben ist die neue Gliederung der Richtlinie, die sich stärker am gesetzlichen Auftrag gemäß TFG ausrichtet. So werden beispielsweise in einem einführenden Kapitel der gesetzliche Auftrag, der Anwendungsbereich sowie die Rechtsgrundlagen der Richtlinie dargestellt, gefolgt von detailliert untergliederten Kapiteln zur Gewinnung, Herstellung und Anwendung von Blut und Blutprodukten. Inhaltliche Änderungen betreffen unter anderem praktikable Rahmenbedingungen für die maschinelle Autotransfusion unter Beachtung des TFG. Neu aufgenommen wurde darüber hinaus – neben dem bereits bestehenden Hinweis auf die Querschnitts-Leitlinien der Bundesärztekammer zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten – ein Hinweis auf die Grundsätze der Patienten-individualisierten Hämotherapie. Die Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen zur Aufklärung und Einwilligung der Empfänger von Blutprodukten sowie neue Erkenntnisse zu Blutgruppenbestimmungen sind weitere Aspekte, die Richtlinienänderungen notwendig gemacht hatten.

Die Auswertung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse führte unter Berücksichtigung der europäischen Richtlinie 2004/33/EG zur Präzisierung der Spenderauswahlkriterien. Dabei wurden in Deutschland bewährte und wissenschaftlich begründete Abweichungen von den europäischen Regelungen in Abstimmung mit den Bundesoberbehörden beibehalten. Veränderungen haben sich unter anderem bei den Auswahlkriterien für die Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten ergeben, die in den vergangenen Jahren insbesondere auf Grund von gesellschaftspolitischen Aspekten zum Teil kontrovers diskutiert wurden.



In der Gesetzesbegründung zum TFG vom 13. Januar 1998 fordert der Gesetzgeber „eine auf einem gesamtgesellschaftlichen Konsens gegründete Regelung wichtiger Sachverhalte, die er dem freien Spiel der Kräfte nicht überlassen möchte.“ Dieser Maßgabe entsprechend legten auf Initiative des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und der Bundesärztekammer Vertreter des BMG, der zuständigen Bundesoberbehörden sowie des „Arbeitskreises Blut“ gemäß § 24 TFG und des Ständigen Arbeitskreises „Richtlinien Hämotherapie“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer durch ihre gemeinsame Bewertung der aktuellen medizinischen und epidemiologischen Daten die wissenschaftliche Grundlage der neuen Regelung. Danach führt eine Zulassung zur Blutspende zwölf Monate nach Beendigung des sexuellen Risikoverhaltens nicht zu einer Erhöhung des Risikos für die Empfänger von Blut und Blutprodukten.

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossene „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017“ ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer veröffentlicht. Die novellierte Richtlinie wird zeitnah auch als Broschüre sowie erstmals als E-Book im Deutschen Ärzteverlag erscheinen.

Die Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten finden Sie unter [www.baek.de/haemotherapie](http://www.baek.de/haemotherapie), das Papier „Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten - Darstellung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft“ unter [www.baek.de/medwiss](http://www.baek.de/medwiss)

# Hirntod-Richtlinie: Derzeit kein Novellierungsbedarf

Montgomery: Qualität der Richtlinie spricht für sich

Vor genau zwei Jahren, im Juli 2015, wurde die vierte Fortschreibung der Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls der Bundesärztekammer veröffentlicht. Die erste turnusmäßige Aktualitätsprüfung der Richtlinie hat nun ergeben, dass derzeit kein Novellierungsbedarf besteht. Die Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Transplantationsgesetz (TPG) für „die Regeln zur Feststellung des Todes und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ ist nach wie vor aktuell, so die Bewertung der für diese Aktualitätsprüfung vom Vorstand der Bundesärztekammer eingerichteten Redaktionsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats.

## Ärzte und Patienten profitieren

„Die Aktualitätsprüfung ist abgeschlossen und wir können sagen: Die Qualität der Richtlinie spricht für sich“, sagte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Es müsse auch weiterhin das gemeinsame Anliegen aller Beteiligten sein, die Richtlinie im Interesse einer qualitativ hochwertigen, dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Versorgung der Patientinnen und Patienten einerseits und der Handlungssicherheit für ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte andererseits konsequent anzuwenden.

Die Aktualitätsprüfung war allen Beteiligten besonders wichtig, um eventuelle Anwendungsprobleme frühzeitig erkennen und die Richtlinie auf der Basis des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Sinne eines „lernenden

Systems“ weiter entwickeln zu können. Vor diesem Hintergrund wurden – über das übliche, im Begründungstext der Richtlinie dargestellte Verfahren hinaus – für diese erste Aktualitätsprüfung die betroffenen Fach- und Verkehrskreise breit einbezogen.

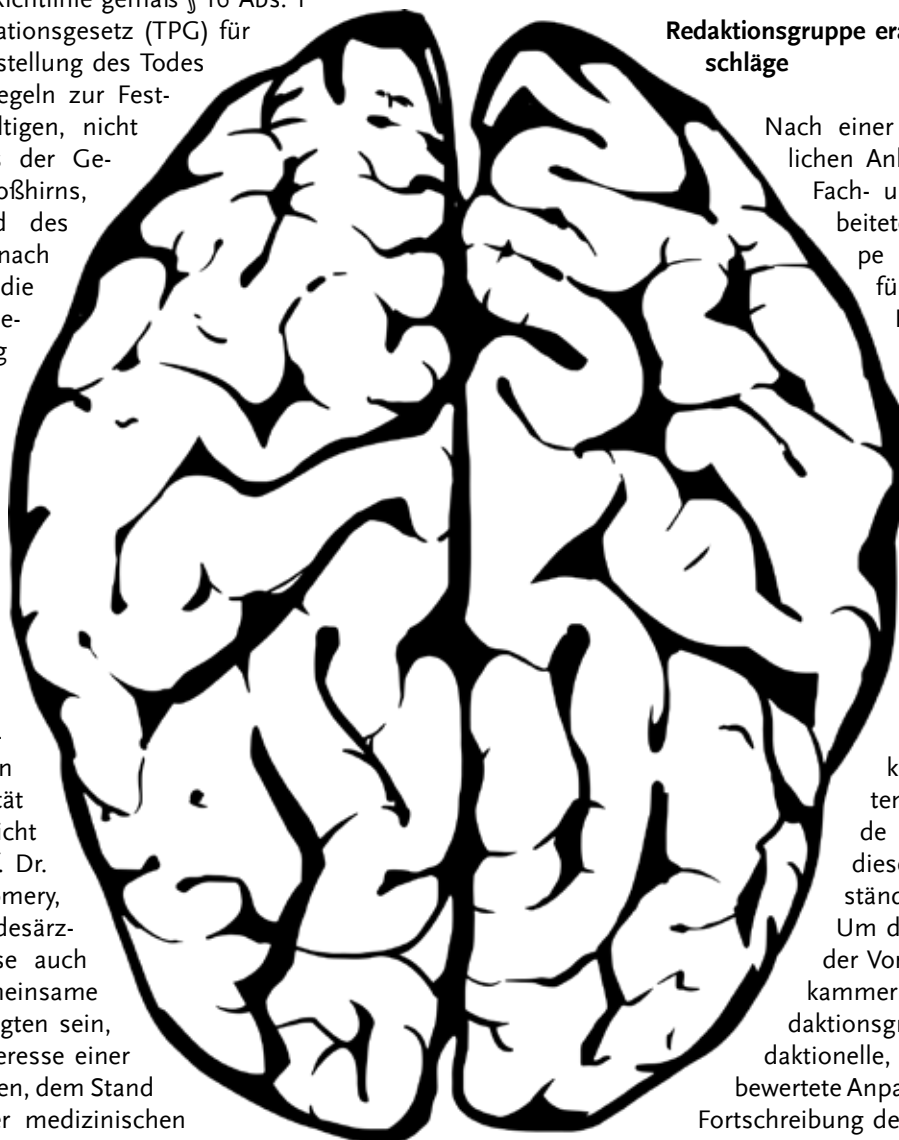
## Redaktionsgruppe erarbeitet Bewertungsvorschläge

Nach einer dreimonatigen schriftlichen Anhörung der betroffenen Fach- und Verkehrskreise erarbeitete die Redaktionsgruppe Bewertungsvorschläge für die eingegangenen Rückmeldungen und stimmte diese mit dem Arbeitskreis „Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ ab. Auf dieser Basis erfolgte die abschließende fachliche Bewertung durch die Redaktionsgruppe.

Bei der Bewertung der von den Fach- und Verkehrskreisen übermittelten Rückmeldungen wurde deutlich, dass ein Teil dieser Anmerkungen Verständnisfragen darstellten. Um diesen zu begegnen, hat der Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung der Redaktionsgruppe beschlossen, redaktionelle, aber nicht als dringlich bewertete Anpassungen für die nächste Fortschreibung der Richtlinie vorzusehen.

Mit Blick auf eventuelle Unsicherheiten bei der Anwendung der Richtlinie bieten die Ärztekammern sowie verschiedene Fachgesellschaften ein breites Angebot an Fortbildungen an, die die prozedurale Umsetzung der Diagnostik und Dokumentation im Sinne der Richtlinie bekannt machen und erläutern.

Die Richtlinie zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall finden Sie unter [www.baek.de/hirnfunktionsausfall](http://www.baek.de/hirnfunktionsausfall)



## personalia

### Fischbach neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung



Ingrid Fischbach

Das Bundeskabinett hat die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach (CDU) in das Amt der Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung berufen. Sie übernimmt das Amt von Karl-Josef Laumann (CDU), der in Nordrhein-Westfalen zum Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales ernannt wurde.

Fischbach, 1957 in Wanne-Eickel geboren, ist seit 2013 Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Seit 1998 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestages. In der CDU/CSU-Bundestagsfraktion war sie unter anderem stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgruppe Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Beauftragte für Kirchen und Religionsgemeinschaften und Vorsitzende der Gruppe der Frauen sowie stellvertretende Fraktionsvorsitzende. ■

### Ärztammer Berlin wählt Dr. Regine Held zur neuen Vizepräsidentin

Die Hals-Nasen-Ohren-Ärztin Dr. Regine Held ist von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin zur neuen Vizepräsidentin gewählt worden. Die 59-jährige löst Dr. Elmar Wille ab, der sein Amt nach 18 Jahren niedergelegt hatte. Held ist ebenso wie Wille Mitglied der Liste Allianz Berliner Ärzte. Dem Kammervorstand gehört sie seit 1999 an. Seit 1991 ist sie in Berlin-Weißensee niedergelassen. In der Ärztekammer Berlin ist Held zuständig für die Ausbildung medizinischer Fachangestellter. Sie ist Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe und des Berufsbildungsausschusses.



Dr. Regine Held

Neu in den Vorstand wurde außerdem der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Matthias Blöchle, gewählt. Der 54-jährige Reproduktionsmediziner gehört ebenfalls der Liste Allianz Berliner Ärzte an. ■

### Dr. Ghebreyesus erster WHO-Generaldirektor aus einem afrikanischem Land

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ist seit dem 1. Juli 2017 neuer Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der 52-jährige ehemalige Gesundheits- und Außenminister von Äthiopien ist der erste WHO-Chef aus einem afrikanischen Land. Er setzte sich auf der 70. WHO-Generalversammlung in Genf im dritten Wahlgang gegen den britischen Arzt Dr. David Nabarro und die pakistanische Kardiologin Dr. Sania Nishtar durch. Ghebreyesus wird Nachfolger von Dr. Margaret Chan, die nach zwei Wahlperioden nicht mehr antreten durfte.

Der neue Generaldirektor kündigte an, sich für eine bezahlbare Gesundheitsversorgung für jeden Menschen auf der Welt einzusetzen. Er habe in Äthiopien innerhalb von sechs Jahren ein Gesundheitssystem aufgebaut und kenne die Tücken. Außerdem möchte Ghebreyesus die WHO besser für den Ausbruch von Seuchen wappnen. Dazu sollen die Kriseneinheiten ausgebaut und die Entsendung von Ärzten und Pflegekräften beschleunigt werden. Bei dem Ausbruch der Ebola-Epidemie in Westafrika im Jahr 2013 stand die WHO für ihr schleppendes Krisenmanagement in der Kritik. ■

## Impressum

### BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

### Redaktion

Alexander Dückers (V.i.S.d.P.)  
Samir Rabbata

### Druck

Pinguin Druck GmbH, Berlin

### Redaktionsanschrift

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Tel: 030 - 40 04 56 700  
Fax: 030 - 40 04 56 707  
presse@baek.de  
www.baek.de

### Redaktionsschluss

30.07.2017