



120. Deutscher Ärztetag in Freiburg

## Digitalisierung geht nicht mehr weg



**Kompetenzbasiert und flexibel: Novelle der MWBO  
EU-Gesundheitskommissar Andriuskaitis im Interview  
BÄK fordert mehr Schutz für Ärzte vor Gewalt**

## Auftakt

Die heiße Phase des Bundestagswahlkampfes steht unmittelbar bevor. Wie fällt die Bilanz nach fast vier Jahren schwarz-roter Gesundheitspolitik aus und welche Reformen muss die neue Bundesregierung aus ärztlicher Sicht dringend angehen? Mit diesen und vielen weiteren gesundheits- und sozialpolitischen Fragen wird sich der 120. Deutsche Ärztetag befassen, der vom 23. bis 26. Mai 2017 in Freiburg tagt. Die aktuelle Ausgabe des BÄKground gibt Ihnen einen Überblick über alle wichtigen Tagesordnungspunkte.

Neben wichtigen berufspolitischen Themen wie der Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (S. 8) und der Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte (S. 6) wird sich der Deutsche Ärztetag intensiv mit der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens (S. 4) beschäftigen. Dabei werden die Delegierten über die vielfältigen Chancen, aber auch über potentielle Risiken der Digitalisierung beraten –

verbunden mit Forderungen und Vorschlägen für eine patientengerechte und praxistaugliche Ausrichtung der neuen technischen Möglichkeiten.

Darüber hinaus reden wir mit dem EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis über die Verteilung der gesundheitspolitischen Kompetenzen zwischen der Europäischen Union und ihren Mitgliedsstaaten, eHealth-Technologien und den Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen (S.10).

Bundespolitisch sorgte die Novelle des BKA-Gesetzes für Diskussionen. Sie ermöglicht den Lauschangriff auf Ärzte – und ignoriert damit eine Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts. Dieses hatte einen Schutz auch für Ärzte verlangt. „Die Arzt-Patienten-Beziehung muss absolut vor Überwachungsmaßnahmen geschützt werden“, fordert daher BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (S. 18). ■

## inhalt

## mai 2017

### Politik & Beruf

<b>Klare Botschaften an die Politik</b> 120. Deutscher Ärztetag	3
<b>Digitalisierung geht nicht mehr weg</b> Technischer Wandel braucht klare Spielregeln	4
<b>120. Deutscher Ärztetag berät GOÄ-Novelle</b> Konstruktiver Dialog in der Ärzteschaft	6
<b>Kompetenzbasiert und flexibel</b> Ärzte diskutieren Novelle der MWBO	8
<b>Tagesordnung</b> 120. Deutscher Ärztetag in Freiburg	9
<b>Wir arbeiten "subsidiaritätsfest"</b> EU-Kommissar Andriukaitis im Interview	10
<b>Die Schere öffnet sich</b> BÄK stellt Ärztestatistik für das Jahr 2016 vor	12

<b>Nachrichten</b>	14
--------------------	----

### Medizin & Ethik

<b>Ärzte machen Fehler - und lernen aus ihnen</b> Zahl der Behandlungsfehler im Promille-Bereich	16
<b>Masterplan Medizinstudium: Reform beschlossen</b> Viele Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen	17
<b>BÄK für Schutz des Berufsgeheimnisses</b> Montgomery warnt vor Schlapphüten in Praxen	18
<b>Sterbehilfe: Gerichtsurteil wirft neue Fragen auf</b> BfArM als Prüfstellung für Selbsttötungen?	19
<b>BÄK fordert mehr Schutz für Ärzte vor Gewalt</b> Jeder zehnte Hausarzt war schon Opfer	19

<b>Personalia</b>	20
-------------------	----

<b>Impressum</b>	20
------------------	----



120. Deutscher Ärztetag

## Klare Botschaften an die Politik

Realpolitik statt Richtungsdebatten.“ Auf diesen Grundsatz hatten sich die Gesundheitspolitiker der Koalitionsfraktionen gleich zu Beginn dieser Legislaturperiode verständigt. Tatsächlich hielten sich die Regierungspartner selten mit langwierigen und ideologisch aufgeheizten Grundsatzdebatten auf, sondern arbeiteten vergleichsweise pragmatisch die lange Vorhabenliste des schwarz-roten Koalitionsvertrages ab. Wenige Monate vor der Bundestagswahl bietet sich auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg die Gelegenheit, nach fast vier Jahren schwarz-roter Gesundheitspolitik Bilanz zu ziehen und den weiteren Reformbedarf zu benennen.

Vollständig abgelehnt hat die Ärzteschaft nur wenige Gesetze der Koalition. Prominenteste Beispiele sind das Tarifeinheitsgesetz von Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles (SPD) und das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Bei vielen anderen Vorhaben konnte sie wichtige Korrekturen durchsetzen. Die Krankenhausstrukturreform, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und das Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen sind hierfür nur einige Beispiele.

Deutsche Ärztetage und die Bundesärztekammer haben sich zudem intensiv in die Beratungen zu dem im Koalitionsvertrag angekündigten „Masterplan Medizinstudium 2020“ eingebracht. Zwar konnten sich Bund und Länder hier inzwischen einigen, allerdings nur unter Verzicht auf eine klare und langfristige Finanzierungsvereinbarung. Auch die Entscheidung über die dringend erforderliche Erhöhung der Studienplatzkapazitäten haben die Verhandlungspartner auf unbestimmte Zeit vertagt. Daher werden sich die Abgeordneten in Freiburg einmal mehr mit diesem Thema befassen. Der Ärztetag wird die Möglichkeit nutzen, ein klares Signal an die Politik von Bund und Ländern zu richten, bei diesem wichtigen Thema noch einmal nachzubessern.

Mit Blick auf die Bundestagswahl und die sich daran anschließenden Koalitionsverhandlungen wird sich der 120. Deutsche Ärztetag mit weiteren wichtigen Zukunftsthemen befassen. Die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, bedarfsgerechte Konzepte für Kooperationen im Gesundheitswesen und die Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung sind nur einige Themen, die nach Überzeugung der Ärzteschaft auf die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung gehören. Notwendig ist vor allem aber ein deutliches Bekenntnis der Politik für den Erhalt und die Fortentwicklung des dualen Versicherungssystems mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV). Deutsche Ärztetage haben die von Teilen der Politik favorisierte Einheitsversicherung wiederholt abgelehnt und stattdessen gefordert, GKV und PKV zu stärken und an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen. Der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg bietet eine gute Gelegenheit, diese Botschaft zu erneuern und an die Berliner Parteizentralen zu adressieren.

Top-Thema des diesjährigen Deutschen Ärztetages wird die „Digitalisierung des Gesundheitswesens“ sein. Gemeinsam mit Experten wie dem Buchautor und Journalisten Sascha Lobo und der Medizinerin Prof. Dr. Christiane Woopen werden die Delegierten über die vielfältigen Chancen, aber auch über potentielle Risiken der Digitalisierung beraten – verbunden mit Forderungen und Vorschlägen für eine patientengerechte und praxistaugliche Ausrichtung der neuen technischen Möglichkeiten. In den Blick genommen werden dabei auch die Möglichkeiten der Telemedizin sowie die immer beliebteren Gesundheits-Apps und das Potenzial, das die Auswertung riesiger Datenmengen (Big Data) für Forschung und Versorgung mit sich bringt. ■

## Digitalisierung geht nicht mehr weg

Technischer Wandel im Gesundheitswesen braucht klare Spielregeln

Der Umgang mit modernen Informationstechnologien gehört in den Kliniken und Praxen längst zum Alltag. Bildgebende Verfahren und andere IT-gestützte Methoden sind fest in unserem Gesundheitssystem verankert. Zudem bringt die Ärzteschaft seit Jahren ihre Expertise in die Entwicklung patientengerechter Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ein.

So wird der elektronische Medikationsplan ab 2018 auch auf der eGK des Patienten liegen. Positiv verlief auch der Test des Notfalldaten-Managements (NFDM), das ebenfalls im kommenden Jahr starten wird. Die Ergebnisse des Pilotprojekts NFDM-Sprint wurden am 7. April im Beisein von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf dem Campus des Universitätsklinikums Münster (UKM) vorgestellt. Während die große Mehrheit der teilnehmenden Ärzte sich zufrieden mit dem Anlageprozess der Datensätze zeigte, berichteten die Patienten von einem höheren Sicherheitsgefühl. Die auf der eGK gespeicherten Notfalldaten könnten „im Ernstfall Leben retten“, sagte Gröhe.

Ab Januar 2019 haben die Versicherten dann schließlich Anspruch auf eine elektronische Patientenakte, in der wichtige elektronische Dokumente wie Arztbriefe, Medikationsplan oder Impfausweis aufbewahrt werden können. Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der BÄK, sieht die Akte als „das zentrale Element eines erfolgreichen Digitalisierungsprozesses im Gesundheitswesen.“ Er bedauert, dass bisher die elektronische Gesundheitskarte die Diskussion in Deutschland dominiert habe, obwohl die lediglich ein Verschlüsselungselement in der Hand des Versicherten darstelle. Er begrüße, dass „jetzt zunehmend das eigentliche Ziel wieder mehr in den Fokus gerät.“

### Digitalisierung ist mehr als eGK

Wenn sich der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens befasst, geht es aber nicht nur um eGK und Telematikinfrastruktur (TI). Der Ärztetag fasst das Thema weiter und nimmt die vielfältigen Möglichkeiten der Telemedizin ebenso in den Blick, wie den prosperierenden Bereich der Gesundheits-Apps. Sowohl in der Akutversorgung, zum Beispiel von Schlaganfallpatienten, als auch bei der Versorgung chronisch Kranker sind telemedizinische Verfahren und Methoden etabliert. Das Deutsche Telemedizinportal der gematik listet über 200 telemedizinische Projekte auf, die zurzeit in Deutschland durchgeführt werden. Eine weitere Facette bilden die sich unter dem Begriff „Big Data“ ergebenden Möglichkeiten, riesige Datenmengen zu Forschungszwecken und zur Versorgungssteuerung aus-



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery fordert eine Zertifizierung von Gesundheits-Apps

zuwerten. Klar ist: Die Digitalisierung berührt viele Kernbereiche des ärztlichen Berufsbilds. Sie hat das Potenzial, sowohl die Prozesse als auch grundsätzliche Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung zu verändern. Daher werden die Delegierten in Freiburg über die vielfältigen Chancen, aber auch über potenzielle Risiken der Digitalisierung sprechen – verbunden mit Forderungen und Vorschlägen für eine patientengerechte und praxistaugliche Ausrichtung dieser neuen technischen Möglichkeiten.

### Mehr als 100.000 Gesundheits-Apps im Angebot

Patienten kommen mit dem digitalen Wandel der Gesundheitsversorgung wahrscheinlich am häufigsten unmittelbar in Kontakt, wenn sie eine Gesundheits-App auf ihrem Smartphone nutzen. Die Auswahl ist überwältigend. Mehr als 100.000 solcher Anwendungen gibt es inzwischen in den gängigen Appstores, und das Angebot wächst ständig. Doch nur ein Bruchteil der Programme ist als Medizinprodukt zertifiziert. Dazu zählt beispielsweise eine App, die den Herzrhythmus per Handykamera misst. Eine andere therapiert Tinnitus mit individuell abgestimmter Musik. Jenseits sol-

cher Angebote jedoch herrscht Internet-typischer Wildwuchs. Darunter finden sich einfache Wellness-Apps, die Schlafprofile erstellen oder Ernährungstipps geben. Weniger harmlos sind dagegen Anwendungen, die dem Nutzer einen digitalen Leibarzt vorgaukeln. Sie versprechen beispielsweise, das Hautkrebs-Risiko per automatisiertem Fotovergleich zu bestimmen, ohne dass ein Hautarzt das Bild in Augenschein nimmt.

### Charismha-Studie: Qualitativ hochwertige Apps sind bisher Mangelware

In diesem Dickicht gerät die Suche nach einer seriösen und zuverlässigen Anwendung zum Glücksspiel. Die Chance auf einen Treffer ist gering – zu diesem Schluss kommt zumindest die Studie „Chancen und Risiken von Gesundheitsapps“ (Charismha) der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums. Ihr ernüchterndes Fazit: „Qualitativ hochwertige (Gesundheits-)Apps, die valide Informationen bieten sowie ihre Zweckbestimmung verlässlich und sicher erfüllen sind eher die Ausnahme als die Regel.“ Auch mit dem Datenschutz nehmen es viele Anbieter nicht so genau. Wie eine Analyse der Verbraucherzentrale NRW zeigt, sendet die Mehrzahl der von ihr untersuchten Fitness-Apps sensible Informationen zu den Anbietern selbst sowie an Analyse- und Werbedienste. Das ist kein Wunder, schließlich sind persönliche Daten die Währung des Internetzeitalters.

Die Ärzteschaft pocht daher im Sinne des Patientenschutzes auf klare Spielregeln für digitale Helferlein. „Es muss sichergestellt sein, dass niemand unwissentlich mit persönlichen Daten für scheinbar kostenlose Gesundheits-Apps bezahlt“, fordert Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). Er vermisst ein Gütesiegel, das Datensicherheit und Datenverlässlichkeit garantiert. „Solche Apps müssen genauso zugelassen und zertifiziert werden wie andere Medizinprodukte“, so Montgomery. Mit dieser Idee steht er nicht allein da. Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) schlägt vor, Gesundheitsanwendungen in verschiedene Risikoklassen mit entsprechenden Zulassungsanforderungen einzustufen.

Auch die Politik hat den Handlungsbedarf mittlerweile erkannt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) findet die Zertifizierung medizinischer Apps als Medizinprodukte wichtig. Nun soll ein „Innovationsbüro“ beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Startups und Forschungseinrichtungen im Hinblick auf die regulatorischen Anforderungen des Gesundheitsmarktes beraten.

### Möglichkeiten der Fernbehandlung

Auch beim Thema Fernbehandlungen tut sich einiges. An-



ders als oftmals vermutet, ist sie keinesfalls durch das ärztliche Berufsrecht generell verboten. „Tatsächlich ist ein sehr weites Spektrum telemedizinischer Versorgung mit der ärztlichen Berufsordnung vereinbar“, stellt Telematik-Experte Bartmann klar.

Vielerorts kommt die Fernbehandlung bei Bestandspatienten bereits heute zum Einsatz. Die Bundesärztekammer gibt in einer Publikation Hinweise und Erläuterungen zur Fernbehandlung. In Baden-Württemberg erprobt die Landesärztekammer in einem Modellprojekt die ärztliche Behandlung ausschließlich über Kommunikationsnetze, ohne dass im Vorfeld ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben muss. Das Modell ermöglicht beispielsweise die Anamnese und Befunderhebung per Telefon. Ziel der Modellversuche ist es, eine klarere Vorstellung zu erhalten, was über die Distanz möglich ist und wann die ausschließliche Fernbehandlung an ihre Grenzen stößt. Ein Kriterienkatalog der Landesärztekammer soll dabei die Einhaltung von medizinischen Standards sowie von Datenschutz- und Qualitätsanforderungen sicherstellen. „Wir reagieren nicht zuletzt auf die große Nachfrage nach derartigen innovativen Lösungen aus den Reihen unserer Mitglieder“, sagt Dr. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Klar ist aber auch: weder Apps noch Onlinesprechstunden können den Arztbesuch komplett ersetzen. Ihr Nutzen liegt darin, aus der Distanz zu erkennen, wann ein Arztbesuch notwendig ist oder den Verlauf von Behandlungen besser zu verfolgen.

Das Informationspapier der Bundesärztekammer "Hinweise und Erläuterungen zur Fernbehandlung" finden Sie unter [www.baek.de/fernbehandlung](http://www.baek.de/fernbehandlung). ■



## 120. Deutscher Ärztetag berät GOÄ-Novelle

### Konstruktiver Dialog mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften

Fast 30 Jahre ist die letzte Gesamtrevision der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) her. Folglich bildet das Gebührenverzeichnis wichtige Bereiche der Medizin nur auf dem Stand der 1980er Jahre ab. Deutsche Ärztetage hatten wiederholt eine Gesamtrevision der GOÄ durch den Verordnungsgeber gefordert – allerdings ohne Erfolg.

Deshalb hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) bereits im Jahr 2008 entschlossen, in Vorleistung zu gehen und einen Novellierungsvorschlag für den Verordnungsgeber zu entwickeln. Einer Vorgabe des Bundesgesundheitsministeriums folgend, verhandelt die BÄK seit dem Jahr 2010 gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung und Beihilfevertretern über die Novelle.

„Unser Ziel ist es, eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen“, sagt Dr. Klaus Reinhardt, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung für Ärzte“. Die neue GOÄ müsse verständlicher und transparenter werden und endlich die dringend notwendige Rechtssicherheit für Ärzte schaffen.

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg werden die Delegierten einen ausführlichen Überblick über den aktuellen Stand der Gespräche erhalten und dann das weitere Vorgehen abstimmen. Bereits im vergangenen Jahr hatte sich der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg klar für eine Fortführung der Arbeiten an einer Novelle der GOÄ ausgesprochen und dem von der Bundesärztekammer neu aufgelegten Fahrplan für die Verhandlungen zugestimmt. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Planes ist es, die ärztlichen Berufsverbände und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter Federführung der Bundesärztekammer in die Überarbeitung der Leistungsinhalte und nachfolgend der Bewertungen einzubeziehen.

#### Beratungen des Leistungsverzeichnisses

Demzufolge wurde von Mai bis November 2016 in 34 GOÄ-neu-Verbandesgesprächen das bis dahin erarbeitete Leistungsverzeichnis der neuen GOÄ mit über 130 betroffenen ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften im Sinne eines Qualitätssicherungsprozesses diskutiert.

Auf diese Verbandesgespräche folgten ab November 2016 Beratungen zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband zu den eingebrachten Änderungsvorschlägen zum Leistungs-



Dr. Klaus Reinhardt, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender des Ausschusses "Gebührenordnung für Ärzte"

verzeichnis. Diskutiert wurden bisher die Rückmeldungen der Berufsverbände und Fachgesellschaften aus 24 Verbandesgesprächen. Die bisherigen Gespräche mit dem PKV-Verband verliefen konstruktiv. Etwa Dreiviertel der bisher diskutierten Änderungsvorschläge (insgesamt wurden mehr als 2.300 Änderungsvorschläge eingebracht) wurden von der PKV akzeptiert. Änderungsvorschläge, die nicht konsentierbar sind oder die im Rahmen der Kompromissfindung geändert wurden, werden im Anschluss daran zwischen Bundesärztekammer, PKV-Verband, sowie den jeweiligen Berufsverbänden und Fachgesellschaften beraten.

#### Kalkulation und Hochrechnung

Bereits im Januar 2017 wurden die ärztlichen Berufsverbände um Angaben zur Bewertung (Zeit- und Personalaufwand) gebeten. Die letzten Rückmeldungen der Verbände zu den Bewertungsgrundlagen der Leistungen werden bis Mitte Mai 2017 erwartet. Nach Eingang aller Rückmeldungen werden die Leistungen bepreist. „Bei den Daten setzen wir auf alle Quellen, die Aufschluss geben, nicht nur auf die der Privaten Krankenversicherer“, berichtet Reinhardt. Dazu gehören frei

zugängliche Quellen, wie vom statistischen Bundesamt oder der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) genauso wie Bestände großer Abrechnungsgesellschaften. Das Unternehmen „Prime Networks“ wurde beauftragt, unter Beteiligung der Berufsverbände und Fachgesellschaften, ein auf die überarbeiteten Leistungslegendierungen abgestimmtes Kalkulationsmodell mit angepassten Bewertungen sowie ein BÄK-eigenes Hochrechnungsmodell zu entwickeln. Ziel ist zunächst eine rein ärztliche GOÄ, die Grundlage für die Verhandlung der Bewertungen sein soll. Maßgabe bleibe, so Reinhardt, ein Preiseffekt von 5,8 Prozent (+/- 0,6 Prozent), der in einer Monitoringphase für drei Jahre unter Beobachtung stehe.

Reinhardt stellt klar, dass die überarbeiteten Entwürfe zum Leistungsverzeichnis und zu den finalen Bewertungen erst dann an das Bundesgesundheitsministerium übergeben werden, wenn sichergestellt ist, dass die Leistungslegendierungen und -bewertungen den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen.

Die Leistungen sollen mit einem Einzelsatz bewertet werden, der mit dem bisherigen durchschnittlichen Steigerungssatz vergleichbar ist. Erforderliche Zusatzaufwände, die sich aus der methodischen Variation der jeweiligen Leistung, den Umständen ihrer Erbringung oder aus patientenbezogenen Gründen ergeben, werden in entsprechenden leistungsbezogenen Erschwerniszuschlägen abgebildet. Daher wurden im Rahmen der Verbändegespräche zusätzlich zu den bereits vorhandenen ca. 900 Zuschlägen weitere 670 Erschwerniszuschläge aufgenommen. Darüber hinausgehende besondere Erschwernisgründe, die zur Steigerung auf den zweifachen Gebührensatz berechtigen, werden in einer sogenannten Positivliste aufgenommen.

Ein wichtiger Aspekt ist, dass die betriebswirtschaftliche Grundkalkulation die kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ ermöglicht, insbesondere bei der Aufnahme neuer innovativer Leistungen oder bei Anpassung der GOÄ in Bezug auf allgemeine und spezielle Kostenentwicklungen.

Leistungen der persönlichen ärztlichen Zuwendung werden durch die Aufnahme zeitgestaffelter Gesprächsleistungen besser abgebildet und angemessen vergütet. Die Bildung von Analogziffern bei innovativen, nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen wird weiterhin möglich sein. Darüber hinaus können auch zukünftig Verlangensleistungen als analoge Leistungen berechnet werden.

#### **Änderung der Bundesärzteordnung und des Paragraphenteils**

Gemäß der Beschlusslage des 119. Deutschen Ärztetages wurden ab November 2016 die möglichen Kompromisslinien und die notwendigen Änderungen der Bundesärzteordnung

und des Paragraphenteils mit übergeordneten Verbänden im Rahmen mehrerer Workshops erörtert. Die überarbeiteten Änderungsentwürfe wurden von November 2016 bis April 2017 zwischen BÄK und PKV-Verband abgestimmt; dabei wurde die Mehrzahl der von der Ärzteseite eingebrachten Änderungen vom PKV-Verband akzeptiert. Klargestellt wurde unter anderem, dass die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission (GeKo) einen rechtsprägenden Charakter haben. Sie sind nicht rechtsverbindlich. „Die GeKo ist ein Arbeitsgremium mit Vorschlagsmöglichkeit und keine Behörde“, so Reinhardt. Diese Sichtweise werde auch vom Bundesgesundheitsministerium geteilt. Die Empfehlungen können nur einstimmig und damit ausschließlich mit Zustimmung der von der Bundesärztekammer repräsentierten Ärzteseite zustande kommen.

Die sogenannte Negativliste wurde vollständig gestrichen. Auch bei abweichenden Honorarvereinbarungen ist keine Negativliste mehr zu beachten. Ebenfalls gestrichen wurde die Möglichkeit des Ersuchens eines einzelnen Arztes an die Gemeinsame Kommission zur Aufnahme weiterer Gründe in die Positivliste. Der Arzt wendet sich in diesen Fällen an die Landesärztekammer, da es originäre Aufgabe der Landesärztekammern ist, die Angemessenheit einer Honorarforderung zu beurteilen.

Die Bundesärztekammer hat außerdem klargestellt, dass in der dreijährigen Monitoringphase Abweichungen unberücksichtigt bleiben müssen, die nicht durch den Preiseffekt der reformierten GOÄ bedingt sind, wie etwa Alterung, Morbidität oder Epidemien. Darüber hinaus wurde die wahlärztliche Stellvertreterregelung und die Verantwortung für die Rechnungslegung wahlärztlicher Leistungen an die geltende Rechtsprechung sowie die übliche Praxis angepasst.

#### **Wie geht es weiter?**

Reinhardt erinnert daran, dass der Verordnungsgeber „Herr des Verfahrens“ bleibe. Er könne auch ohne die Ärzte eine Gebührenordnung erlassen. „Das Angebot für den Entwurf ist eine echte Chance. Nach mehr als 30 Jahren bietet sich die Möglichkeit für eine Gesamtrevision der GOÄ. Und das auf Grundlage eines von der Ärzteschaft maßgeblich mitgestalteten Reformkonzeptes. Diese Chance sollten wir nutzen“, fordert Reinhardt.

In ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl hatte die Bundesärztekammer die künftige Bundesregierung aufgefordert, die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlages von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfeträgern umzusetzen und damit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen und die aktuellen Entwicklungen der Medizin abzubilden und fortlaufend anzupassen. ■

## Kompetenzbasiert und flexibel

### 120. Deutscher Ärztetag diskutiert Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer (BÄK) beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen. Die BÄK und die Landesärztekammern befinden sich derzeit in einem Abstimmungsprozess unter Einbeziehung von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Dachverbänden und weiteren ärztlichen Organisationen, um den vielfältigen fachlichen und didaktischen Anforderungen der Weiterbildung unter Wahrung aller Gesichtspunkte gerecht zu werden. Um einen für alle Beteiligten transparenten Austausch zur inhaltlichen Gestaltung zu ermöglichen, erfolgt dies im Wesentlichen über die initial eingerichtete WIKI-BÄK-Plattform im Internet.

In der novellierten MWBO wird die bewährte Gliederung in die einzelnen Abschnitte, Paragrafenteil, Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungen sowie Zusatz-Weiterbildungen beibehalten. Die kompetenzbasierte MWBO orientiert sich am Ergebnis der Weiterbildung. Dazu werden diejenigen Kompetenzen definiert, die ein Arzt benötigt, um als Facharzt eigenständig tätig sein zu können.

Künftig wird die Kernfrage nicht mehr allein lauten, „wie oft“ und „in welcher Zeit“ werden Inhalte erbracht, sondern „wie“, in welcher Form, werden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erlernt. Die in Weiterbildungsblöcke gegliederten allgemeinen und speziellen Weiterbildungsinhalte werden in der neuen MWBO in einer zweigliedrigen Kompetenzstruktur – den Weiterbildungsmodi „Kennen und Können“ (Arbeitstitel) sowie „Beherrschen“ (Arbeitstitel) – abgebildet. Für jeden Weiterbildungsinhalt wird somit festgelegt, ob am Ende der Weiterbildung eine kognitive bzw. eine Methodenkompetenz oder eine Handlungskompetenz erreicht werden soll. Da der Fokus primär auf den Weiterbildungsinhalten liegt, werden die Weiterbildungszeiten für die einzelnen Weiterbildungsqualifikationen neu gestaltet, so dass neben den Gesamt-Mindestweiterbildungszeiten möglichst nur noch wenige Untergliederungen ausgewiesen werden müssen. Anrechenbare Zeiten oder Zeiten im ambulanten bzw. stationären Bereich ergeben sich weitgehend aus den definierten Inhalten.

Um die Weiterbildung flexibler zu gestalten, sollen berufs begleitende Weiterbildungen geschaffen und neue Lernmethoden etabliert werden. Eine Fokussierung auf Kompetenzen erfordert auch eine Neugewichtung der Befugnis, verbunden mit einheitlichen Rahmenkriterien für die Befugniserteilung. Um die verpflichtende Dokumentation des Weiterbildungsfortschritts für Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte zu erleichtern, soll das zukünftige Logbuch als elektronische

Anwendung zur Verfügung stehen. Für einen unkomplizierten Wechsel der Ärztekammer wird hierzu eine bundeseinheitliche Lösung angestrebt.

Auch ist vorgesehen, im Sinne einer Präambel arztprägende Haltungen entsprechend des Rollenmodells der „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS) in die MWBO aufzunehmen, um neben den fachspezifischen auch die mit der Weiterbildung zu erlangenden berufsspezifischen Kompetenzen abzubilden. Parallel dazu muss die Neuausrichtung der MWBO im Paragrafenteil nachvollzogen werden.

#### Komplexer Novellierungsprozess

Anhand der von den Weiterbildungsgremien der BÄK erstellten strukturellen Vorgaben wurden von den Fachgesellschaften und Berufsverbänden Vorschläge zur Gestaltung der einzelnen Weiterbildungsbezeichnungen sowie Anträge auf Aufnahme neuer Bezeichnungen bis Mitte 2013 auf der WIKI-BÄK-Plattform eingestellt. Die Komplexität des Novellierungsprozesses und die Diversität der Vorschläge machten es erforderlich, sich zunächst auf den Abschnitt B der MWBO (Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen), zu konzentrieren. In Gesprächen mit den jeweiligen Fachgruppen wurden die zuvor von BÄK und Arbeitsgruppen der Landesärztekammern systematisierten Vorschläge diskutiert, so dass bis Ende 2016 Entwürfe zu allen 61 Bezeichnungen des Abschnitts B auf der Plattform veröffentlicht werden konnten. Nach intensiver Befassung in den Gremien der Landesärztekammern werden diese Entwürfe aktuell in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der BÄK erörtert. Darüber hinaus wurden die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung grundlegend überarbeitet sowie ein Glossar entwickelt.

Schwerpunktmäßig werden sich BÄK und Landesärztekammern im Jahr 2017 mit der inhaltlichen Ausrichtung von Zusatz-Weiterbildungen, berufsbegleitenden Qualifikationen sowie den Anträgen auf neue Bezeichnungen befassen. Daneben werden die Anpassungen des Paragrafenteils beraten sowie Konzepte zur elektronischen Logbuchführung erstellt und diskutiert. Neben einem Sachstandsbericht ist geplant, die mit den Landesärztekammern abgestimmten Entwürfe der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen der MWBO sowie die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung dem diesjährigen Deutschen Ärztetag vorzulegen. Ob der bisherige Zeitplan, die novellierte MWBO als Gesamtpaket auf dem 121. Deutschen Ärztetag im Mai 2018 zu verabschieden, eingehalten werden kann, wird sich auch aus den Beratungen auf dem diesjährigen Ärztetag ergeben. ■



## Tagesordnung

### 120. Deutscher Ärztetag in Freiburg im Breisgau

#### Eröffnungsveranstaltung

23.05.2017, 10:00 Uhr

Konzerthaus Freiburg  
Konrad-Adenauer-Platz 1  
79098 Freiburg im Breisgau

#### Plenarsitzungen des 120. Deutschen Ärztetages

23. bis 26. Mai 2017

Messe Freiburg  
Halle 4 (SICK-Arena)  
Europaplatz 1 (Navigationsadresse: Hermann-Mitsch-Str. 3)  
79108 Freiburg

#### Tagesordnung

##### TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

**Referent:** Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Berlin, Präsident der BÄK und des Deutschen Ärztetages

- a) Aussprache zum Leitantrag
- b) Allgemeine Aussprache
- c) Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016

**Referent:** Dr. jur. Marlis Hübner, Berlin, Leiterin der Rechtsabteilung der BÄK

##### TOP II: Digitalisierung im Gesundheitswesen

**Referent:** Dr. med. Franz Bartmann, Bad Segeberg (Einführung), Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der BÄK

**Referent:** Sascha Lobo, Berlin, Autor und Strategieberater mit den Schwerpunkten Internet und Markenkommunikation

**Referent:** Prof. Dr. med. Christiane Woopen, Köln, Professor für Ethik und Theorie der Medizin an der Universität zu Köln

**Referent:** Dr. med. Ulrich Clever, Stuttgart (Bericht zur Modellklausel in der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg), Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

##### TOP III: Bericht über die Jahresrechnung der BÄK für das Geschäftsjahr 2015/2016

##### a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2015/2016

**Referent:** Tobias Nowoczyn, Berlin, Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der BÄK über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2015/2016

**Referent:** Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK

##### TOP IV: Entlastung des Vorstandes der BÄK für das Geschäftsjahr 2015/2016

##### TOP V: Haushaltsvorschlag für das Geschäftsjahr 2017/2018

##### a) Bericht der Geschäftsführung

**Referent:** Tobias Nowoczyn, Berlin, Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht über die Beratung in der Finanzkommission

**Referent:** Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK

##### TOP VI: GOÄ-neu

**Referent:** Dr. Klaus Reinhardt, Bielefeld, Vorsitzender des Ausschusses "Gebührenordnung" der BÄK

##### TOP VII: Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

**Referent:** Dr. med. Franz Bartmann, Bad Segeberg, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der BÄK

##### TOP VIII: Wahl des Tagungsortes für den 122. Deutschen Ärztetag 2019

- Änderungen der Tagesordnung bleiben vorbehalten -

## Wir arbeiten "subsidiaritätsfest"

EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis im Interview

**Herr Andriukaitis, haben Sie als Arzt den Eindruck, dass die ärztliche Perspektive Ihnen im Arbeitsalltag eher hilft oder stört?**

In meiner derzeitigen Funktion als Gesundheitskommissar der Europäischen Union sehe ich meinen medizinischen Hintergrund eher als Hilfe denn als Nachteil. Ich arbeite schon lange genug im Öffentlichen Dienst, um zwischen der Gesundheit der Gesamtbevölkerung und der individuellen Gesundheit unterscheiden zu können. Allerdings hilft mir meine Erfahrung als Arzt, genauer gesagt als Herzchirurg, dabei, mich in die Lage von Ärzten, Krankenhausleitern oder nationalen Entscheidungsträgern zu versetzen und politische Fragen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Gerade wenn es um Themen geht wie eHealth, die Bewertung von Gesundheitstechnologien, um Transfettsäuren oder die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen.

**Im Vertrag von Lissabon ist das Subsidiaritätsprinzip festgeschrieben. Wie bewerten Sie die Kompetenzverteilung zwischen EU und Mitgliedsstaaten vor diesem Hintergrund?**

Alle neuen EU-Initiativen werden im Hinblick auf Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit bewertet, die der Vertrag von Lissabon festlegt – insbesondere von der derzeitigen EU-Kommission, die sich dazu verpflichtet hat, große Themen groß zu behandeln und kleine Themen klein. Meiner Auffassung nach ist es der richtige Ansatz, dort über Ländergrenzen hinweg zu kooperieren, wo ein einzelner EU-Staat allein wenig ausrichten kann, beispielsweise beim Klimawandel, bei übertragbaren Krankheiten, bei der Fischereipolitik oder der Terrorismusbekämpfung.

**...und in der Gesundheitspolitik?**

Beim Thema Gesundheit sind die Bereiche, in denen wir gesetzgeberisch tätig sind, ebenfalls „subsidiaritätsfest“, da es sich entweder um Themen handelt, die mit dem Binnenmarkt in Zusammenhang stehen – zum Beispiel der freie Handel mit sicheren und wirksamen pharmazeutischen Produkten – oder mit der Freizügigkeit der EU-Bürger, beispielsweise bei der Gesundheitsversorgung über Landesgrenzen hinweg. Natürlich sind die Staaten dafür verantwortlich, ihre Gesundheitsversorgung zu organisieren und bereitzustellen. Trotzdem kann die EU hier einen deutlichen Mehrwert schaffen, ohne dabei in die Kompetenzen der Länder einzugreifen, etwa indem sie ihren Mitgliedern hilft, gemeinsame Herausforderungen zu bewältigen, wie die Risikofaktoren chronischer Krankheiten oder den Einfluss einer höheren Lebenserwartung auf die Gesundheitssysteme. Ich bin froh, dass die EU-Staaten trotz des momentan schwierigen politischen Klimas beim Thema Gesundheit in zunehmendem Maße mit der Europäischen Kommission kooperieren. Ein gutes



EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis

Beispiel dafür sind die jüngst gestarteten Europäischen Referenznetzwerke, bei denen sich über 900 medizinische Teams aus 26 Ländern vernetzen, um Patienten mit seltenen, wenig verbreiteten und komplexen Krankheiten zu helfen.

**Kritiker sagen, dass EU-Initiativen wie die Standardisierung von Gesundheitsleistungen oder die Verhältnismäßigkeitsprüfungen, die die Kommission vorgeschlagen hat, in die nationale Gesundheitspolitik eingreifen. Wie sehen Sie das?**

Die Kommission bemüht sich darum, sicherzustellen, dass alle 28 Gesundheitssysteme unsere gemeinsamen Werte wie Universalität, Solidarität und den gleichen Zugang zu einer hochqualitativen Versorgung verwirklichen. Wir hatten dagegen nie die Absicht, die Gesundheitsversorgung europaweit zu vereinheitlichen. Wir sind uns ganz im Gegenteil bewusst, dass es in Gesundheitsfragen keine Lösungen gibt, die für alle passen. Trotzdem stehen viele, wenn nicht sogar alle Gesundheitssysteme in Europa vor den gleichen Herausforderungen – einer alternden Bevölkerung und damit verbunden dem Anstieg chronischer Erkrankungen sowie einem begrenzten Ausgabenrahmen. Daher kann die EU ihren Mitgliedsstaaten auch gut dabei helfen, ihre Gesundheitssysteme effektiver, zugänglicher, widerstandsfähiger und nachhaltiger zu gestalten. Das machen wir zum Beispiel, indem wir länderspezifische Empfehlungen zur Reform des Gesundheitssystems und unverbindliche Ratschläge zu effizienten, zugänglichen und stabilen Gesundheitssystemen geben. Diese Empfehlungen greifen nicht in die nationale Gesundheitspolitik ein, sondern unterstützen sie.

**Was kann die EU tun, um eHealth Technologien zu unterstützen und gleichzeitig die Patientensicherheit zu garantieren?**

Ich bin der Überzeugung, dass eHealth-Technologien es ermöglichen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, den Patienten zu stärken, unabhängiger zu leben und die Gesundheitssysteme effizienter, nachhaltiger und kosteneffektiver

zu gestalten. Ich möchte die Möglichkeiten nutzen, die der digitale europäische Binnenmarkt eröffnet, um ein Umfeld zu schaffen, in dem sichere, zweckmäßige, innovative und kosteneffektive eHealth-Lösungen gedeihen können. Richtig angewandt erhöhen viele elektronische Werkzeuge schon von sich aus die Patientensicherheit – sie beugen Fehlern beim Austausch von Daten vor und sichern eine lückenlose Versorgung. So kann die Benutzeroberfläche sicherstellen, dass Untersuchungsergebnisse richtig interpretiert werden; zudem gibt es häufig Sicherheitsfunktionen, die Tippfehler und andere Versehen vermeiden. Handgeschriebene Rezepte sind berüchtigt für ihre schlechte Lesbarkeit. Hier können eHealth-Anwendungen die Zahl der Fehler reduzieren. Auf der europäischen Ebene stellt die Interoperabilität der eHealth-Systeme momentan das dringlichste Problem dar. Bereits im Jahr 2011 hat die EU-Kommission ein eHealth-Netzwerk ins Leben gerufen, mit dessen Hilfe nationale Einrichtungen freiwillig zusammenarbeiten können, um eine gemeinsame Basis für diese Dienste zu schaffen. Das Netzwerk spielt eine zentrale Rolle bei der Lösung der Interoperabilitäts-Probleme zwischen elektronischen Gesundheitslösungen.

#### **Ein weiteres wichtiges Thema ist der Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen. Was unternimmt die EU hier vor dem Hintergrund der G20-Beschlüsse?**

Antibiotika-Resistenzen stellen eine zunehmende weltweite Gefahr und eine erhebliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Belastung dar. Wenn hier nichts passiert, müssen wir Schätzungen zufolge bis zum Jahr 2050 mit weltweit zehn Millionen Todesfällen und weltwirtschaftlichen Gesamtverlusten von mehr als 90 Billionen Euro rechnen. In Anbetracht dieser Größenordnungen sind Antibiotika-Resistenzen zu einer politischen Priorität sowohl auf europäischer als auch auf globaler Ebene geworden. Ich hatte die Ehre, im vergangenen September an einer Veranstaltung der UN-Vollversammlung zum Thema Antibiotika-Resistenzen teilnehmen zu dürfen, bei der sich alle Mitglieder auf ein gemeinsames Vorgehen verständigt haben. Das war ein sehr wichtiger Schritt. Wir als Europäische Kommission haben uns mit dem „Eine Gesundheit“-Ansatz schon seit 1999 dem Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen verpflichtet und damit anerkannt, dass die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt untrennbar miteinander verbunden ist. In diesem Sommer werden wir auf EU-Ebene einen neuen Aktionsplan gegen Antibiotika-Resistenzen starten, der auf diesem Ansatz beruht. Die wesentlichen Ziele der neuen Strategie ruhen auf drei Säulen: Die EU zur Best Practice-Region zu machen, Forschung, Entwicklung und Innovation anzukurbeln und die globale Agenda zu gestalten. Der Plan wird durch konkrete Aktionen begleitet, die zu einem EU-weiten Zusatznutzen führen sollen. Daher haben wir kürzlich eine öffentliche Konsultation zu möglichen Aktivitäten im Rahmen dieses Aktionsplans gestartet, die bis zum 28. April 2017 lief. Wir wollen sicherstellen, dass vom Entscheidungsträger über die Stakeholder bis zu den

Bürgern jeder Vorschläge äußern kann, wie die EU die Länder im Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen unterstützen kann und wie wir auf der globalen Bühne die größte Wirkung erzielen können.

#### **US-Präsident Donald Trump hat angekündigt, dass er die Zulassungsverfahren für neue Medikamente drastisch vereinfachen will. Was bedeutet das für die Patienten in Europa?**

Es ist noch zu früh um abzuschätzen, wie diese Vereinfachungen in der Praxis konkret aussehen werden, und die Folgen zu beurteilen. Wir können aber jetzt schon sagen, dass die Patienten in Europa unabhängig von dem US-amerikanischen Evaluationsprozess für neue Medikamente von unseren strengen Zulassungsregeln profitieren. Die zentralisierten europäischen Regeln stellen sicher, dass nur Arzneimittel zugelassen und zum Verkauf freigegeben werden, deren Sicherheit und Wirksamkeit nachgewiesen ist. Nach der Freigabe wird die Sicherheit des Medikaments kontinuierlich überwacht um zu gewährleisten, dass im Falle von Nebenwirkungen schnell Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Daher werden Änderungen beim Zulassungsprozess in den Vereinigten Staaten auch keine Auswirkungen auf Patienten haben, die ihre Medikamente in Europa kaufen – und ich kann versichern, dass wir in Fragen der Sicherheit und Wirksamkeit niemals Kompromisse eingehen werden. Aus unserer Perspektive sind vereinfachte Prozesse nicht wirklich ein Thema. Ich glaube vielmehr, dass wir uns darauf konzentrieren sollten, unsere Rahmenbedingungen zu verbessern. Um eins klarzustellen, ich akzeptiere keine Kompromisse bei der Sicherheit. Aber ich bin beispielsweise offen dafür, unsere Erfahrungen aus dem Pilotprojekt „Adaptive Pathways“ zu nutzen und die Sammlung von Daten in Bereichen mit hohem Behandlungsbedarf zuzulassen. Um es anders auszudrücken, bemühen wir uns in der EU darum, dafür zu sorgen, dass Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und anderen Behandlungsdefiziten einen schnellen Zugang zu sicheren und vielversprechenden Medikamenten erhalten. In bestimmten Fällen können wir einen Marktzugang unter Vorbehalt genehmigen, sodass ein Medikament schneller erprobt werden kann, während gleichzeitig eine positive Nutzen-Risiko-Balance sichergestellt wird. Darüber hinaus ist der Hersteller in diesen Fällen verpflichtet, weitere Daten zu generieren, um die Sicherheit und Zuverlässigkeit des Medikaments zu belegen. Eine vielversprechende EU-Initiative, die im vergangenen März gestartet wurde – das PRIME (Priority Medicine) Schema – fokussiert auf Arzneimittel, die einen bedeutenden therapeutischen Vorteil gegenüber bereits existierenden Behandlungen bieten, oder Patienten zu Gute kommen, für die es keine Behandlungsalternativen gibt. Es soll Patienten helfen, so schnell wie möglich von Therapien zu profitieren, die ihre Lebensqualität entscheidend verbessern könnten.

**Herr Andriukaitis, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. ■**

## politik &amp; beruf

## Schere zwischen Bedarf und Kapazitäten öffnet sich

BÄK stellt die Ärztestatistik für das Jahr 2016 vor

Wer nur die leicht steigenden Arztzahlen betrachtet, verschließt die Augen vor der ganzen Wahrheit. Tatsächlich öffnet sich die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten immer weiter. Schon heute klaffen bei der ärztlichen Versorgung in vielen Regionen große Lücken.“ So kommentiert Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ärztestatistik für das Jahr 2016.

Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen

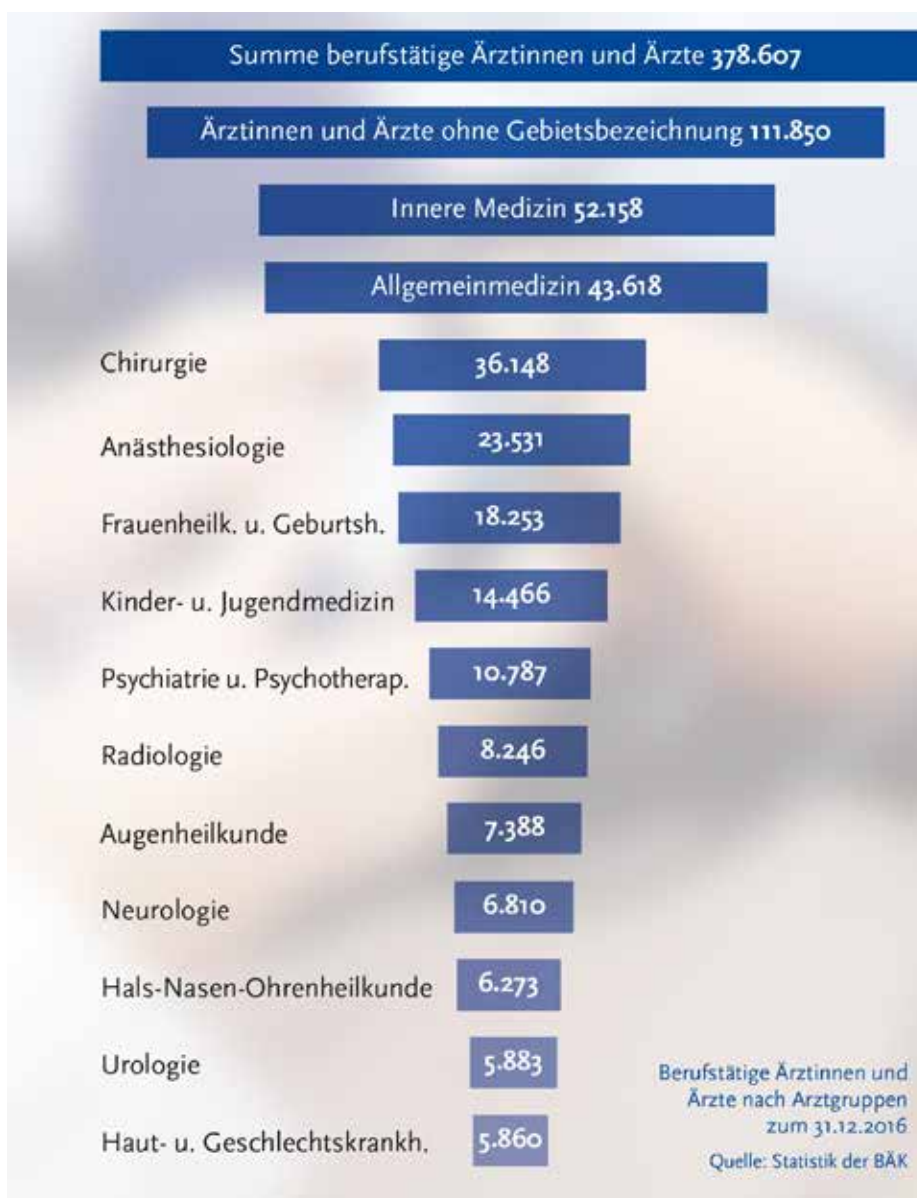
und Ärzte geringfügig um 2,1 Prozent. Damit waren im Jahr 2016 im Bundesgebiet 378.607 Ärztinnen und Ärzte tätig, das sind 7.305 mehr als im Vorjahr. Von ihnen arbeiten 194.401 im Krankenhaus. Deutlich kleiner ist die Gruppe der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mit 151.989. Hinzu kommen 32.217 Mediziner, die bei Behörden, Körperschaften und in sonstigen Bereichen beschäftigt sind. Ihr Anteil blieb im Vergleich zum Vorjahr mit 8,5 Prozent unverändert.

Der insgesamt leichte Zuwachs relativiert sich, wenn man die enorm hohen Behandlungszahlen in Praxen und Kliniken betrachtet. Allein in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kommt es jährlich zu mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten. In den Krankenhäusern erhöhte sich die Zahl der Behandlungsfälle in den letzten zehn Jahren um mehr als 2,5 Millionen auf fast 19,8 Millionen. Da die Deutschen immer älter werden, ist ein Ende dieser Entwicklung nicht in Sicht. Wissenschaftler prognostizieren bis 2030 einen Anstieg der Lebenserwartung bei Männern in Deutschland von 78 auf fast 82 Jahre und bei Frauen von 83 auf 86 Jahre.

Unsere Gesellschaft altert, und die Ärzteschaft altert mit. Fast jeder vierte niedergelassene Arzt plant, in den nächsten fünf Jahren seine Praxis aufzugeben“, warnt der BÄK-Präsident. Zwar stieg im Jahr 2016 die Zahl der unter 35-jährigen berufstätigen Ärzte (+ 2.334). Dem steht aber in den Altersgruppen der 50- bis 59-jährigen ein Zuwachs von 1.600, bei den 60- bis 65-jährigen von 1.172 und bei den über 65-jährigen von 2.463 Ärztinnen und Ärzten gegenüber.

Nach wie vor steigt auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte. Er beträgt jetzt 46,5 Prozent. Im Jahr 1991 lag der Frauenanteil noch bei einem knappen Drittel. Seitdem hat er sich um 38,4 Prozent erhöht.

Auf dem Arbeitsmarkt sind Mediziner weiterhin äußerst gefragt. Die Bundesagentur für Arbeit meldete 1.943 offene Stellen für Ärztinnen und Ärzte (Vorjahr: 1.807). Damit herrscht praktisch





Vollbeschäftigung – das ist eine gute Nachricht für die Mediziner, aber aus der Versorgungsperspektive ein deutliches Warnsignal.

Weiterhin ungebrochen ist der Trend zur Festanstellung im ambulanten Bereich. Im Jahr 2016 betrug der Zuwachs hier 10,1 Prozent. Die Gesamtzahl der im ambu-

lanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte erhöhte sich auf 32.348. Damit hat sich ihre Zahl seit 1993 fast versechsfacht. Bemerkenswert ist der hohe Frauenanteil von 62,7 Prozent in dieser Gruppe. Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dagegen sank um 0,9 Prozent auf 119.641.

Immer mehr angestellte Ärzte entscheiden sich allerdings gegen eine Vollzeitstelle. Allein im Jahr 2015 stieg der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten in Teilzeitanstellung nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung um 10,6 Prozent. Für die Versorgung der Patienten bedeutet dies aber, dass mehr Köpfe gebraucht werden, um die gleiche Menge an Arbeit zu leisten.

„Die Politik muss diesen Zusammenhang zwischen mehr Teilzeitarbeit und weniger Arztstunden endlich anerkennen und die Zahl der Studienplätze erhöhen“, fordert Montgomery. Notwendig sei eine Steigerung um zehn Prozent. Dass dies aus Kostengründen aus dem zwischen Bund und Ländern konsentierten „Masterplan Medizinstudium 2020“ ausgeklammert wurde, sei enttäuschend. Statt auf Kostenschätzungen einer Expertenkommission zu warten, müssten die Länder ihrer Verantwortung für die ärztliche Nachwuchsförderung gerecht werden und die nötigen Mittel bereitstellen. Dennoch sei es zu begrüßen, dass die Reform des Medizinstudiums nun endlich in Angriff genommen werde. Dabei habe die Politik viele Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen.

Auch beim Blick auf die Zahl der Facharzt-Anerkennungen besteht die Gefahr, sich von scheinbar positiven Entwicklun-



gen täuschen zu lassen. So stieg die Zahl der Anerkennungen leicht auf 12.763 (2015: 12.231). Doch bei den besonders dringend gesuchten Hausärzten war die Quote mit 1.321 Anerkennungen leicht rückläufig (2015: 1.337). Gleichzeitig meldet die Kassenärztliche Bundesvereinigung 2.727 freie Hausarzt-sitze für Vertragsärzte. Das entspricht im Vergleich zum Vorjahr einem Zuwachs der Vakanzen um 603.

Ein wenig entschärft wird der Ärztemangel durch die Zuwanderung aus dem Ausland. Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte stieg um 9,7 Prozent auf 46.721. Damit besitzen 11 Prozent der in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzte eine ausländische Staatsbürgerschaft.

Die stärksten Zuwächse gab es mit 746 Ärztinnen und Ärzten aus Syrien, es folgen Rumänien(+ 223), Serbien (+ 218), die Ukraine (+ 160), Russland (+ 109) und Aserbaidschan (+ 108). Die meisten ausländischen Ärzte stammen damit aus Rumänien (4.285), Griechenland (3.118) und Syrien (2.895), gefolgt von Österreich (2.600). Ihnen stehen 2.050 Kolleginnen und Kollegen gegenüber, die Deutschland im Jahr 2016 den Rücken gekehrt haben. Die beliebtesten Auswanderungsländer waren, wie schon in den vergangenen Jahren, die Schweiz (677), Österreich (295) und die USA (112). Die Zahl der bei den Landesärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit hat sich im vergangenen Jahr um 2,7 Prozent auf nunmehr 3.117 erhöht.

Die komplette Ärztestatistik für das Jahr 2016 finden Sie unter [www.baek.de/aerztestatistik2016](http://www.baek.de/aerztestatistik2016).



## nachrichten

## TK-Meinungspuls: Große Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Die Menschen in Deutschland sind mit ihrem Gesundheitssystem zufrieden. Das sagt mehr als die Hälfte der Befragten im aktuellen Meinungspuls der Techniker Krankenkasse (TK). Weitere 29 Prozent gehen noch weiter: sie sind sehr oder sogar vollkommen zufrieden. Damit steht eine Mehrheit von 84 Prozent den Strukturen, Institutionen, Regeln und Prozessen im Gesundheitswesen positiv gegenüber. Seit dem ersten Meinungspuls 2003 sind die Zustimmungsraten laut TK kontinuierlich gestiegen.

Sechs von zehn Befragten empfinden das deutsche Gesundheitssystem als eher gerecht, knapp vier von zehn dagegen als eher ungerecht. Mit den 58 Prozent, die das System als eher gerecht empfinden, wird ein neuer Spitzenwert seit der Ersterhebung erreicht. Mehr als jeder Zweite (58 Prozent) würde höhere Beiträge und Zuzahlungen akzeptieren, um den aktuellen Leistungsumfang zu behalten. ■

## BÄK kritisiert Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat das geplante Gesetz zur Datenschutz-Anpassung und -Umsetzung kritisiert. Es sei nicht gelungen, das Datenschutzrecht zu vereinfachen. Mit dem „Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 (Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz EU-DSAnpUG-EU)“ sollen die EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie eine EU-Richtlinie zum Datenschutz in nationales Recht umgesetzt werden.

In ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf monierte die BÄK, dass die Komplexität des Datenschutzrechts weiter ansteige und Rechtsunsicherheit erzeuge. Außer für ausgewiesene Datenschutzexperten werde eine Verständlichkeit und Übersichtlichkeit für den Rechtsanwender entgegen der Intention des Gesetzgebers nicht erreicht. Damit dürften auf kleine und mittelgroße Unternehmen sowie niedergelassene Ärzte erhebliche Kosten für eine externe Datenschutzberatung zukommen.

Auch in der Anhörung des Innenausschusses des Deutschen Bundestages im März äußerten sich die Sachverständigen kritisch. Die Ziele der zugrundeliegenden europäischen Verordnung – die Harmonisierung des Datenschutzrechts, die Stärkung der Betroffenenrechte und eine bessere Datenschutzaufsicht – würden durch den Gesetzentwurf nicht erreicht. Vielmehr würde der Entwurf bei den Betroffenenrechten sogar hinter geltendes deutsches Recht zurückfallen. Das Gesetz soll am 25. Mai 2018 in Kraft treten. ■

## Samenspenderegistergesetz: Sachverständige fordern Änderungen

Bei der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag im März haben die geladenen Sachverständigen grundsätzlich den Gesetzentwurf zur Einrichtung eines zentralen Registers für Samenspenden begrüßt. Sie hielten jedoch weitere Änderungen und Ergänzungen für erforderlich.



Mit dem „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen“ ist ein zentrales Register für Samenspenden beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vorgesehen. Für die Dauer von 110 Jahren sollen dort Angaben über Samenspenden und Empfängerinnen einer Samenspende gespeichert werden. Personen, die durch eine Samenspende und eine ärztlich unterstützte künstliche Befruchtung gezeugt worden sind, haben ab einem Alter von 16 Jahren einen Auskunftsanspruch gegen das DIMDI über die Identität des Samenspenders.

Die Sachverständigen forderten, das Alter für die Geltendmachung des Auskunftsanspruchs auf 14 Jahre zu senken. Auch sollten die bereits jetzt vorhandenen Daten in das Register aufgenommen sowie das Register um die Embryonenspende und private Samenspenden erweitert werden. Uneinig waren sich die Sachverständigen über die vorgesehene Regelung, nach der die gerichtliche Vaterschaftsfeststellung des biologischen Vaters als genetischer Vater ausgeschlossen ist.

Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass eine systematische gesetzliche Regelung für den Bereich der Reproduktionsmedizin, etwa mit einem Fortpflanzungsmedizinengesetz, in Deutschland weiterhin überfällig sei. Die offenen, insbesondere gesellschaftspolitischen und familienrechtlichen Fragen bezüglich der heterologen Samenspende würden mit dem vorliegenden Entwurf nicht ausreichend beantwortet. ■

## Deutschland mit dualem Krankenversicherungssystem international ganz vorn

Deutschland steht mit seinem dualen Krankenversicherungssystem in puncto Versorgungsgerechtigkeit international ganz vorn. Das zeigt eine neue Studie des Wissenschaftlichen Institutes der PKV (WIP). Die geringsten Wartezeiten auf ärztliche Behandlung, ein schneller Zugang zu medizinischen Innovationen und ein breites Leistungsspektrum sichern Deutschland den europäischen Spitzenplatz. Zugleich zeigt die Untersuchung, dass in den einheitlich organisierten Krankenversicherungssystemen des europäischen Auslands erhebliche Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung zu großen Versorgungsunterschieden innerhalb der Bevölkerung führen. „Insgesamt ist festzustellen, dass das deutsche duale Krankenversicherungssystem im internationalen Vergleich über einen der umfassendsten Leistungskataloge verfügt – sei es im Krankheitsfall oder bei Schwanger- und Mutterschaft“, so Autorin Verena Finkenstädt in der Studie.

Nach Daten des Commonwealth Fund erhalten in Deutschland 76 Prozent der Patienten am selben oder am nächsten Tag einen Termin bei ihrem Hausarzt. In den Niederlanden sind es 63 Prozent, in Schweden 58 Prozent und in Großbritannien 52 Prozent. Zudem verfügen Patienten nirgendwo sonst in Europa über einen derart schnellen Zugang zu innovativen Medikamenten. ■

## „Hufeland-Preis 2017“ ausgeschrieben

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ hat den „Hufeland-Preis 2017“ ausgeschrieben. Er wird an Mediziner für richtungsweisende Leistungen und herausragende Forschungsergebnisse in der Präventivmedizin und der Versorgungsforschung verliehen. Das Preisgeld beträgt 20.000 Euro. Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2017. Der Preis zählt zu den bedeutendsten deutschen Medizinpreisen.

Dem Stiftungskuratorium gehören die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. und die Deutsche Ärzteversicherung AG an. Teilnahmeberechtigt sind Ärzte und Zahnärzte mit deutscher Approbation. Der Hufeland-Preis kann auch zwei eingereichten Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden, die als gleichwertig anerkannt worden sind. Gemeinschaftsarbeiten mit maximal zwei Co-Autoren sind möglich, wenn diese über ein abgeschlossenes wissenschaftliches Studium verfügen. Die Bewertung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, auf dessen Vorschlag das Kuratorium der Stiftung entscheidet.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.aerzteversicherung.de/Unternehmen/Hufeland-Preis](http://www.aerzteversicherung.de/Unternehmen/Hufeland-Preis). ■

## Zustimmung zum Entwurf eines Strahlenschutzgesetzes

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat den Entwurf für ein Strahlenschutzgesetz grundsätzlich positiv bewertet. Er stelle gegenüber der bisherigen Situation eine wesentliche Verbesserung und Vereinfachung dar, heißt es in ihrer Stellungnahme.

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung“ dient der Umsetzung der „Richtlinie 2013/59/Euratom des Rates zur Festlegung grundlegender Sicherheitsnormen für den Schutz vor den Gefahren einer Exposition gegenüber ionisierender Strahlung und zur Aufhebung weiterer Richtlinien“ in nationales Recht. Es soll ein neues eigenständiges Gesetz zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung geschaffen werden, mit dem das deutsche Strahlenschutzsystem grundlegend neu strukturiert wird. Außerdem wird der radiologische Notfallschutz konzeptionell fortentwickelt. So werden unter anderem Doppelregelungen,



die bisher in der Strahlenschutzverordnung und der Röntgenverordnung enthalten sind, durch Zusammenführung in das Strahlenschutzgesetz entfallen. Im Zusammenhang mit der medizinischen Forschung werden ein elektronisches Anzeigeverfahren und die Möglichkeit einer gemeinsamen Stellungnahme der Ethikkommissionen nach Arzneimittel-, Medizinprodukte- und Strahlenschutzgesetz eingeführt.

Die BÄK begrüßte, dass wesentliche Forderungen aus der Stellungnahme zum Referentenentwurf im Regierungsentwurf aufgenommen worden seien. Sie hat zu einzelnen Punkten allerdings weitere Änderungen vorgeschlagen, insbesondere bei den Definitionen einzelner Begriffe und den Voraussetzungen für eine zustimmende Stellungnahme der Ethikkommissionen. In der Anhörung des Unterausschusses des Deutschen Bundestages im März befürworteten die geladenen Experten ebenfalls mehrheitlich den Gesetzentwurf. Zu einzelnen Detailregelungen, wie im Gesetz vorgesehene Fristen und Grenzwerte, wurden Nachbesserungen gefordert. ■

## Ärzte machen Fehler – und lernen aus ihnen

Zahl der Behandlungsfehler auch im Jahr 2016 im Promille-Bereich

Fehler passieren, auch in der Medizin. Aber die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten durch einen Behandlungsfehler zu Schaden kommen, ist extrem gering.“ Das sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2016 in Berlin. „Wir wollen nichts bagatellisieren. Hinter jedem Fehler können schwere menschliche Schicksale stehen. Wir müssen die Risiken in der Medizin aber richtig einordnen, um Patienten nicht unnötig zu verunsichern. Für Panikmache und Puschvorwürfe gibt es überhaupt keinen Grund. Beides schadet der mittlerweile gut etablierten offenen Fehlerkultur in der Medizin“, so Crusius.

Er verwies in diesem Zusammenhang auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle in Klinik und Praxis. Demnach stiegen die ambulanten Behandlungsfälle zwischen den Jahren 2004 und 2015 um 160 Millionen auf mittlerweile 696 Millionen. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern aus. Dort erhöhte sich die Zahl der Behandlungsfälle im gleichen Zeitraum um mehr als 2,5 Millionen auf fast 19,8 Millionen Fälle. „Gemessen daran liegt die Zahl der festgestellten Fehler im Promillebereich“, so Crusius.

### Häufigste Diagnosen: Knie- und Hüftgelenkarthrosen

„Die Daten der Ärztekammern sind absolut valide, weil sie auf realen Fällen beruhen“, betonte Kerstin Kols, Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, bei der Präsentation der Behandlungsfehlerstatistik. So haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2016 bundesweit insgesamt 7.639 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen (Vorjahr 7.215). Es lag in 2.245 Fällen ein Behandlungsfehler vor (Vorjahr 2.132). Davon wurde in 1.845 Fällen ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. In 400 Fällen lag ein Behandlungsfehler beziehungsweise ein Risikoaufklärungsmangel vor, der jedoch keinen kausalen Gesundheitsschaden zur Folge hatte.

„Auch wenn diese Daten nicht das gesamte Behandlungsgeschehen abdecken, kann man mit ihnen arbeiten und wirksam Fehlerprävention betreiben“, betonte Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Ärztlicher Leiter des Unfallkrankenhauses Berlin und Ärztlicher Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern. Schaf-



Die Behandlungsfehlerstatistik wurde auf einer Pressekonferenz am 23. März 2017 in Berlin vorgestellt

fartzik erläuterte, wie das Thema Patientensicherheit und Qualitätssicherung im ärztlichen Alltag gelebt wird. „Die Medizin in Deutschland ist hochinnovativ. Das gilt nicht nur für Diagnostik und Therapie, sondern auch für den Bereich der Fehlerprävention und Qualitätssicherung. Checklisten, Qualitätszirkel, Peer-Reviews – aber auch Tumorkonferenzen oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind dafür nur einige Beispiele“, so Schaffartzik.

Wenn dennoch ein Fehler passiert, können sich Patientinnen und Patienten an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern wenden. Dort sind hochqualifizierte Fachgutachter tätig, die gemeinsam mit Juristen prüfen, ob ein Behandlungsfehlervorwurf gerechtfertigt ist oder nicht. Es genügt ein formloser Antrag. Das Gutachten sowie die abschließende Bewertung sind für Patienten kostenfrei.

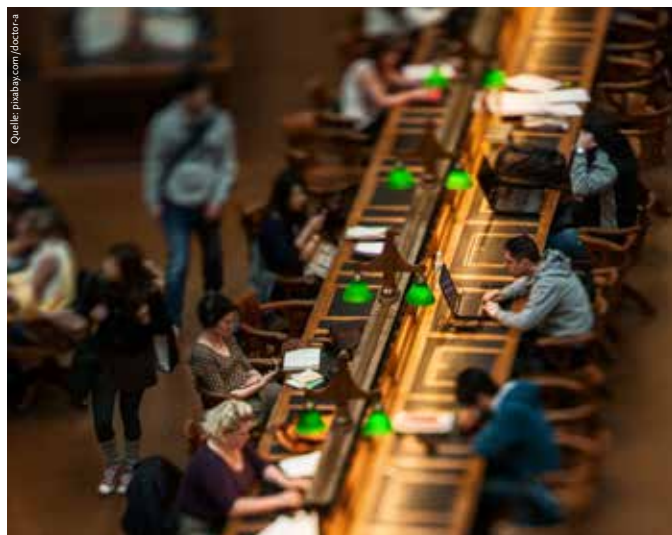
Alle Informationen zur Behandlungsfehler-Statistik finden Sie unter [www.baek.de/behandlungsfehler2016](http://www.baek.de/behandlungsfehler2016). ■



## Masterplan Medizinstudium: Reform beschlossen

Viele Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen, Finanzierung unklar

Mehr als zwei Jahre verhandelten Vertreter von Bund und Ländern über den im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigten „Masterplan Medizinstudium 2020“. Vor wenigen Wochen sah es so aus, als stünde die Reform des Medizinstudiums vor dem Aus. Die Kultusminister der Länder hatten die Finanzierung wesentlicher Punkte des Plans verweigert. Dann jedoch ging alles sehr schnell. Auf Betreiben von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) verständigten sich Bund und Länder Ende März im schriftlichen Umlaufverfahren über die Inhalte der Reform. Verkündet wurden sie am 31. März 2017 in einer eilig einberufenen Pressekonferenz im Bundesgesundheitsministerium. Doch was zunächst nach einer kleinen politischen Sensation aussah, entpuppte sich schnell als Scheinlösung. Die Inhalte der Reform standen ohnehin weitgehend fest. Geeinigt hatte man sich lediglich darauf, dass die offenen Finanzierungsfragen vertagt werden sollen. Sie wurden per Protokollnotiz der Kultusminister aus dem Masterplan ausgeklammert. Die vollständige Umsetzung der Reform stellten die Ländervertreter unter Haushaltsvorbehalt.



Immerhin kann der Masterplan mit seinen insgesamt 37 Einzelmaßnahmen nun zumindest teilweise umgesetzt werden, was bei aller Kritik an dem fehlenden Finanzkonzept von den meisten ärztlichen Organisationen sowie von Vertretern der Wissenschaft und der Medizin-Studierenden begrüßt wurde. „Wer den Ärztemangel bekämpfen will, muss bereits im Medizinstudium ansetzen. Deshalb ist es gut, dass die Reform des Medizinstudiums mit der Einigung endlich in Angriff genommen werden kann. Die Ärzteschaft hat sich in den vergangenen zwei Jahren intensiv in die Beratungen zu dem Masterplan eingebracht. Viele ihrer Forderungen, wie veränderte Auswahlverfahren, Stärkung der kommunikativen Kom-

petenz sowie mehr Praxisorientierung des Studiums, wurden von der Politik aufgegriffen“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.

So sieht der Masterplan beispielsweise vor, das Fach Allgemeinmedizin unter anderem mit einer verpflichtenden Prüfung zu stärken; regelmäßige Hospitationen in allgemeinärztlichen Praxen sollen verpflichtend werden. Für die Zulassung zu einem Medizinstudium sollen die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren nicht mehr nur die Abiturnote, sondern auch soziale und kommunikative Kompetenzen sowie einschlägige Berufserfahrung berücksichtigen. Zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation soll das Studium die Grundlagen für eine gute ärztliche Gesprächsführung als zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit legen. Zudem wird in der Vergabeverordnung der Stiftung für Hochschulzulassung die Möglichkeit eröffnet, bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein.

Die Forderung der Ärzteschaft nach einer generellen Erhöhung der Studienplatzkapazität greift der Masterplan jedoch nicht auf. Vielmehr wird eine Expertenkommission eingesetzt, die die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und die Kosten untersucht und innerhalb eines Jahres einen Vorschlag zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte erarbeiten soll. Zur Frage der Finanzierung heißt es in dem Papier lediglich: „Wir verpflichten uns, die Maßnahmen des Masterplans soweit wie möglich mit den gegebenen Mitteln und Ressourcen umzusetzen. Der zusätzliche Finanzbedarf der Fachressorts zur Umsetzung des Masterplans ist erst nach der Ermittlung der finanziellen und kapazitären Auswirkungen der Neustrukturierung des Studiums bestimmbar.“ Montgomery nannte es enttäuschend, dass sich Bund und Länder nicht über eine klare und langfristige Finanzierungsvereinbarung einigen konnten. „Dadurch fehlen klare Vorgaben für wichtige Bereiche. Eine Entscheidung über die dringend erforderliche Erhöhung der Studienplatzkapazitäten haben die Verhandlungspartner auf unbestimmte Zeit vertagt. Auch bei der bundesweiten Etablierung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin bleibt der Masterplan vage und sieht lediglich eine Soll-Bestimmung vor.“ Montgomery kündigte an, dass sich die Ärzteschaft in die Umsetzung des Masterplans einbringt. „Gleiches erwarten wir von den Ländern. Statt auf Kostenschätzungen einer Expertenkommission zu warten, müssen sie jetzt ihrer Verantwortung für die ärztliche Nachwuchsförderung gerecht werden und die nötigen Mittel bereitstellen.“ ■

## BÄK setzt sich für Berufsgeheimniss ein Montgomery warnt vor Schlapphüten in den Arztpraxen

Der Bundestag hat Ende April mit den Stimmen der großen Koalition eine Novelle des Bundeskriminalamtgesetzes (BKA-Gesetz) beschlossen. Im Vorfeld hatten unter anderem die Bundesärztekammer, Landesärztekammern und ärztliche Berufsverbände das Vorhaben scharf kritisiert. „Patientenakten gehören nicht in die Hände von Sicherheitsbehörden. Schlapphüte haben in einer Praxis nichts zu suchen“, hatte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery in der Bild-Zeitung gewarnt. In einem Schreiben an den Bundesinnenminister sowie an den Bundestags-Innenausschuss hatte die BÄK vor einer fundamentalen Beeinträchtigung des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Ärzten durch das Gesetz gewarnt.

### BÄK: Ärzte besonders schützenswert

Seit 2009 ist es den staatlichen Behörden laut BKA-Gesetz erlaubt, zur Abwehr schwerer Straftaten Telefone und Computer bei Verdächtigen und ihren Kontaktpersonen zu überwachen. Das Gesetz regelt auch das in der Strafprozessordnung geregelte Zeugnisverweigerungsrecht für Berufsgeheimnisträger. Die Bundesärztekammer hatte bei der Einführung des Gesetzes eine Aufnahme der Ärzteschaft in den Kreis besonders geschützter Personengruppen (wie etwa Strafverteidiger und Abgeordnete) gefordert.

### Bundesverfassungsgericht mahnt besseren Schutz von Geheimnisträgern an

Das Bundesverfassungsgericht hatte dem Gesetzgeber in seinem Urteil vom 20. April 2016 aufgegeben, in dem Gesetz besondere Regelungen zum Schutz des Kernbereichs privater Lebensgestaltung sowie einen Schutz von Berufsgeheimnisträgern vorzusehen. Es stärkt damit die Position der BÄK. Das Gericht hatte darauf hingewiesen, dass neben Familienangehörigen, Geistlichen und Verteidigern auch Ärzte als Personen des höchstpersönlichen Vertrauens an der geschützten nichtöffentlichen Kommunikation des Einzelnen teilnehmen, die in der berechtigten Annahme geführt wird, nicht überwacht zu werden. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf verstößt der Gesetzentwurf gegen die Forderungen des Gerichtes. Zwar sollen künftig auch Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände von den Maßnahmen des BKA-Gesetzes ausgenommen werden, für Ärztinnen und Ärzte ist jedoch keine Ausnahmeregelung vorgesehen.

„Die Verschwiegenheitspflicht im Patient-Arzt-Verhältnis darf durch das BKA-Gesetz nicht in Frage gestellt werden“, mahnte Montgomery vor der Bundestagsabstimmung in einem Pressestatement. Er wies darauf hin, dass die im jetzigen Gesetzentwurf angelegten Maßnahmen auch Ärz-



Montgomery: Die Arzt-Patienten-Beziehung muss absolut vor Überwachungsmaßnahmen geschützt werden

tinnen und Ärzte betreffen, wenn es zu einer Überwachung ihrer Patienten kommt. Verdeckte Eingriffe in die Systeme einer Praxis oder eines Krankenhauses würden zu erheblichen Beeinträchtigungen der Geheimhaltungsinteressen der Patienten führen. „Wer kann schon garantieren, dass bei einem solchen informationstechnischen Spähangriff nicht auch die Daten anderer Patienten offengelegt werden? Patienten sind besonders geschützte Personengruppen und deshalb muss bei Ärzten der gleiche Vertrauensschutz gewährleistet werden wie bei Strafverteidigern und Abgeordneten“, forderte der BÄK-Präsident. „Die Arzt-Patienten-Beziehung muss absolut vor Überwachungsmaßnahmen geschützt werden und darf nicht einer Abwägungsentscheidung im Einzelfall überlassen sein.“



## Sterbehilfe: Gerichtsurteil wirft neue Fragen auf

Wird das BfArM zur Prüfstelle für Selbsttötungen?

Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts Leipzig stellt den im Jahr 2015 erzielten parlamentarischen Konsens zum Umgang mit der Sterbehilfe in Frage. Am 2. März 2017 entschied das Gericht, Schwerkranke könnten in „extremen Ausnahmesituationen“ einen Anspruch auf Medikamente zum schmerzlosen Suizid haben. Die Leipziger Richter verwiesen auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Dieses umfasse auch das Recht eines schwer und unheilbar Kranken, „zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll.“ Der Kauf tödlicher Medikamente könne zwar nicht „grundsätzlich“ erlaubt werden. Allerdings müsse es aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Ausnahmen geben können – und zwar, wenn unheilbar kranke Menschen „wegen ihrer unerträglichen Lebenssituation frei entschieden haben, ihr Leben beenden zu wollen“ und es keine palliativmedizinischen Alternativen gebe.

Klar ist, dass die Entscheidung eine Reihe von Fragen aufwirft: Wann liegt ein „Extremfall“ vor? Wann eine „unerträgliche Leidenssituation“? Wann ist eine Entscheidung „frei und ernsthaft“? Und schließlich: Wird das BfArM nun zur Prüfungsinstanz in Sachen Selbsttötung? Entsprechend harsch fiel die Kritik an dem Urteil aus. „Dass eine so grundsätzliche ethische Frage wie die der ärztlich assistierten Selbsttötung auf einen bloßen Verwaltungsakt reduziert werden soll, ist mir völlig unverständlich“, erklärte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Zu welchen Verwerfungen dies in der Praxis führen werde, zeige allein die Frage, ob das BfArM nun zu einer Ausgabestelle für Tötungsmittel degradiert werden solle. „Und welcher Beamte im BfArM soll denn dann entscheiden, wann eine ‚extreme Ausnahmesituation‘ vorliegt? Eine solche Bürokratieethik ist unverantwortlich“, so Montgomery. ■

## BÄK fordert mehr Schutz für Ärzte vor Gewalt

Jeder zehnte Hausarzt war schon Opfer aggressiver Patienten

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat die Politik erneut aufgefordert, Ärzte besser vor der zunehmenden Aggressivität von Patienten zu schützen. „Es ist das Mindeste, dass diejenigen, die sich tagtäglich für das Wohl ihrer Patienten einsetzen, nicht auch noch Aggressionen und Gewalt ausgesetzt sind. Eine fatale Fehlentwicklung. Hier brauchen wir einen gesellschaftlichen Konsens und politische Unterstützung“, sagte er. „Neun von zehn Hausärzten sind schon Opfer von aggressivem Verhalten ihrer Patienten geworden. Das kann so nicht bleiben. Gewalt gegen Ärzte darf kein Dauerzustand werden. Wir brauchen endlich wirksamen Schutz für die Helfer“, so Montgomery weiter. Er bezieht sich dabei auf eine bundesweite wissenschaftliche Studie, wonach unter anderem 91 Prozent der Hausärzte bei der Arbeit schon einmal Opfer von aggressivem Verhalten ihrer Patienten gewesen seien. In ihren Praxisräumen fühle sich die überwiegende Mehrheit der Antwortenden sicher. Bei Hausbesuchen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes sei dies jedoch bei 66 Prozent der Ärztinnen und 34 Prozent der Ärzte nicht der Fall. Daraus ergebe sich ein besonderer Handlungsbedarf bei Hausbesuchen während des Bereitschaftsdienstes.

Eine Ursache für die zunehmende Zahl von Berichten über aggressives Verhalten von Patienten in Praxen, Kliniken und Notfallambulanzen „ist die absolute Arbeitsüberlastung, vor allem auch in den Notaufnahmen“, sagte Montgomery. „Patienten wollen nicht akzeptieren, wenn sie nicht sofort behandelt werden oder nicht so behandelt werden, wie sie es für

richtig halten.“ Es könne jedoch nicht darum gehen, wer als Erstes behandelt werden will, sondern wer als Erstes behandelt werden muss.

Mit dem am 27. April 2017 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten „Gesetzentwurf zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften“ ist der Gesetzgeber bereits teilweise den Forderungen der BÄK gefolgt. Denn schon mehrfach hatte sie einen größeren Schutz auch für Ärzte und Angehörige von Gesundheitsberufen gefordert. Im Rahmen der abschließenden Ausschussberatungen erfolgte nicht zuletzt aufgrund dieser Appelle eine sehr wichtige Ergänzung im § 323c Strafgesetzbuch (StGB). Dieser sah bisher vor, dass mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft wird, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist. Ergänzt wird diese Regelung nun um einen Absatz 2, der besagt: „Ebenso wird bestraft, wer in diesen Situationen eine Person behindert, die einem Dritten Hilfe leistet oder leisten will.“ Ausweislich der Begründung dieser Änderung wird hiervon auch die Beeinträchtigung der Tätigkeit von Ärzten und Krankenhauspersonal in der Notaufnahme erfasst. Die Aufnahme von Ärzten direkt in den Schutzbereich des § 115 StGB wäre aus Sicht der BÄK die konsequentere Lösung gewesen. Da diese aber politisch nicht durchsetzbar war, ist die nun getroffene Regelung als Erfolg zu werten. ■

## personalia

## Neuer Präsident der Landesärztekammer Brandenburg



Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz

Die Kammerversammlung der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) hat im Januar einen neuen Vorstand gewählt. Neuer Präsident ist Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz. Er wird in den kommenden vier Jahren an der Spitze der Landesärztekammer stehen. Seit 1991 führt Schulz eine Arztpraxis für Orthopädie in Brandenburg an der Havel. Im Jahre 2009

erhielt er seine Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Der neue Präsident betonte, dass es ihm ein großes Bedürfnis sei, im Sinne der gesamten Brandenburger Ärzteschaft zu agieren, um optimale Ergebnisse zu erzielen.

Als Vizepräsidenten wählten die Delegierten Dr. med. Hanno Pohle. Der Allgemeinmediziner mit Praxis in Rathenow ist seit 1990 Mitglied der Kammerversammlung. ■

## Dr. Ardis D. Hoven als Chefin des Weltärztebundes bestätigt

Auf seiner Sitzung vom 20. bis 22. April 2017 in Sambia hat der Vorstand des Weltärztebundes seine Führung neu gewählt. Unter anderem wurde neben der Vorsitzenden Dr. Ardis Dee Hoven aus den USA auch der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, als ihr Stellvertreter im Amt bestätigt.

Darüber hinaus hat sich der Vorstand des Weltärztebundes in einer Resolution für die Freilassung des inhaftierten türkischen Arztes Dr. Sedar Küni ausgesprochen. Küni sieht sich

## Neukonstituierung der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK

Auf der 74. konstituierenden Sitzung der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (ZEKO) haben die Mitglieder im Februar den Vorstand für die 8. Amtsperiode gewählt.

Zum Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Jochen Taupitz gewählt, Prof. Dr. Wolfram Henn zu dessen Stellvertreter. Weitere Mitglieder des Vorstandes sind Prof. Dr. Tanja Krones, Prof. Dr. Volker Lipp und Prof. Dr. Georg Marckmann.

Als neue Mitglieder der ZEKO berief der Vorstand der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf, Prof. Dr. (TR) Dr. Ilhan Ilkic, Dr. Julia Inthorn, Dr. Michael Rado, Jun.-Prof. Dr. Sabine Salloch sowie Prof. Dr. Jan Schildmann. ■



Prof. Dr. Jochen Taupitz

## 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 BerlinTel: 030 - 40 04 56 700  
Fax: 030 - 40 04 56 707  
presse@baek.de  
www.baek.de**Redaktionsschluss**

05.05.2017