



Auf dem Weg nach Jamaika?

Experiment unter Palmen



Notfallversorgung: Alles besser, gleicher Preis?
Karlsruhe verhandelt Numerus Clausus
Neue Substitutionsrichtlinie der BÄK

Auftakt

Eigentlich läuft es so: Spätestens, wenn die Fernsehsender am Wahlsonntag um 18:00 Uhr die erste Prognose verkünden, verpufft die Spannung des Wahlkampfes und der Wähler weiß relativ sicher, welche Koalition in den kommenden vier Jahren das Land regieren wird. Bei dieser Wahl ist es umgekehrt. Nach einem blutleeren Wahlkampf stehen uns spannende Koalitionsverhandlungen bevor, die dem Land erstmals eine Regierung aus CDU/CSU, FDP und Grünen bescheren könnten. Oder Neuwahlen. Oder, ein Rückzieher vom Rückzieher der SPD vorausgesetzt, doch noch eine Neuaufgabe der Großen Koalition.

Ebenso unklar ist noch, wer auf dem Stuhl des Bundesgesundheitsministers Platz nehmen wird. Fest steht allerdings, dass auf ihn viel Arbeit zukommt. Die Gesundheitspolitik spielte im Wahlkampf zwar kaum eine Rolle, Baustellen gibt es aber genug. Im BÄKground-Interview (S. 4) benennt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärz-

kammer (BÄK), einige der wichtigsten: das Großprojekt Digitalisierung, die Krankenhausfinanzierung sowie der Kampf gegen den Fachkräftemangel.

Ein gesundheitspolitisches Top-Thema der kommenden Legislaturperiode wird die Neuordnung der Notfallversorgung sein. Marburger Bund und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben ein gemeinsames Konzept vorgelegt. Auch der Sachverständigenrat hat seine Vorstellungen skizziert (S. 5).

Darüber hinaus steht auch die Reform des Medizinstudiums auf der To-Do-Liste von Bund und Ländern. Inzwischen beschäftigt sich sogar das Bundesverfassungsgericht mit der Frage, ob der Numerus Clausus mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Bei der Anhörung in Karlsruhe plädierte der BÄK-Präsident für ein modernes und transparentes Auswahlverfahren, das neben der Abiturnote auch weiche Faktoren berücksichtigt (S. 8). ■

inhalt

oktober 2017

Politik & Beruf

Experiment unter Palmen Auf dem Weg nach Jamaika?	3
Montgomery: Können uns keinen Stillstand leisten Konzepte für Gesundheitsversorgung gefordert	4
Notfallversorgung: Alles besser, gleicher Preis? SVR plädiert für Integrierte Notfallzentren	5
Krampf ums Gras Anlaufschwierigkeiten bei Cannabis auf Rezept	5
Dienstleistungsrichtlinie: Ausnahme für Heilberufe Gesundheitsberufe beziehen Stellung	7
Wartezeiten und Numerus Clausus im Fokus Bundesverfassungsgericht prüft Vergabepaxis	8
LÄK für Förderung von Gesundheitskompetenzen Immer mehr Kinder und Jugendliche übergewichtig	9
Kodierberatung: BVA behält Kassen im Blick Krankenkassen verbuchen Überschuss	9

Nachrichten

10

Medizin & Ethik

Wenn heilen tötet Diskussion über Reformen bei Heilpraktikern	12
Tagesspiegel verzählt sich bei BÄK-Stellungnahmen BÄK weist auf falsche Berichterstattung hin	13
Psychotherapie: Sorgen um Patientenschutz Neuer Gesetzesentwurf vorgelegt	13
Mehr Möglichkeiten, mehr Rechtssicherheit Neue Substitutionsrichtlinie der BÄK	14
Stationsäquivalente Versorgung vereinbart Passgenaue, patientengerechte Behandlungsform	15
Neues Musterfortbildungscurriculum für MFA Behandlung von Darmerkrankungen	15

Personalia

16

Impressum

16



Auf dem Weg nach Jamaika?

Experiment unter Palmen

Jamaikaner lieben Sprichwörter. Puste das Streichholz erst aus, wenn die Kerze brennt, lautet eins davon. SPD-Chef Martin Schulz hat das am Abend der Bundestagswahl nicht beherzigt. In Anbetracht des Absturzes seiner Partei auf 20,5 Prozent schloss er eine Fortsetzung der Großen Koalition aus. Bleiben die Sozialdemokraten bei ihrem Nein bedeutet das: Jamaika-Koalition, ein Experiment für alle Beteiligten. So stehen Union, FDP und Grüne wohl vor harten Koalitionsverhandlungen. Denn zwischen Spinne und Fliege kann es keine Kompromisse geben, wie die Jamaikaner sagen.

Die drei Verhandlungspartner werden das Gegenteil beweisen müssen. Allerdings liegen sie bei Themen wie der Obergrenze für Flüchtlinge oder der Zukunft Europas teils weit auseinander. Die gute Nachricht für das Gesundheitswesen ist in diesem Zusammenhang, dass die von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Linkspartei geforderte Bürgerversicherung wohl nicht kommen wird. So richtig gezündet hatte die einstige Wahlkampftruppe Bürgerversicherung ohnehin nicht. Das lag auch daran, dass die Große Koalition in den vergangenen vier Jahren auf Debatten über die künftige Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems weitgehend verzichtet hatte. Stattdessen arbeitete Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) fleißig alle Aufträge des Koalitionsvertrages ab. SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach bezeichnete die Legislaturperiode als „so öde“ wie keine zuvor. Was den Unterhaltungswert der Gesundheitspolitik angeht, hatte er damit wohl Recht. Hinzu kam, dass die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung (noch) stabil sind und Umfragen zeigen, dass die Menschen in Deutschland weitgehend zufrieden mit ihrem Gesundheitswesen sind. Wenig verwunderlich, dass da keine gesundheitspolitische Wechselstimmung aufkommen wollte. Lediglich bei der Frage, wie die Lage der Pflegekräfte verbessert werden könnte, wehte ein Hauch von Wahlkampf durchs Land.

Trotzdem darf diese Lethargie nicht darüber hinwegtäuschen, dass auf die kommende Bundesregierung zahlreiche Reformbaustellen warten. Die Bundesärztekammer hat wiederholt auf die aus ihrer Sicht wichtigsten Handlungsfelder hingewiesen, unter anderem in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl (siehe dazu auch das Interview mit Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery auf Seite 4). Notwendig sind aus Sicht der Ärzteschaft Strategien, wie mit der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens umzugehen ist. Dringend erforderlich ist ein Plan zur Entlastung der Notfallambulanz. Der Bund muss sich dafür stark machen, dass der Masterplan Medizinstudium 2020 sowie die dafür notwendigen Finanzierungsvereinbarungen umgesetzt werden und auch das Langzeitproblem der unzureichenden Krankenhausinvestitionsfinanzierung endlich gelöst wird. Das duale Krankenversicherungssystem muss erhalten, aber auch weiterentwickelt werden. Im Bereich der Privaten Krankenversicherung gehört dazu die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte auf Grundlage eines gemeinsamen Vorschlages von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe. Die Liste ließe sich fortsetzen.

In den Wahlprogrammen der nun im Bundestag vertretenen Parteien fand sich zu diesen Zukunftsthemen wenig Konkretes. Es bleibt zu hoffen, dass die künftigen Regierungspartner rechtzeitig aus ihrer Lethargie erwachen und Lösungsvorschläge präsentieren. Die Ärzteschaft wird dabei behilflich sein. Ungewiss ist indes, ob Hermann Gröhe als Bundesgesundheitsminister im Amt bleibt. Er hat in den vergangenen Monaten immer wieder darauf hingewiesen, dass er sich eine weitere Amtszeit gut vorstellen könne. Ob dieser Wunsch in Erfüllung geht, ist vorerst offen. Vielleicht hilft es, wenn er eine jamaikanische Weisheit beherzigt: Nicht wer rennen kann, gewinnt das Rennen, sondern wer es bis zum Ende rennt. ■

Montgomery: Wir können uns keinen Stillstand leisten

Ärztpräsident fordert Konzepte für Notfallversorgung, Digitalisierung und Studium

Herr Prof. Dr. Montgomery, nach der Wahl ist vor den Koalitionsverhandlungen. Welchen Rat wollen Sie der zukünftigen Bundesregierung dafür mit auf den Weg geben?

Auch wenn wir jetzt über Regierungskonstellationen sprechen, die vorher für viele undenkbar waren – die gesundheitspolitischen Herausforderungen bleiben die gleichen. Und die Zeit läuft. Stillstand durch Koalitionsverhandlungen können wir uns nicht leisten. Fest steht, die vor uns liegenden Herausforderungen sind gewaltig und wir sollten sie nicht der Politik allein überlassen. Wir sind deshalb gerne bereit, auch zukünftig vertrauensvoll und konstruktiv mit Parlament und Regierung zusammenzuarbeiten.

Welches Thema muss die Gesundheitspolitik als erstes angehen?

Die neue Bundesregierung sollte keine Zeit vertun und gleich in mehreren Bereichen tätig werden. Dringend notwendig ist der konsequente Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgungsstrukturen mit einer ebenfalls sektorenübergreifend extrabudgetären Finanzierung. Wir brauchen in der Notfallversorgung mehr Investitionen in qualifiziertes Personal, in mehr Digitalisierung und in moderne Strukturen. Der Masterplan Medizinstudium 2020 muss umgesetzt werden. Da darf die Bundesregierung die Länder nicht aus der Pflicht entlassen. Gleiches gilt für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung. Hier haben wir ein Defizit von mehr als 30 Milliarden Euro. Vor allem aber erwarten wir von der neuen Bundesregierung ein klares Bekenntnis zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit und der ärztlichen Selbstverwaltung. Der notwendige Raum für Therapiefreiheit und Therapieverantwortung muss gewährleistet werden. Das sollte im gesundheitspolitischen Kapitel des neuen Koalitionsvertrages ganz oben stehen.

Welche Gefahren sehen Sie für die Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem?

Eines vorweg: Wer unser Gesundheitswesen voranbringen will, darf nicht nur auf der Bremse stehen und sagen, was alles nicht geht. Lösungen sind gefragt und die Bereitschaft, bei der Umsetzung von Gesetzen konstruktiv mitzuarbeiten. Aber weil Sie mich explizit nach den „No-Gos“ fragen: Wir legen uns quer, wenn die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung ausgehöhlt werden. Wir wehren uns gegen ungezügelter Wettbewerb. Und wir wollen nicht, dass die Qualitätssicherung als Steuerungsinstrument der Kassen missbraucht wird. Das schadet der Patientenversorgung.

Wie müssten die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit verbessert werden?

Viele wichtige Punkte habe ich bereits genannt. Neben einer



BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery fordert von der neuen Bundesregierung ein klares Bekenntnis zur ärztlichen Freiberuflichkeit

besseren Anerkennung und Bezahlung der Arbeit in Klinik und Praxis brauchen wir flankierende Maßnahmen wie den Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie und flexible Arbeitszeitregelungen. Diese Forderungen richten sich natürlich in erster Linie an die Arbeitgeber und die Kostenträger. Wir brauchen aber die Unterstützung der Politik. Angesichts des Ärztemangels in vielen Regionen muss auch ihr daran gelegen sein, die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten attraktiver zu gestalten.

Was wollen Sie für die Ärzteschaft in der kommenden Legislaturperiode erreichen?

Wir werden uns für eine vernünftige Reform des Medizinstudiums einsetzen. Wir wollen die ambulante Weiterbildung stärken und fordern, dass hier mindestens die gleichen tariflichen Konditionen gelten wie in den Kliniken. Wir werden Konzepte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung entwickeln und natürlich werden wir uns weiter mit der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens beschäftigen müssen. Diese Entwicklung hat das Potenzial, die Prozesse der gesundheitlichen Versorgung massiv zu verändern. Umso wichtiger ist eine Digitalisierungsstrategie, die auch ethische Grundlagen zum Umgang mit den neuen technischen Möglichkeiten schafft, die Grundsätze des Datenschutzes definiert und Antworten auf Finanzierungsfragen gibt. Dieses zentrale gesundheitspolitische Thema wollen wir mitgestalten. Und schließlich streben wir eine Novelle der Gebührenordnung für Ärzte auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlages von Bundesärztekammer, Privater Krankenversicherung und Beihilfe an. ■

Notfallversorgung: Alles besser, gleicher Preis?

Sachverständigenrat plädiert für Integrierte Notfallzentren

Die Bundestagswahl ist gerade erst vorbei, aber schon jetzt ist eines der gesundheitspolitischen Top-Themen der nächsten Legislaturperiode gesetzt: Die Neuorganisation der Notfallversorgung in Deutschland. Wohin die Reise gehen könnte, skizzierte der Gesundheits-Sachverständigenrat der Bundesregierung (SVR) kurz vor der Wahl.

Die Experten empfehlen unter anderem die Einführung voll integrierter Leitstellen, die über die Notfallnummern 112 und 116117 zu erreichen sein sollen. Ärzte sollen dann eine erste Triagierung vornehmen. Außerdem schlagen sie vor, die Portalpraxen zu Integrierten Notfallzentren (INZ) weiterzuentwickeln, in denen Patienten nach dem Ein-Tresen-Prinzip begutachtet werden. Die jeweiligen Länder sollen die Planung der INZ übernehmen. Als gemeinsame Träger sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die jeweilige Klinik vorgesehen, betrieben würde der INZ-Tresen aber allein von der KV. Die INZ sollen verhindern, dass Patienten aus dem Portal in die Klinik weitergeleitet werden, auch wenn sie ambulant behandelt werden könnten. Die Termine in den INZ sollen durch die Leitstellen vermittelt werden. Zudem sollen die Niedergelassenen ihr Sprechstundenangebot erweitern. Nach der Einschätzung des Sachverständigenrates ist es dringend notwendig, dass Informationstechnologie und Versorgungspfade vollständig homogenisiert und verpflichtend vorgegeben werden. Die behandelnden Ärzte sollten (möglichst bundesweit) den gleichen Algorithmen folgen. Dabei wird die Elektronische Patientenakte als eine entscheidende Voraussetzung für die Interoperabilität und die Gesamtumsetzung angesehen. Ziel ist die bundesweit einheitliche Dokumentation, bei der der Fokus zunächst auf der Medikation liegen soll.

Henke: Grundrichtung des Vorschlags stimmt

In seinem Vorschlag greift der SVR damit eine Reihe der von der Bundesärztekammer und weiteren Verbänden im Vorfeld formulierten Forderungen auf. So hatte die Bundesärztekammer bereits Anfang Mai Daten zur Notfallversorgung, den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf sowie Lösungsansätze in einem Argumentationspapier aufgearbeitet und zu ersten Arbeitsthesen verdichtet. Die Empfehlungen decken sich auch weitgehend mit dem Konzept für eine „Integrative Notfallversorgung“, das Marburger Bund (MB) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vorgelegt haben. „Die Grundrichtung findet unsere Zustimmung“, sagte der MB-Vorsitzende Rudolf Henke. Allerdings stelle sich in Bezug auf die vom Sachverständigenrat anvisierten Rund-um-die-Uhr-Versorgung die Frage nach den dafür notwendigen personellen Ressourcen.

Fest steht, dass die Zeit drängt. Das zeigt etwa eine Studie des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Aus ihr geht hervor, dass 50 Prozent der in norddeutschen Krankenhausambulanzen befragten Patienten ihren Fall als nicht dringlich einstufen. 70 Prozent



kannten weder die kassenärztlichen Notfallpraxen noch den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Schon im August hatte eine Versichertenbefragung der KBV ähnliche Ergebnisse geliefert. Trotz der weitgehenden Einigkeit werden die Details der Neustrukturierung wohl noch zu Diskussionen führen. So lehnt der GKV-Spitzenverband die von den Sachverständigen vorgeschlagene Einführung eines weiteren Sektors ab. Einig sind sich beide Institutionen darüber, dass die Neuordnung nicht zu Mehrkosten führen soll. Finanziert werden sollen die Notfallleistungen ohne Mengenbegrenzungen aus einem eigenen Finanztopf, gespeist aus den bisherigen ambulanten und stationären Notfallbudgets. KBV und MB fordern dagegen „eine adäquate zusätzliche Finanzierung“. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesetzlichen Krankenkassen sehen zudem den Vorschlag einer gemeinsamen Träger-schaft der Integrierten Zentren sehr kritisch.

Wie es mit der Notfallversorgung nun weitergeht, liegt in den Händen der künftigen Bundesregierung. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) signalisierte Sympathie für die Grundausrichtung des SVR-Vorschlags. ■

politik & beruf

Krampf ums Gras

Beim Cannabis auf Rezept gibt es noch Anlaufschwierigkeiten

Seit März 2017 können neben Fertigarzneimitteln auf Cannabisbasis auch getrocknete Cannabisblüten von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden. Bedingung dafür ist, dass nach Einschätzung des behandelnden Arztes diese Mittel den Krankheitsverlauf spürbar positiv beeinflussen oder dessen Symptome lindern. Allerdings gibt es bei dem neuen Gesetz offensichtlich Anlaufschwierigkeiten – mit Unklarheiten auf Seiten der Ärzte, der Patienten und der Krankenkassen.

„Es gibt bis heute keinerlei Regelungen zu den Diagnosen und Indikationen einer Verordnung von Cannabis, Cannabisextrakten oder synthetischen Reinsubstanzen vom zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss. Auch nicht zu den Rahmenbedingungen einer ärztlichen Verordnung. Jeder Patient, der glaubt, seine Rückenschmerzen mit Cannabis behandeln zu können, kommt jetzt in die Arztpraxis“, kritisierte Erik Bodendieck, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK). Schmerzmediziner berichten bereits von einem regelrechten Ansturm von Patienten, die Cannabis auf Rezept verlangen. Das seien oft gerade nicht die schwer kranken MS-Patienten, also diejenigen, die von der Cannabisverschreibung wohl am ehesten profitieren könnten, berichtete Dr. Matthias Knop, Neurologe am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, im Rahmen des 18. Interdisziplinären Kongresses für Suchtmedizin im Juli 2017 in München.

Zahl der Verordnungen steigt

Nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände gaben die Apotheken im ersten Halbjahr rund 10.600 cannabishaltige Zubereitungen und Cannabisblüten an Patienten aus. Die Verordnungen auf Kosten der Krankenkassen stiegen an – von 564 Einheiten im März 2017 auf fast 5.000 Einheiten im Juni 2017. Zusätzlich verordneten Ärzte im gleichen Zeitraum rund 12.500 Fertigarzneimittel mit Cannabisinhaltsstoffen oder -extrakten.

Dennoch gibt es Kritik an den Krankenkassen, weil die Versorgung der schwer kranken Patienten mit medizinischem Cannabis immer noch nicht richtig funktioniert. „Von Patienten mit Besitzerlaubnis weiß ich, dass die Krankenkassen nicht immer die Kosten für die Medizin erstatten“, sagte der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Linken im Bundestag, Frank Tempel. Ein weiteres Problem seien Lieferengpässe bei den Apotheken.

Das Bundesgesundheitsministerium hat Engpässe bei der Versorgung von Schwerstkranken mit medizinischem Cannabis eingeräumt. „Es liegen derzeit Meldungen vor, dass ei-



nige Sorten an Medizinal-Cannabisblüten im Einzelfall nicht lieferbar sind“, heißt es in einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen-Bundestagsfraktion. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) mahnte die Kassen zur Kooperation. Er erwarte, „dass sie das Gesetz im Sinne der Patientinnen und Patienten umsetzen, so wie der Gesetzgeber das gewollt hat“, sagte er dem Nachrichtenmagazin Der Spiegel. Das werde man „sehr eng begleiten“. Änderungen am Cannabisgesetz, wie es Teile der Opposition fordern, plant die Bundesregierung allerdings nicht.

Das therapeutische Potenzial von pflanzlichem Cannabis und Cannabinoiden ist immer noch weitestgehend unerforscht. Nach einer Recherche der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft liegen aber akzeptable wissenschaftliche Erkenntnisse bislang für die begleitende Behandlung von Spastiken, Übelkeit und Erbrechen durch Zytostatika sowie chronische Schmerzen vor. Eine mögliche Wirksamkeit wird zudem in der Literatur für Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust bei HIV/Aids, Schizophrenie, Morbus Parkinson, Tourette-Syndrom, Epilepsie, Kopfschmerzen sowie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen diskutiert. Darüber hinaus gibt es seit der Gesetzesänderung jedoch keine Anwendungserfahrungen. Mehr Erkenntnisse soll die gesetzlich vorgesehene fünfjährige Begleiterhebung aus der Praxis bringen.

Die BÄK hat im Internet eine FAQ-Liste veröffentlicht, die sich an Ärztinnen und Ärzte richtet: „Was muss ich rezeptieren, was darf ich verordnen, wie sieht das Genehmigungsverfahren aus?“. **Im November 2017 plant die BÄK eine Konferenz der Suchtbeauftragten der Landesärztekammern zu dem Thema.**

Die FAQ der Bundesärztekammer finden Sie im Internet unter www.baek.de/cannabisfaq

Dienstleistungsrichtlinie: Ausnahme für Heilberufe

Gesundheitsberufe beziehen Stellung zu Verhältnismäßigkeitsprüfungen

Werden heilberufliche Dienstleistungen von der Verhältnismäßigkeitsprüfung ausgenommen? Diese Frage beschäftigt die europäischen Gesundheitspolitiker auch nach der Sommerpause weiter.



Plädiert für eine Ausnahme der Gesundheitsberufe von der Verhältnismäßigkeitsprüfung: Dr. Andreas Schwab

Das Dienstleistungspaket soll nach Auffassung der Kommission administrative Hürden absenken. Außerdem sollen übermäßig belastende oder nicht mehr zeitgemäße Anforderungen für Freiberufler ermittelt werden, die im Inland oder grenzüberschreitend tätig sind. Über die Verhältnismäßigkeitsprüfung hinaus sind ein Meldeverfahren für Dienstleistungen, eine elektronische Europäische Dienstleistungskarte sowie Leitlinien zu Reformempfehlungen für die Reglementierung freiberuflich erbrachter Dienstleistungen vorgesehen. Die Abstimmung über die Verhältnismäßigkeitsprüfung im IMCO ist für den 4. Dezember 2017 geplant.

Aktuell kursiert in Brüssel ein der EU-Kommission zugeschriebenes Papier, das Argumente gegen eine Ausnahme der Gesundheitsberufe von der Verhältnismäßigkeitsprüfung liefert. Die Prüfung soll für neu zu erlassende oder zu ändernde Berufszugangs- oder Berufsausübungsregelungen regulierter Berufe verpflichtend vorgeschrieben werden. Von dieser Richtlinie betroffen wären Bundes- und Landesgesetze, Rechtsverordnungen sowie die Rechtsetzung durch die Heilberufekammern der Länder.

Um ihre Positionierung für die Ausnahme zu unterfüttern, hat die Bundesärztekammer zusammen mit der Kassennäztlichen Bundesvereinigung, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände eine gemeinsame Stellungnahme erstellt. Sie ging an ausgewählte Abgeordnete des Europäischen Parlaments.

Darin weisen die Organisationen darauf hin, dass das Ziel einer besseren grenzüberschreitenden Mobilität von Gesundheitsberufen bereits durch die Berufsanerkenntnisrichtlinie erreicht werde. Auch gelte der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit für die Gesundheitsberufe schon heute. Zudem untergrabe der Richtlinienvorschlag die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten für die Organisation ihres Gesundheitswesens und führe zu Überregulierung und Rechtsunsicherheit.

Schützenhilfe erhalten die Verbände vom binnenmarktpolitischen Sprecher der Fraktion der Europäischen Volkspartei (EVP), Dr. Andreas Schwab (CDU). Er plädiert in seinem Berichtsentwurf für eine Ausnahmeregelung. Darüber hinaus schlägt er weitere Änderungen vor: So soll die Verhältnismäßigkeitsprüfung nicht mehr vor, sondern nur noch beim Erlass von Berufsregulierungen geprüft werden. Auch soll eine Überprüfung nur noch bei wesentlichen berufsrechtlichen Änderungen stattfinden.

Zuvor hatte sich der gesamte mitberatende Umwelt- und Gesundheitsausschuss (ENVI), für eine Ausnahme der Gesundheitsdienstleistungen ausgesprochen. Der Stellungnahmeentwurf der spanischen Berichterstatteerin, Paloma López Bermejo (S&D), im mitberatenden Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten (EMPL) empfiehlt die völlige Ablehnung des Richtlinienvorschlags aus Gründen der Unzuständigkeit der EU, Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit. Auch Bundestag und Bundesrat hatten Brüssel bereits vorgeworfen, mit der Initiative seine Kompetenzen zu überschreiten.

Allerdings gibt es in den beiden großen europäischen Fraktionen keine einheitliche Positionierung. Das haben die Diskussionen und Änderungsanträge im Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) deutlich gemacht. Liberale und Grüne äußerten sich überwiegend skeptisch zu einer Ausnahme.

Die gemeinsame Stellungnahme der Heilberufe-Verbände zum Dienstleistungspaket finden Sie unter www.baek.de/stellungnahmedlpaket

Wartezeiten und Numerus Clausus im Fokus

Bundesverfassungsgericht prüft Vergabep Praxis für das Medizinstudium



Pomp und Pathos sind den deutschen Verfassungsorganen fremd. Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in Karlsruhe zeigt sich von außen eher nüchtern. Erhabenheit kommt erst auf, wenn die Verfassungshüter in ihren scharlachroten Roben und weißen Jabots auf Kommando des Amtsmeisters den großen Sitzungssaal betreten und unter einem riesigen Bundesadler aus Pinienholz Platz nehmen. So auch am 4. Oktober, als der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichtes öffentlich darüber verhandelte, ob die Studienplatzvergabe in der Humanmedizin über den Numerus Clausus (NC) mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Für den Rechtsvertreter der beklagten Stiftung für Hochschulzulassung (SfH), Max-Emanuel Geis, geriet der Verhandlungstag zum Rede- und Rechtfertigungsmarathon. Am Ende herrschte unter Besuchern und Medienleuten der Eindruck vor, dass sich an den bestehenden Regelungen etwas ändern muss. Und auch die Damen und Herren in Rot ließen Zweifel an der geübten Vergabep Praxis erkennen.

Doch der Reihe nach: Das BVerfG war vom Verwaltungsgericht Gelsenkirchen angerufen worden, das Teile der Regelungen für die Studienplatzvergabe in der Humanmedizin für verfassungswidrig hält. Im aktuellen Vergabeverfahren werden jeweils 20 Prozent der Studienplätze an die Bewerber mit der besten Abiturnote sowie mit der längsten Wartezeit vergeben. Die übrigen 60 Prozent besetzen die Hochschulen mit Hilfe von individuellen Auswahlverfahren, wobei die Abiturnote in der Regel auch hier eine gewichtige Rolle spielt.

Zur Klärung der komplexen Materie hat das Gericht neben Vertretern der Hochschulen und der Studierenden auch den Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery eingeladen, der gleich zu Beginn die Haltung der Ärzteschaft verdeutlichte. So hatten BÄK und Deutsche Ärztetage wiederholt gefordert, neben der Abiturnote weitere Kriterien für das Auswahlverfahren heranzuziehen. Dazu zählten unter anderem psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement und einschlägige Berufserfahrung. „Dafür notwendig sind Assessment-Center, in denen fachliche und menschliche Voraussetzungen für den Arztberuf geprüft werden“, so Montgomery. Universitäten sollten hierfür objektive und transparente Auswahlverfahren durchführen.

Das Gericht behandelte auch die Frage, ob Universitäten „ohne eingehende, gesetzlich vorgegebene Kriterien nach

eigenem Ermessen“ Bewerber auswählen dürften. BÄK-Präsident Montgomery bezeichnete die mangelnde Transparenz des derzeitigen Auswahlverfahrens als Manko. Diese Einschätzung teilte auch Isabel Molwitz, Vizepräsidentin des Bundesverbandes der Medizinstudierenden. Ein weiteres Ärgernis sind für sie die sogenannten Ortspräferenzen. So müssen alle Bewerber bei der SfH angeben, an welchen Orten sie am liebsten studieren würden. Die Ortspräferenz ist auf sechs Städte begrenzt. Wer die falschen Orte angibt, kann Pech haben und leer ausgehen, weil manche Universitäten verlangen, dass ihr Sitz von den Kandidaten als Lieblingsort angegeben wird. Deshalb machten die Kandidaten ausschließlich taktische Angaben, so Molwitz.

Hier hakte das Gericht besonders nach. Vor allem wollten die Richter wissen, warum die SfH die Ortspräferenzen auf sechs beschränkt. „Welche rechtliche Grundlage hat diese Zahl?“, fragte Kirchhof. Die Antwort der SfH sorgte für Kopfschütteln und Lacher im Saal: Das sei im System so programmiert worden. Ändern lasse es sich wegen veralteter Software leider nicht. SfH-Anwalt Geis sieht die Schuld für die Misere bei der Studienplatzvergabe auch in der Bildungspolitik der siebziger Jahre. Man sehe nun, wohin das Dogma von der „Bildung für alle“ geführt habe. Richter Kirchhof zeigte an derlei politischen Ausführungen wenig Interesse und forderte den Anwalt wiederholt auf, ganz konkret zur Verfassungsmäßigkeit der jetzigen Vergaberegulungen Stellung zu beziehen, insbesondere auch dazu, dass die Wartezeiten mittlerweile die Regelstudienzeit überschreiten. Geis fragte zurück, bei wie vielen Wartesemestern die Verfassungsmäßigkeit nicht mehr gegeben sei. „Wer soll hier die Grenze ziehen?“ Darauf Kirchhof: „Sie können doch nicht warten, bis alle Studenten graue Bärte haben.“

Auch sonst ließ das Gericht immer wieder Zweifel an der Vergabep Praxis durchblicken. Bis zu einem Urteil können jedoch noch Monate vergehen. Auch gilt es unter Hochschulrechtlern als unwahrscheinlich, dass Karlsruhe den NC komplett verwirft. Möglicherweise wird aber die Vergabep Praxis als rechtsunsicher eingestuft. Dann müsste die Politik Regelungen schaffen, nach denen es weniger stark auf die Abiturnote ankommt. Bund und Länder haben sich in ihrem „Masterplan Medizinstudium 2020“ bereits auf geänderte Auswahlverfahren für das Medizinstudium verständigt. Für die Umsetzung müssten sie nicht erst auf das Karlsruher Urteil warten. ■

Landesärztekammern für Förderung gesundheitlicher Kompetenzen

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind übergewichtig oder adipös

Übergewicht und Bewegungsmangel sind bereits bei vielen Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein Problem. Das hat nicht zuletzt der diesjährige Deutsche Ärztetag erkannt und erneut eine frühzeitige Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Kompetenzen junger Menschen gefordert. So sprach sich die Ärzteschaft dafür aus, gesundheitsrelevante Themen in die Ausbildung von Lehrern und Erziehern sowie in die schulischen Lehrpläne aufzunehmen. Denkbar seien ein projektbezogener Unterricht zu gesundheitsrelevanten Themen, eigene Unterrichtseinheiten oder auch ein eigenes Schulfach „Gesundheit“.

Nun haben zahlreiche Landesärztekammern diese Forderungen aufgegriffen. So wiesen die Kammern darauf hin, dass ein gesunder Lebensstil auch die schulischen Leistungen fördert. Zudem forderten sie mehr Sport- und Bewegungsangebote und größere Freiräume für Lehrkräfte zur Vermittlung von Gesundheitsthemen. Die Bundesärztekammer setzt sich in der von der Bundesregierung initiierten Allianz für Gesundheitskompetenz für das Thema ein. Wie Untersuchun-

gen zeigen, stellt das Übergewicht weiterhin ein besonderes Problem dar. Etwa ein Drittel der übergewichtigen Kinder sind der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Instituts zufolge sogar adipös. Das entspricht etwa zwei Millionen übergewichtigen und 700.000 adipösen Kindern und Jugendlichen. Im Vergleich zu den 1980er- und 1990er-Jahren hat sich der Anteil der übergewichtigen Kinder um 50 Prozent erhöht. Dabei sind sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger betroffen als andere. ■



Kodierberatung: Bundesversicherungsamt behält Kassen im Blick

Bundesunmittelbare Krankenkassen verbuchen Einnahmeüberschuss von 500 Millionen Euro

Den 69 bundesunmittelbaren Krankenkassen geht es insgesamt gut – das ist die Hauptbotschaft des Tätigkeitsberichts für das Jahr 2016, den das Bundesversicherungsamt (BVA) vorgelegt hat. So erzielten die Krankenkassen im vergangenen Jahr einen Einnahmeüberschuss von 500 Millionen Euro. Im Jahr 2015 verbuchten sie noch ein Minus von 1,1 Milliarden Euro. Die Kassen verfügten damit zum Jahresende über Betriebs- und Rücklagevermögen von 7,9 Milliarden Euro. Das entspricht einer durchschnittlichen Reserve von 0,71 Monatsausgaben.

Allerdings zeigt der Bericht auch, dass die finanzielle Lage der einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich ist. So erzielten zwar 39 Kassen einen Überschuss, dem standen aber 30 Kassen mit einem Defizit gegenüber. Vier Kassen konnten zudem die gesetzlich geforderte Rücklage von mindestens einem Viertel der Monatsausgaben nicht aufbringen. Um welche Krankenkassen es sich dabei handelt, geht aus dem Bericht nicht hervor.

Die Aufsichtsbehörde wirft in ihrem Jahresbericht auch einen kritischen Blick auf das Geschäftsgebaren der gesetzlichen Krankenkassen. So stellte sie beim Thema Kodierung „verschiedene Strategien“ fest, „um auf das Kodierverhalten der Vertragsärzte Einfluss zu nehmen.“ So seien beispielsweise Betreuungsstrukturverträge meist so aufgebaut, dass sie den Ärzten Vorgaben zur Dokumentation von Diagnosen im Rahmen der Abrechnung machten. Es sei „unzulässig“, eine gesonderte Vergütung allein für eine vollständige und zutreffende Diagnose „ohne irgendeine ärztliche Leistung“ zu vereinbaren. Das gilt auch für die Kodierberatungen, bei denen die Krankenkassen Ärzte mit dem Ziel kontaktieren, ihr Kodierverhalten zu optimieren. Als rechtswidrig stufte das BVA auch die Bemühungen mehrerer Krankenkassen ein, wechselwillige Mitglieder durch besondere Prämien zu halten. Auch die Werbung von Neumitgliedern in Flüchtlingsunterkünften wurde unterbunden. ■



Quelle: ptabay.com

nachrichten

Keine Beanstandungen bei Herztransplantationsprogrammen

Die Prüfungskommission und die Überwachungskommission in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft haben ihre neuesten Kommissionsberichte veröffentlicht.

Es wurden die Herztransplantationsprogramme der Universitätskliniken Heidelberg und Regensburg, das Lebertransplantationsprogramm der Charité Universitätsmedizin Berlin – Campus Virchow Klinikum, das Nierentransplantationsprogramm des Klinikums Augsburg, der Charité Universitätsmedizin Berlin – Campus Benjamin Franklin und des Klinikums Fulda sowie die Nieren- und Pankreasprogramme der Universitätskliniken Dresden, Heidelberg, Schleswig-Holstein – Campus Lübeck, Gießen und Marburg, Regensburg sowie der Medizinischen Hochschule Hannover überprüft. Bei keiner dieser Prüfungen wurden Anhaltspunkte für Manipulationen festgestellt. ■

EuGH: Gesundheitsschutz ist Sache der Mitgliedsstaaten

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in einem Urteil betont, dass es Sache der Mitgliedsstaaten sei, das Niveau des Gesundheitsschutzes festzulegen. Auch stehe ihnen ein Wertungsspielraum bei der Frage zu, wie sie dieses Niveau erreichen wollen.

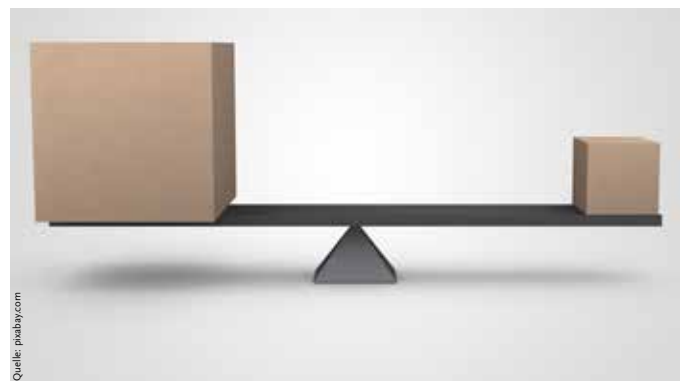
In seinem Urteil hebt der EuGH hervor, dass unter den vom Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union geschützten Gütern und Interessen „die Gesundheit und das Leben von Menschen den höchsten Rang einnehmen“. Deshalb sei „bei der Beurteilung nationaler Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit eine besondere Wachsamkeit erforderlich“.

In dem Gerichtsverfahren ging es um einen klinischen Zahn-techniker aus einem anderen Mitgliedsstaat, der in Malta auf Anerkennung seiner Qualifikation als klinischer Zahntechniker geklagt hatte. Er wollte darüber hinaus erreichen, dass dieser Beruf auch in Malta zugelassen wird. Der Kläger berief sich auf europarechtliche Vorgaben, insbesondere auf die Grundfreiheit der EU-Verträge und die Berufsanerkennungsrichtlinie, die im Jahr 2005 verabschiedet worden war.

Die maltesischen Behörden hatten diese Anträge abgelehnt und dabei auf den Schutz der Gesundheit und die Verantwortlichkeit der EU-Mitgliedsstaaten für die Organisation ihrer Gesundheitssysteme verwiesen. Daraufhin legten die maltesischen Gerichte die Fragen dem EuGH zur Vorabentscheidung vor. ■

Zi kritisiert Destatis-Analyse zu Einnahmen von Arztpraxen

Die Arztpraxen in Deutschland sollen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) im Jahr 2015 durchschnittlich 507.000 Euro je Praxis eingenommen haben, fünf Prozent mehr als 2011. Nach der alle vier Jahre erhobenen Kostenstrukturanalyse von Destatis blieben die Aufwendungen im untersuchten Zeitraum mit 249.000 Euro gleich. Nach Abzug der Aufwendungen sei der so genannte



durchschnittliche Reinertrag einer Arztpraxis in vier Jahren von 234.000 auf 258.000 Euro gestiegen – ein Plus von 10,3 Prozent; pro Praxisinhaber habe der Reinertrag bei 190.000 Euro gegenüber 166.000 Euro im Jahr 2011 gelegen. Die Einnahmen der Arztpraxen auf Kassenabrechnungen seien von 68,7 auf 70,4 Prozent gestiegen. Der Anteil aus Privatabrechnungen habe sich von 28,3 auf 26,3 Prozent reduziert.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kritisierte, die Zahlen von Destatis hätten kaum Aussagewert. Für die Analyse seien vornehmlich größere, umsatzstarke Praxen befragt worden. Kleinere und neu gegründete Praxen seien dagegen kaum berücksichtigt worden. Zudem sei der Reinertrag pro Praxis ausgewiesen. Dieser liege jedoch deutlich über dem Reinertrag eines einzelnen Arztes, da in vielen Praxen mehrere Ärzte tätig seien. Nach Zahlen des Zi sei der Jahresüberschuss in den Praxen im Jahr 2015 zwar leicht gestiegen, aber hinter der allgemeinen Reallohnentwicklung zurückgeblieben. Der Überschuss der Vertragsärzte und -psychotherapeuten sei im Jahr 2015 inflationsbereinigt um 1,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Die Bruttomonatsverdienste in Deutschland erhöhten sich dagegen um 2,4 Prozent.

Nach der Statistik des Zi lag im Jahr 2015 der durchschnittliche Jahresüberschuss eines Praxisinhabers bei 160.820 Euro. Das Nettoeinkommen belief sich nach Abzug der Beiträge für die Altersvorsorge, Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Einkommenssteuer auf 80.295 Euro. Das ist ein Monateinkommen von 6.691 Euro oder ein Nettostundensatz von 35 Euro – bei einer durchschnittlichen 50-Stunden-Woche. ■

Neue Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte

Die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte (AAA) und der Medizinischen Fachangestellten (Verband medizinischer Fachberufe e.V.) haben sich am 1. August 2017 auf einen neuen Gehaltstarifvertrag für medizinische Fachangestellte (MFA) mit einer Laufzeit vom 1. April 2017 bis 31. März 2019 und auf einen neuen Manteltarifvertrag mit einer Laufzeit bis zum 31. Dezember 2020 geeinigt. Die Gehälter steigen nach dem Ende der Erklärungsfrist rückwirkend zum 1. April 2017 um 2,6 Prozent linear und ein Jahr später nochmals um 2,2 Prozent. Auch die Ausbildungsvergütungen werden rückwirkend zum April in allen drei Ausbildungsjahren um 30 Euro brutto monatlich erhöht. Ab April 2018 steigen sie um weitere 1,7 Prozent.

Das bisherige 13. Gehalt wird ab 2018 in eine Sonderzahlung umgewandelt: Eine Hälfte wird auf die Monatsgehälter und Ausbildungsvergütungen umgelegt, die andere Hälfte als Sonderzahlung zum 1. Dezember ausgezahlt. Die Sonderzahlung soll die Liquiditätsengpässe vieler Praxen, die durch das 13. Gehalt alljährlich entstehen, deutlich vermindern. Gleichzeitig soll sie zukünftig stärker auf die Dauer der Praxiszugehörigkeit ausgerichtet sein: Den Anspruchs erwerbenden MFA nach einer Wartezeit von sechs und Auszubildende nach drei Monaten. ■

Bundesverfassungsgericht: Mitgliedschaft in Kammer ist rechters

Die an eine Pflichtmitgliedschaft in Industrie- und Handelskammern gebundene Beitragspflicht ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Dies hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) bekräftigt und die Verfassungsbeschwerden von zwei Kammermitgliedern zurückgewiesen. Diese hatten argumentiert, dass die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtmitgliedschaft in den Industrie- und Handelskammern und die daraus resultierende Beitragspflicht nicht mit dem Grundgesetz vereinbar seien.

Die Verfassungsrichter erklärten, die Pflichtmitgliedschaft greife zwar in die grundgesetzlich geschützte allgemeine Handlungsfreiheit ein. Das sei aber gerechtfertigt, wenn damit „die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, ein Gesamtinteresse zu ermitteln, das tatsächlich alle Betriebe und Unternehmen berücksichtigt“. Dies setze voraus, dass abweichende Interessen nicht unterschlagen werden. Die Wahl zur Vollversammlung sei dafür geeignet. „Damit hat das BVerfG auch das Kammersystem gestärkt, da die gleichen rechtlichen Erwägungen auch bei den berufsständischen Körperschaften, wie der Bayerischen Landesärztekammer gelten“, begrüßte Dr. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, das Urteil. ■

Gemeinsame Resolution verurteilt Gewalt gegen Ärzte

Gewalt gegen Ärzte und andere Angehörige von Gesundheitsberufen entwickelt sich auch in den Ländern Mittel- und Osteuropas zu einem immer größeren Problem. Dies stellten Vertreter der mittel- und osteuropäischen Ärztekammern bei ihrem diesjährigen Treffen vom 15. bis 16. September im slowenischen Ljubljana fest.

Die Teilnehmer suchten nach Wegen, der wachsenden Gewalt zu begegnen und die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. „Die Gewaltbereitschaft steigt. Daher ist es notwendig, dass wir in der Gesellschaft ein Bewusstsein für dieses Problem schaffen. Die Sicherheit der Ärzte ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung“, betonte Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer, bei dem Treffen. Dies unterstrichen die Ärztekammern in ihrer gemeinsamen Resolution, in der sie eine Null-Toleranz-Politik bei Gewalt gegen Ärzte, flankiert von einer entsprechenden Gesetzgebung fordern. Die Resolution finden Sie unter <http://bit.ly/2xulH3H> ■

Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt Zweitmeinungs-Regeln

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Regeln beschlossen, nach denen Patientinnen und Patienten vor elektiven Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen können. Der G-BA hatte den Auftrag bekommen, in einer Richtlinie unter anderem zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch besteht. Künftig sollen die strukturierten Zweitmeinungsverfahren für Gaumen- und/oder Rachenmandeln und Gebärmutterentfernungen gelten. Weitere können dazukommen. Allerdings kann die Zweitmeinung erst dann als ambulante Leistung von Ärzten erbracht und abgerechnet werden, wenn der Bewertungsausschuss aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband über die Höhe der Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab beraten hat.

Die Richtlinie wurde gegen die Stimmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie in einigen Punkten gegen die Meinung der Patientenvertretung mit den Voten der Krankenkassen, der KBV und der Unparteiischen beschlossen. Es wird auch geregelt, über welche weiteren Qualifikationen Ärzte verfügen müssen, die eine Zweitmeinung ausstellen dürfen. „Entscheidend ist hierbei die ärztliche Unabhängigkeit von etwaigen wirtschaftlichen Interessen an der Durchführung des Eingriffs“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA. In der Ärzteschaft hingegen gibt es auch kritische Stimmen zu den weitreichenden Qualifikationsvorgaben sowie zu den Regelungen des Nachweises der ärztlichen Unabhängigkeit. ■

medizin & ethik

Wenn heilen tötet

Nach Todesfällen in Brüggen wird eine Reform des Heilpraktikerwesens diskutiert

Im Juni des vergangenen Jahres starben drei Krebskranke, die bei einem Heilpraktiker in Brüggen in Behandlung waren. Dieser soll sie mit einem experimentellen Wirkstoff therapiert haben, der nicht als Medikament zugelassen ist. Die Todesfälle haben eine Diskussion über das Heilpraktikerwesen angestoßen.

Anfang August 2017 wurde ein Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für überarbeitete Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern bekannt. Am 26. Oktober findet eine mündliche Anhörung zu dem Thema statt. Das BMG möchte das Verfahren bundesweit stärker vereinheitlichen und die Patienten besser schützen. Während der Beruf in anderen europäischen Ländern stark reguliert oder sogar verboten ist, beschreitet Deutschland einen Sonderweg. Die rechtliche Grundlage dafür bildet das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“. Es stammt aus dem Jahr 1939 und wurde seitdem nur geringfügig geändert. Zukünftigen Heilpraktikern stellt es keine hohen Hürden in den Weg. Zugangsvoraussetzungen sind ein Mindestalter von 25 Jahren, ein Hauptschulabschluss und die deutsche Staatsbürgerschaft. Es gibt weder eine staatlich regulierte Ausbildung, noch die Verpflichtung, sich regelmäßig fortzubilden. Stattdessen muss ein angehender Heilpraktiker lediglich im Rahmen einer Prüfung vor dem Gesundheitsamt nachweisen, dass von ihm keine Gefahr für „die Volksgesundheit“ ausgeht. Außerdem sollen zukünftige Heilpraktiker die Grenzen ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten zuverlässig einschätzen können.

Was dürfen die Heilpraktiker? Und wo verläuft die Grenze zur ärztlichen Tätigkeit? Diese Fragen beantwortet der Entwurf allerdings nicht. Vielmehr setzt er bei Heilpraktikern Kenntnisse und Fertigkeiten voraus, die die Grenze zum Arztberuf weit überschreiten. So sollen sie unter anderem in der Lage sein, akute Notfälle oder lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und eine angemessene Erstversorgung sicherzustellen. Viel Zeit zum Nachbessern bleibt nicht. Die Leitlinien sollen bis Ende des Jahres vorliegen.

Unterdessen veröffentlichte am 21. August 2017 der „Münsteraner Kreis“, eine interdisziplinäre Expertengruppe um die Medizin-Ethikerin Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, seine Reformvorschläge. Das Memorandum kritisiert die „unangemessene Ausbildung und die meist unhaltbaren Krankheitskonzepte“ der Heilpraktiker. Kritisch sehen die Experten auch das vermeintliche Qualitäts-Siegel „staatlich anerkannt“ auf den Praxisschildern. Es erwecke den Anschein, es handle sich um staatlich geprüfte Heiler, „die im Grunde äquivalent zu Ärzten ausgebildet seien“ – ganz ohne sechsjähriges Studi-



um, anschließende Weiterbildung und die Verpflichtung zu kontinuierlicher Fortbildung. Von einer „bizarren Qualitätslücke“ ist in dem Papier die Rede. Das sieht auch die Ärzteschaft so. „Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Heilpraktikern weist erhebliche Unterschiede auf, weshalb die Kritik nicht ganz unberechtigt ist“, sagt Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Zuvor hatte schon der 120. Deutsche Ärztetag festgestellt, dass Heilpraktiker „keinen Gesundheitsfachberuf“ ausüben. Es sei zentrales Merkmal der Branche, „außerhalb geltender Standards und allgemein anerkannter Wirksamkeitsmechanismen tätig werden zu dürfen.“ In der aktuellen Diskussion fordert Dr. Theodor Windhorst, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, eine grundlegende Reform. Er rief den Gesetzgeber dazu auf, „kranke Menschen vor Scharlatanerie zu schützen“. Das Ziel müsse kein Berufsverbot sein, wohl aber Einschränkungen und Regulierung. Rudolf Henke, ebenfalls ein BÄK-Vorstandsmitglied, erklärte, er sehe keinen Bedarf für einen weiteren Ausbildungsberuf oder eine akademischen Ausbildung zum Heilpraktiker: „Da könnte man ja auch gleich Arzt werden.“ Notwendig seien gesetzliche Rahmenbedingungen, die den Schutz von Patienten in den Mittelpunkt stellen und sowohl invasive Maßnahmen als auch die Behandlung von Krebserkrankungen ausschließen.

Gegen den Heilpraktiker aus Brüggen ermittelt die Staatsanwaltschaft wegen fahrlässiger Tötung in drei und fahrlässiger Körperverletzung in zwei Fällen. Nach ihren Angaben sind seit Bestehen der Praxis in den letzten zwei Jahren 69 Patienten gestorben. Der Landkreis Viersen untersagte dem Mann für die Zeit der Ermittlungen eine weitere Tätigkeit; er behielt aber seine generelle Arbeitserlaubnis als Heilpraktiker. Nur wenige Wochen nach den Todesfällen praktizierte der Verdächtige wieder – im benachbarten Landkreis Wesel. ■

"Der Tagesspiegel" verzählt sich bei BÄK-Stellungnahmen

Bundesärztekammer weist Redaktion auf falsche Berichterstattung hin

In dem Beitrag des Berliner Tagesspiegels „Gesetze der Macht“ vom 4. September 2017 wurde die Rolle von Verbänden im politischen Meinungsbildungsprozess analysiert. Grundlage des Beitrages war eine Umfrage der Redaktion bei allen Bundesministerien. Gefragt wurde unter anderem, wie häufig sich Organisationen an einem Stellungnahmeverfahren beteiligen. Dabei ging es ausschließlich um Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen, die noch nicht von der Bundesregierung in das parlamentarische Verfahren eingebracht wurden.

Für den Bereich Gesundheit berichtete der Tagesspiegel unter anderem: „[...] Die Bundesärztekammer hat interessanterweise nur sechs Stellungnahmen eingebracht, obwohl sie 14-mal angefragt wurde. Hier ist das Engagement also deutlich geringer als die Nachfrage nach ärztlichem Sachverstand. Die oberste Medizinervertretung hat sich damit nicht stärker an der Gesundheitsgesetzgebung beteiligt als der Deutsche Städtetag und die Bundespsychotherapeutenkammer. [...]“.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat der Redaktion umgehend mitgeteilt, dass diese Angaben nicht den Tatsachen entsprechen. Richtig ist hingegen, dass die Bundesärztekammer in

der 18. Wahlperiode (seit Oktober 2013) zu Referentenentwürfen (Verordnungsentwürfe sind nicht berücksichtigt) aus dem Bundesgesundheitsministerium (andere Ministerien sind nicht berücksichtigt) 19 Stellungnahmen bei 23 Anfragen abgegeben hat. Hinzu kamen allein im Jahr 2016 mehr als 60 schriftliche Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen im parlamentarischen Verfahren und zu Initiativen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weitere 20 Stellungnahmen zur Arzneimittelnutzenbewertung, die die BÄK durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft abgegeben hat. Von mangelndem Engagement bei der Einbringung ärztlichen Sachverstandes in die Gesetzgebung beziehungsweise in die weitere Ausgestaltung gesetzlicher Neuregelungen kann also keine Rede sein.

Auch wenn sich der Tagesspiegel auf Rückmeldungen aus Ministerien bezieht, gebietet es die journalistische Sorgfaltspflicht, die erhobenen Zahlen bei den Absendern der Stellungnahmen überprüfen zu lassen. Dies wäre im Fall der BÄK unkompliziert möglich gewesen, weil diese Informationen auf der Internetseite abgerufen werden können. Mittlerweile hat der Tagesspiegel die strittige Passage aus seinem Internetangebot entfernt. ■

Ärztliche Psychotherapeuten sorgen sich um Patientenschutz

Bundesgesundheitsministerium legt Entwurf zur Reform des Psychotherapeuten-Gesetzes vor

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Berufsverbänden einen Arbeitsentwurf zur Reform des Psychotherapeuten-Gesetzes zukommen lassen. Er sieht die Umstellung der Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf ein Direktstudium vor. Beide sollen in einem einheitlichen Berufsbild aufgehen. Die für den Eintrag in das Arztregister erforderliche Fachkunde soll zukünftig erst nach einer Weiterbildung erworben werden.

Aus den bisherigen Zugangswegen soll ein Approbationsstudium werden. Nach dem Arbeitsentwurf soll das zur Erteilung der Approbation erforderliche Studium ausschließlich an Universitäten oder gleichgestellten Hochschulen erfolgen. Es soll fünf Jahre dauern, aus einem Bachelorstudiengang sowie einem darauf aufbauenden Masterstudiengang bestehen und Lehrveranstaltungen sowie praktische Elemente umfassen. Mit dem Abschluss soll eine „staatliche Berufszulassung“ erfolgen. An das Studium schließt sich eine Weiterbildung an, die der Entwurf nicht weiter konkretisiert. Psychotherapeuten sollen „notwendige Behandlungsmaßnahmen durch Dritte veranlassen“ können. Sie sollen zudem befähigt werden, „gutachterliche Fragestellungen“ zu bearbeiten. Darüber hinaus enthält der Entwurf eine Regelung, nach der die zu-

ständige Landesbehörde einen Modellstudiengang zulassen kann, der die Ausbildung um den Erwerb der Kompetenzen erweitert, die zur Feststellung, Verordnung und Überprüfung von psychopharmakologischen Maßnahmen als Bestandteil einer psychotherapeutischen Versorgung erforderlich sind. Eine Evaluation dieser Modellstudiengänge ist zwingend vorgeschrieben.

Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung begrüßen den Entwurf. Sie erwarten aber, noch offene Fragen etwa der Finanzierung zu klären und konkrete Formulierungen in einen Gesetzentwurf einzubringen.

Dagegen befürchten die ärztlichen Psychotherapeuten eine drastische Minderung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität. Die Verordnung von Medikamenten bedürfe einer ärztlichen Kompetenz. Zudem führe die Neuregelung zu einer unangemessenen Gleichsetzung des approbierten Arztes mit dem approbierten Psychotherapeuten. **Mit dem Thema wird sich auch die Veranstaltungsreihe BÄK im Dialog befassen. Sie trägt den Titel „Chancen und Wert der ärztlichen Psychotherapie“ und findet am 11. November 2017 in Berlin statt.** ■

Mehr Möglichkeiten, mehr Rechtssicherheit für Ärzte

Neue Substitutions-Richtlinie der BÄK zur Behandlung Opioid-Abhängiger

Bessere Therapiemöglichkeiten und mehr Rechtssicherheit für Ärzte – dieses Ziel verfolgt die neue Substitutions-Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Behandlung Opioidabhängiger.“ Darauf weist Dr. Josef Mischo hin, der als Vorsitzender der BÄK-Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ gemeinsam mit dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, und einer ärztlichen Expertengruppe die Richtlinie erarbeitet hat. Den Patienten könne nun ärztlicherseits noch besser geholfen werden, ihr Leben zu ordnen, nicht mehr straffällig zu werden und einen Weg zurück ins Arbeitsleben zu finden.



Etwa die Hälfte aller Opioidabhängigen befindet sich derzeit in einer Substitutionsbehandlung. Das sind etwa 77.000 Menschen. Der Bundesrat hatte mit der im Mai 2017 verabschiedeten Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) den Rahmen für diese Behandlung neu gestaltet und ärztlich-therapeutische Belange in die Richtlinienkompetenz der BÄK übertragen.

Ärzte können nun die Therapieziele flexibler an die aktuelle Situation ihres Patienten anpassen. Die Konsiliarregelung,

die die gemeinsame Behandlung mit suchtmmedizinisch nicht erfahrenen Kolleginnen und Kollegen ermöglicht, wird von drei auf zehn Patienten erhöht. Stabile, gut re-integrierte Patienten können das Substitutionsmittel bis zu 30 Tage lang eigenverantwortlich einnehmen, wenn es zum Beispiel ihre Arbeit oder längere Urlaubszeiten erfordern. Da viele langjährig Substituierte inzwischen auch in Pflegeheimen oder Hospizen leben, wird den behandelnden Ärzten die Betreuung dieser Patienten in diesen Einrichtungen erleichtert.

Ende der starren gesetzlichen Regelungen

„Es ist gut, dass die Politik die Richtlinienkompetenz in diesem wichtigen Bereich auf die ärztliche Selbstverwaltung übertragen hat. Die Therapie unterliegt damit nicht mehr starren gesetzlichen Regelungen, die bislang immer auch die Gefahr von Strafverfahren für die behandelnden Ärzte nach sich zogen. Sie kann jetzt auch besser als bisher an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und die Erfordernisse des konkreten Einzelfalls angepasst werden“, sagt Bodendieck.

Mit der Neuregelung verbindet die Bundesärztekammer auch die Hoffnung, dass sich nun weitere Ärzte für diese lebensrettende und medizinisch hoch wirksame Behandlung motivieren lassen.

Drogenbeauftragte: Reform des Substitutionsrechts ist ein „Meilenstein“

Marlene Mortler (CSU), die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, sprach von einem „Meilenstein“ bei der Verbesserung der Versorgung Suchtkranker. „Ich freue mich sehr, dass die neuen Regeln mit der Bekanntgabe der BÄK-Richtlinie jetzt in die Praxis kommen. Die Ärzteschaft hat hierbei wirklich gute Arbeit geleistet“, so Mortler. Sie zeigte sich „sehr zuversichtlich“, mit dieser Reform mehr Ärzte für die Substitutionsbehandlung zu gewinnen. Sie werde „einen spürbaren Beitrag leisten, die Versorgungslücken gerade auch auf dem Land zu schließen. Die Neuerungen werden vielen Menschen den Weg in ein selbstbestimmtes Leben erleichtern. Das alles ist wichtig, denn Substitution kann Leben retten.“

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger trat am 2. Oktober 2017 mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Sie kann auf der Internetseite der BÄK eingesehen werden: www.baek.de/substitutionstherapie/

Stationsäquivalente Versorgung psychiatrischer Patienten vereinbart

Baum: Passgenaue, patientengerechte Behandlungsform

GV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben sich fristgerecht auf eine Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung geeinigt. Sie tritt Anfang des Jahres 2018 in Kraft. Mit der Einführung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen hatte der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern den Auftrag gegeben, eine entsprechende Leistungsbeschreibung zu vereinbaren.

Die Regelung soll zu einer besseren Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen beitragen. So eröffnet sie die Option, Klinikpatienten der Psychiatrie durch ein ärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team im heimischen Umfeld betreuen zu lassen. Wichtigste Voraussetzung ist, dass das Therapieziel bei einem Krankenhauspatienten am ehesten im häuslichen Umfeld erreicht werden kann. Zusätzlich muss garantiert werden, dass das Behandlungsteam im Krisenfall schnell intervenieren und der Patient auch jederzeit kurzfristig die Klinik erreichen kann. Zudem muss sichergestellt werden, dass alle im häuslichen Umfeld lebenden Men-

schen einverstanden sind. Das behandelnde Krankenhaus kann, insbesondere um die Behandlungskontinuität optimal zu gewährleisten oder wegen der Wohnortnähe, auch an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer oder andere Krankenhäuser beauftragen. Das neue Angebot ist nicht als Ersatz für die stationäre Versorgung gedacht, sondern soll sie ergänzen. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sprach von einer zusätzlichen Möglichkeit für „eine passgenaue patientengerechte Behandlungsform.“ Zudem ist nach Ansicht der Beteiligten schon jetzt absehbar, dass dieses neue Angebot voraussichtlich nur einer sehr überschaubaren Zahl von Patienten unterbreitet werden könne. „Im Einzelfall sollten Patient und Arzt zusammen gut abwägen, ob diese Behandlungsform wirklich die beste Variante darstellt“, sagte Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

Es bleibt allerdings abzuwarten, inwiefern die Kliniken in Betracht der angespannten Personalsituation die ärztliche Eingriffsmöglichkeit von 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche gewährleisten können. ■

Neues Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte

Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hat sich deutlich verändert

An Medizinische Fachangestellte (MFA) richtet sich das neue Musterfortbildungscurriculum „Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED)“. Es wurde insbesondere für den Bedarf in gastroenterologischen Fachpraxen sowie klinischen Fachabteilungen mit gastroenterologischem Schwerpunkt entwickelt. Ein wichtiger Behandlungsschwerpunkt in diesen Einrichtungen mit wachsender epidemiologischer Bedeutung ist die Versorgung und Betreuung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, insbesondere von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Die Behandlung mit oft schwierigen und komplexen Krankheitsverläufen hat sich in den letzten Jahren vor allem durch neue therapeutische Möglichkeiten mit nachhaltig wirkenden, aber teils mit Nebenwirkungen behafteten Biologika deutlich verändert.

Ziel des Curriculums ist die Unterstützung und Entlastung des Arztes bei der Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Behandlung, indem die MFA bei der Diagnostik und Therapie insbesondere von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa mitwirkt. Sie führt delegierbare Tätigkeiten durch und begleitet und berät die Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit, bei der Krankheitsbewältigung und bei sozialen Fragestellungen.

Das 120-stündige Curriculum besteht aus acht Modulen im Umfang von insgesamt 96 Stunden und einem 24-stündigen Praktikum. Die Module 1 und 2 sind die für alle Curricula gleichbleibenden Module „Kommunikation“ und „Motivation“. Die Vorbereitung und Diskussion von Hausaufgaben ist ebenfalls Bestandteil des Konzeptes. Der Kurs schließt mit einer schriftlichen Lernerfolgskontrolle ab.

Entwickelt wurde das Curriculum von einer Expertengruppe der Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, der Fachgesellschaft für Assistenzpersonal Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (FA-CED) und des Kompetenznetzes Darmerkrankungen. Entsprechende Kurse werden seit dem Jahr 2014 im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe erfolgreich durchgeführt.

Die Landesärztekammern können das Musterfortbildungscurriculum als Wahlteil für die Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ anerkennen.

Das Mustercurriculum steht im Internet zum Download bereit unter www.baek.de/cedcurriculum ■

personalia

Rudolf Henke erneut direkt in den Deutschen Bundestag gewählt



Rudolf Henke

Rudolf Henke (CDU) wird auch in der kommenden Legislaturperiode den Wahlkreis Aachen I im Deutschen Bundestag vertreten. Er wurde bei der Bundestagswahl am 24. Oktober 2017 mit 33,7 Prozent der Erststimmen wiedergewählt. Henke ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags. Er setzte sich mit einem Vorsprung von knapp 1.700 Stimmen gegen die frühere

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) durch.

Der Internist ist seit 1981 Mitglied und seit 2011 Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Im Jahr 1995 wurde er erstmals in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt, dem er bis heute angehört. Im November 2007 trat er die Nachfolge von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery als Vorsitzender des Marburger Bundes an. ■

Prof. Josef Hecken steht weiter an der Spitze des G-BA

Der Gesundheitssausschuss des Deutschen Bundestags hat den Weg frei gemacht für die Neubesetzung der Spitze des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unparteiischer Vorsitzender wird auch in der nächsten Amtsperiode Prof. Josef Hecken sein. Im stehen die beiden Ärztinnen Prof. Dr. Elisabeth Pott und Dr. Monika Lelgemann zur Seite.

Die ersten Personalvorschläge, Uwe Deh, ehemaliger AOK-Vorstand, und Lars Lindemann, Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbandes der Fachärzte, hatten die Abgeordneten des Bundestages im Juni mit absoluter Mehrheit abgelehnt. Dem vorangegangen waren wochenlange Diskussionen über die Besetzung der Posten.

Pott sitzt seit 2001 dem Bundesfachausschuss Gesundheit der FDP vor, ist Lehrbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover, Mitglied im Hochschulrat der Deutschen Sporthochschule Köln sowie ehrenamtliche Vorstandsvorsitzende der Deutschen Aids-Stiftung. Lelgemann ist momentan noch stellvertretende Amtsleiterin beim Gesundheitsamt Bremen und dort die Leiterin der Abteilung Sozialmedizin für Erwachsene. ■

Szekeres ist neuer Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Neuer Präsident der Österreichischen Ärztekammer ist Dr. med. Thomas Szekeres. Er ist zugleich Präsident der Wiener Ärztekammer und Oberarzt am Klinischen Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik der Medizinischen Universität Wien.

Als Kammerpräsident will Szekeres sich für mehr finanzielle Mittel einsetzen – für die Ärzte sowie für das gesamte Gesundheitssystem. Auch versprach er, sämtliche Landeskammerpräsidenten in die wesentlichen Entscheidungen ein-

zubinden. „Ich bin Sprecher der Ärzteschaft, nicht der, der Zielvorgaben vorgibt“, sagte Szekeres. Eng zusammenarbeiten will er mit Politik und dem Sozialversicherungs-Hauptverband. Ärzte sollen bei Reformvorhaben in der Gesundheitspolitik stärker eingebunden werden. Einfluss nehmen will Szekeres sowohl auf das Primärversorgungsgesetz als auch auf die von Bund und Ländern vereinbarte fortgesetzte Kostendämpfung im Gesundheitswesen. So sollen Ärzte andere Ärzte anstellen dürfen. ■

Impressum

BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

Redaktion

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

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

06.10.2017