

Die BÄK im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs

Das Gemeinwohl immer im Blick



„Kein Gesetz kommt aus dem Parlament so heraus, wie es eingebracht worden ist.“ Mit diesen Worten hat der vor vier Jahren verstorbene ehemalige SPD-Fraktionschef Peter Struck treffsicher ein Wesensmerkmal des Parlamentarismus in Deutschland beschrieben. Die Weisheit des knorrigen Pfeifenrauchers ist mittlerweile als Struck'sches Gesetz bekannt und darf als unmissverständliche Botschaft an die Regierung und ihre Ministerialbürokratie verstanden werden: Gesetzentwürfe mögen in den allermeisten Fällen von der Exekutive kommen, das Parlament lässt es sich aber nicht nehmen, die Vorlagen in aufwendigen Beratungsverfahren und mithilfe von Expertenanhörungen weiterzuentwickeln. Damit kommt nicht nur dem Parlament eine wichtige Rolle im politischen Meinungsbildungsprozess zu, sondern auch Verbänden und weiteren Vertretern der organisierten Zivilgesellschaft.

In der Gesundheits- und Sozialpolitik ist insbesondere die Meinung der Bundesärztekammer (BÄK) gefragt. Als Interessensvertretung aller

Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gehört sie zu den ersten Ansprechpartnern für Regierung und Parlament. Das liegt auch daran, dass sie sich ebenso kritisch wie konstruktiv in laufende Gesetzgebungsverfahren einbringt und maßgeblich an einer praxistauglichen Umsetzung gesetzlicher Neuregelungen mitwirkt.

Mehr als 1.300 Seiten ärztliche Expertise

In nüchternen Zahlen ausgedrückt bedeutet das für das Jahr 2016: Mehr als 60 schriftliche Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen und zu Initiativen des Gemeinsamen Bundesausschusses (1), weitere 20 Stellungnahmen zur Arzneimittelnutzenbewertung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2) sowie zahlreiche Positionspapiere, Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinienarbeit im gesetzlichen Auftrag. Zusammengenommen brachte die BÄK im vergangenen Jahr mehr als 1.300 Seiten gesundheitspolitische und medizinische Expertise in die Politik und die Organisationen der Selbstverwaltung ein – medial begleitet und flankiert durch persönliche Gespräche auf Politik- und Arbeitsebene.

Geschuldet war das enorme Arbeitspensum auch der hohen Schlagzahl im Bundesgesundheitsministerium. Hausherr Hermann Gröhe (CDU) arbeitete in seiner bisherigen Amtszeit nahezu alle Punkte des Koalitionsvertrages ab. Und das vergleichsweise geräuschlos und effizient. Dass etliche seiner Initiativen im Laufe des parlamentarischen Verfahrens – auch auf Betreiben der Ärzteschaft – Nachbesserungen erfahren haben, nimmt er meist gelassen. Denn natürlich kennt auch der Minister das Struck'sche Gesetz. Vor allem aber will er es mit einem von seinem CDU-Parteikollegen Volker Kauder geprägten Satz halten. Die „Kauder'sche Maxime“ besagt, dass Politik immer mit dem Betrachten der Wirklichkeit beginnen sollte. Das klappt leider nicht immer. Doch als professionelle Inte-

ressensvertretung gibt die Bundesärztekammer hierbei gerne Hilfestellung.

Dabei gehört es zum Selbstverständnis der BÄK, dass sie vehement die Belange der Ärztinnen und Ärzte vertritt, zugleich aber auch immer das Gemeinwohl im Blick behält. Für sie ist ärztliche Freiberuflichkeit untrennbar mit der Bereitschaft verbunden, Verantwortung zu übernehmen – für Patienten und Ärzte, wie auch für die Gesellschaft als Ganzes.

Im Jahr 2016 zeigte sich das unter anderem an der von der Bundesärztekammer angestoßenen Debatte über Verteilungsgerechtigkeit bei der Arzneimittelversorgung, die in der zweiten Jahreshälfte ihren Widerhall in dem sogenannten GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz fand (siehe Bericht S. 40). Das Gesetz soll in diesem Frühjahr abschließend beraten werden. Ebenfalls von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung ist ein weiteres Großprojekt der Regierung – die Umsetzung des im Koalitionsvertrag angekündigten „Masterplans Medizinstudium 2020“. Das Vorhaben ist knifflig, weil es sowohl versorgungspolitische Aspekte umfasst, als auch tief in die universitäre Ausbildung der Mediziner einwirken soll. Zudem müssen die Länder eng eingebunden werden. Dennoch: Die Zeit drängt, denn wer die Ausbildung der Mediziner ändert, darf erwarten, dass die Ergebnisse erst in etwa 15 Jahren in der Versorgung der Patienten ankommen.

Mehr Medizinstudienplätze nötig

Vertreter des Gesundheits- und des Bildungsministeriums beraten seit dem Jahr 2015 zusammen mit Verbänden und Organisationen aus dem Gesundheits- und Hochschulwesen darüber, wie die Universitäten die Allgemeinmedizin stärken können. Die Bundesärztekammer hat in Stellungnahmen gegenüber der Politik bereits zahlreiche Vorschläge in den Reformprozess eingespeist (3). „Ich erhoffe mir, dass bei der Auswahl der Studenten bald soziale Kompetenzen oder Extras wie ein freiwilliges soziales Jahr mehr zählen als bisher“, sagte Montgomery im Frühjahr in einem Interview mit dem Nachrichtenmagazin Focus. Weitere Forderungen der Ärzteschaft: mehr Medizinstudienplätze, Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten und bessere Ausbildungsmöglichkeiten in Arztpraxen.

Große Medienresonanz fand insbesondere die klare Ablehnung einer Landarztquote durch den 119. Deutschen Ärztetag (4). Das von der Bundesregierung ins Gespräch gebrachte Konzept sieht vor, dass ein Teil der Studienplätze an Bewerber vergeben werden soll, die sich zu einer späteren Niederlassung auf dem Land verpflichten. „Die Ärzte wiesen darauf hin, dass kein Student zu Beginn des Medizinstudiums sagen könne, ob er später mal als Allgemeinmediziner im ländlichen Raum arbeiten wolle“, berichtete das Hamburger Abendblatt von den Ärztetags-Beratungen. Die Süddeutsche Zeitung wies darauf hin, dass die Quote von fast allen ärztlichen Verbänden abgelehnt werde. „Man will schließlich die Besten rekrutieren, nicht die, die sich am ehesten auf Kompromisse einlassen“, hieß es in dem Bericht.

Viele der von der Bundesärztekammer und dem Deutschen Ärztetag eingebrachten Punkte wurden von der Politik aufgegriffen. Ende März 2017 einigten sich Bund und Länder über die Inhalte der Reform. Allerdings wurde die Umsetzung unter Haushaltsvorbehalt gestellt.

Selbstverwaltung als Ausdruck der Freiberuflichkeit

Dass die Bundesärztekammer mitunter unbequeme Positionen vertritt, versteht sich von selbst. Und natürlich meldet sie sich auch zu Gesetzesvorhaben zu Wort, von denen sie institutionell nicht direkt betroffen ist, die aber von grundsätzlicher gesundheitspolitischer oder medizinisch-ethischer Bedeutung sind. Beispiele aus dem vergangenen Jahr sind die Debatte über eine generalistische Pflegeausbildung (5), das geplante Versandhandelsverbot für Arzneimittel (6) oder die parteiübergreifend geführte Diskussion über gruppennützige Forschung an nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen.

Eingeschaltet hat sie sich auch in die parlamentarischen Beratungen zu dem sogenannten GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, das die Koalition zu Jahresbeginn als Reaktion auf interne Verfehlungen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf den Weg gebracht hatte. Das Gesetz zielt neben der KBV auf die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und den

Gemeinsamen Bundesausschuss. Es sieht bei Belangen der Selbstverwaltung mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten durch die Aufsicht vor sowie kleinteilige Verfahrensvorschriften, bürokratieintensive Berichtspflichten und weitreichende Genehmigungsvorbehalte des Staates. Um es vorweg zu nehmen, trotz massiver Proteste der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie des GKV-Spitzenverbandes konnte das Vorhaben nicht verhindert werden. Im Vergleich zu den ersten Eckpunkten des Gesetzes konnten jedoch an entscheidenden Stellen Korrekturen durchgesetzt werden. Unter anderem wurden die Zuständigkeiten von Rechts- und Fachaufsicht klarer abgegrenzt sowie umstrittene Vorgaben für die Mindestinhalte der Satzungen der Körperschaften gestrichen. Zudem präzisierte der Gesetzgeber die Regelungen für den „kleinen Staatskommissar“. Für seinen Einsatz sind künftig „hinreichende Anhaltspunkte“ nötig.

Dafür war viel Überzeugungsarbeit nötig. Auf einer Pressekonferenz im September 2016 hatte BÄK-Präsident Montgomery das Vorhaben „als vorläufigen Höhepunkt staatlicher Einflussnahme“ bezeichnet. Es reihte sich in vielfältige Regulierungsmaßnahmen ein, die die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung in den letzten Jahren immer weiter beschnitten hätten. Eine handlungsfähige ärztliche Selbstverwaltung sei Ausdruck von Freiberuflichkeit und ein entscheidender Faktor, um Qualität und Professionalität des Arztberufes zu sichern.

Aus gutem Grund auf Korporatismus gesetzt

In ihrem Informationsdienst „BÄKground“ (7) wurde die Bundesärztekammer grundsätzlich und wies darauf hin, dass der Gesetzgeber seinerzeit aus gutem Grund auf Korporatismus gesetzt und einen großen Teil seiner Regelungskompetenz im Gesundheitswesen auf die Selbstverwaltungsorganisationen übertragen hatte. „Aufgrund ihrer Sachkenntnis, ihrer Nähe zur Praxis und ihrer Bindung zu ihren Mitgliedern lösen die Selbstverwaltungsorganisationen viele Detailregelungen besser und effizienter als es der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene könnte.“ Ein konkretes Beispiel dafür ist die derzeit laufende Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (siehe

Bericht S. 17). Die Überarbeitung geschieht in enger Abstimmung mit den Ärztekammern und in ständiger Rückkopplung mit den ärztlichen Verbänden sowie den Fachgesellschaften. Das kann keine Behörde leisten.

G-BA nur noch untergesetzlicher Normgeber?

Es geht der BÄK aber nicht nur um die unmittelbare staatliche Einflussnahme, sondern auch um mittelbare Interventionen über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Denn immer häufiger beauftragt der Staat den G-BA, die Versorgung bis in die Patienten-Arzt-Beziehung hinein zu steuern und Versorgungsstrukturen zu schaffen, die mehr und mehr an ökonomischen Vorgaben ausgerichtet sind. Mittlerweile stellt sich die Frage, ob es sich bei dem zentralen Steuerungsorgan des deutschen Gesundheitswesens eher um eine untergesetzliche normgebende Behörde handelt als um ein Gremium der Selbstverwaltung. Die Bundesärztekammer hatte auf diese Fehlentwicklungen in den vergangenen Jahren immer wieder hingewiesen, unter anderem in Stellungnahmen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, zum Krankenhausstrukturgesetz sowie in Positionspapieren zu gesetzgeberischen Maßnahmen. Mittlerweile hat auch das Bundesverfassungsgericht vorsichtige Zweifel an der demokratischen Legitimation des G-BA geäußert. Zwar hatte das Gericht im Jahr 2015 eine Beschwerde gegen die normativen Zuständigkeiten des G-BA als unzulässig verworfen. In der Begründung ziehen die Karlsruher Richter jedoch die Möglichkeit in Betracht, dass dem G-BA für manche seiner Normen die Legitimation fehlen könnte, wenn diese zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regeln. Maßgeblich sei, inwieweit der Ausschuss für seine Entscheidungen „gesetzlich angeleitet ist und beaufsichtigt wird“. Das Bundesgesundheitsministerium nahm diese Hinweise ernst und beauftragte drei Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Legitimation des Gremiums. Die Gutachten sollen bis Mitte des Jahres 2017 vorliegen.

Das große Engagement vieler Ärztinnen und Ärzte in ihrer Selbstverwaltung zeigt einmal mehr, dass die Bereitschaft, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen, tief im ärztlichen Selbstverständnis verwurzelt ist. Ärzte

packen an, wenn sie gebraucht werden. Probleme lösen sie am liebsten selbst, statt lange auf staatliche Stellen zu warten. Auf beeindruckende Art und Weise wurde dies in den vergangenen zwei Jahren bei der Bewältigung des Flüchtlingszustroms nach Deutschland deutlich (siehe Bericht S. 29).

Als die Lage in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen bestenfalls angespannt, oftmals sogar chaotisch war, setzten sich Ärztinnen und Ärzte in einer beispiellosen Welle der Hilfsbereitschaft für die schutzsuchenden Menschen ein. Parallel dazu begleitete die Bundesärztekammer verschiedene parlamentarische Initiativen zur Asylpolitik und setzte sich für bessere Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung ein. Unter anderem unterstützte sie die Initiative der Bayerischen Staatsregierung, neue Arztstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu schaffen. In einer von vielen Medien aufgegriffenen Pressemitteilung der Bundesärztekammer (8) appellierte BÄK-Vizepräsident Dr. Max Kaplan zu Jahresbeginn an die Bundesländer: „Folgen Sie dem bayerischen Beispiel und stocken Sie angesichts der Flüchtlingszahlen das Personal in den Gesundheitsämtern auf.“

BÄK weist Vorwürfe von Gefälligkeitsgutachten zurück

Im Juni 2016 sorgte im Zusammenhang mit der Flüchtlingspolitik ein Interview mit Bundesinnenminister Thomas de Maizière (CDU) in der Rheinischen Post für einige Aufregung. Darin hatte er gesagt, es könne nicht sein, dass 70 Prozent der Männer unter 40 Jahren vor einer Abschiebung für krank und nicht transportfähig erklärt würden. Umgehend stellte die Bundesärztekammer in einer Pressemeldung (9) klar, dass die genannten Zahlen jeder Grundlage entbehrten. Das Ministerium geriet zunehmend unter Druck und mühte sich um Schadensbegrenzung. Interne Aktennotizen wurden an Journalisten versandt. Darin fand sich ein Auszug aus einem Bericht der „Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite“, in dem lediglich von „Quoten einer nur schwer erklärbaren Höhe“ die Rede war. Aber worauf bezog sich diese Aussage und wo waren die bundesweiten Zahlen, von denen der Minister gesprochen hatte? Bald wurde klar, dass es die nicht gab. Schließlich

meldete sich der Minister persönlich zu Wort und erklärte zähneknirschend, er habe zu dem Thema lediglich einen „Erfahrungswert“ genannt. Dass er den Eindruck erweckt habe, dies sei eine „allgemeingültige, statistisch belegbare Größe“, sei nicht seine Absicht gewesen.

Für eine kurze, aber heftige Debatte sorgte zwei Monate später ein Bericht der Bild-Zeitung. Darin wurde angekündigt, dass der Bundesinnenminister eine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht plane. Zur Verhinderung von Terrorakten solle es Ärzten erleichtert werden, Behörden über geplante Straftaten eines Patienten zu informieren.

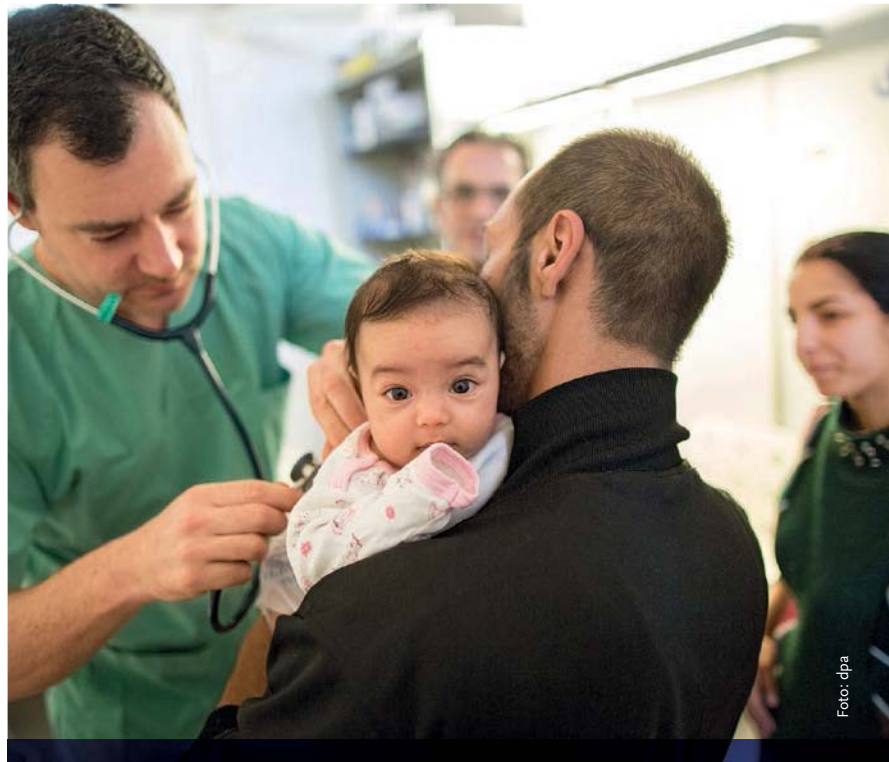


Foto: dpa

Der Vorstoß stieß in der Ärzteschaft, in großen Teilen der Politik sowie in den meisten Medien auf Ablehnung. Unmittelbar nach Bekanntwerden der Pläne wandte sich die BÄK an die Presse und warnte vor vorschnellen politischen und rechtlichen Maßnahmen. Das Patientenwohl diene dem Schutz der Privatsphäre und werde als Grundrecht durch die Verfassung geschützt. Die Bundesärztekammer wies darauf hin, dass Ärzte im Wege des rechtfertigten Notstandes schon jetzt von der Schweigepflicht abweichen könnten, um Straftaten gegen Rechtsgüter, wie die Freiheit und die körperliche Unversehrtheit, zu verhindern (10).

Die Frankfurter Rundschau berichtete: „Kaum sickerten die Vorschläge von Innenminister Thomas de Maizière zur Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht in die Öffentlichkeit durch, reagierte Frank Ulrich Montgomery und erteilte derartigen Forderungen eine klare Absage.“ Die Frankfurter Allgemeine Zeitung merkte an, dass es sich bei den Vorschlägen des Ministers um ein „unreifes Papier“ handle. Und die Südwestpresse gab zu bedenken, dass die Pläne die Sicherheitslage sogar verschlechtern könnten. „Ein Arzt, der nichts mehr erfährt, kann auch nichts melden. Und wenn ein suicidal Patient gar nicht behandelt wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass er sein Vorhaben umsetzt und eventuell viele Unbeteiligte mit in den Tod zieht.“

Schließlich ruderte de Maizière bei der Präsentation seines Sicherheitskonzeptes zurück. Beim Thema Schweigepflicht suchte er zusammen mit der Ärzteschaft eine einvernehmliche Lösung. „Mit der Lockerung der Schweigepflicht hat das gar nichts zu tun“, betonte de Maizière. Dass die bestehenden Regelungen ausreichend sind, wurde auch bei einem mittlerweile stattgefundenen Meinungsaustausch zwischen dem Bundesinnenminister, Gesundheitsminister Gröhe und dem BÄK-Präsidenten konsentiert. Auf Arbeitsebene beschäftigten sich Experten des Innen- und Gesundheitsministeriums sowie der BÄK weiter mit dem Thema.

Ärztetag war mediales Top-Ereignis

Hamburg kann alles, von grau in grau bis strahlend blau. Davon konnten sich Delegierte und Gäste des 119. Deutschen Ärztetages vom 24. bis 27. Mai in der Hansestadt überzeugen (11). Tatsächlich verlief die „Hamburger Ärztwoche“ nicht nur klimatisch, sondern auch inhaltlich facettenreich. Auf die aufgeheizte Debatte im Vorfeld des Ärztetages über die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zu der es bereits im Januar 2016 in Berlin einen Sonderärztetag gegeben hatte (siehe Bericht S. 22), folgte gleich zu Beginn der Sitzung ein reinigendes Gewitter. So drückte es BÄK-Präsident Montgomery einige Wochen später in einem Interview mit BÄKground aus (12). Er sprach damit einen gegen ihn gerichteten Abwahlantrag wegen Unstimmigkeiten über die GOÄ-Novelle an. Der Antrag schaffte es jedoch nicht auf die

Tagesordnung, womit der Weg für sachliche und konstruktive Beratungen zur GOÄ und zu vielen weiteren relevanten Themen frei war.

Auch diesmal war der Ärztetag ein mediales TOP-Ereignis. Die Bundesärztekammer hatte die Journalisten bereits einige Wochen vor der Eröffnung im Rahmen einer Vorab-Pressekonferenz in Berlin über die wichtigsten Themen des Ärzteparlamentes informiert und die Inhalte in einem BÄKground spezial aufbereitet (13). Rund 130 Journalisten hatten sich in Hamburg akkreditiert. Darüber hinaus berichteten zahlreiche regionale und überregionale Printmedien, sowie Fernsehen, Hörfunk und Onlinedienste über den Ärztetag. Die BÄK hielt die Medien kontinuierlich über Pressekonferenzen, Pressemitteilungen und Liveberichterstattung (14) auf Twitter über die Beratungen auf dem Laufenden. Zusätzlich veröffentlichte sie zahlreiche Video-Interviews zu den Themen des Ärztetages (15).

In seiner Eröffnungsrede im Beisein von Gesundheitsminister Gröhe ging Montgomery auf eines der Schwerpunktthemen des Ärztetages ein und warnte vor zügelloser Ökonomisierung des Gesundheitswesens (16). Die Prioritäten müssten klar sein – erst der Patient, dann die ökonomischen Fragen (siehe Bericht S. 40f.). Ausführlich sprach Montgomery über die Arbeiten an der GOÄ-Novelle. Nachdem der Verordnungsgeber über viele Jahre untätig geblieben sei, hätten Ärzte einen Anspruch auf ein angemessenes Honorar und eine rechtssichere Gebührenordnung. Vor dem Hintergrund der innerhalb der Ärzteschaft zum Teil kontrovers geführten Debatte über die GOÄ-Reform betonte er die Notwendigkeit, sich mit Kritik an der Sache ernsthaft auseinanderzusetzen. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung hob in ihrem Bericht zur Ärztetagseröffnung hervor, dass Gröhe den Ärzten im Streit um die GOÄ-Novelle seine Unterstützung angeboten hatte, „obwohl der Koalitionspartner SPD die Reform ablehnt“. Gröhe hatte bei der Ärztetagseröffnung gesagt: „Ich halte nichts davon, die Honorarreform mit Sozialneidgedanken zu verknüpfen.“ Die Berliner Zeitung kommentierte: „Hermann Gröhe ist nicht gerade dafür bekannt, offen Kritik zu üben oder Streit vom Zaun zu brechen. [...] Daher kann man das, was Gröhe am Dienstag zur Eröffnung des 119. Ärztetags tat, schon

eher ungewöhnlich nennen: Gröhe griff die SPD an, weil diese sich weigert, den Ärzten höhere Honorare für die Behandlungen von Privatversicherten zu ermöglichen.“ Weitere Schwerpunktthemen in den Medienberichten zum Ärztetag waren die Beratungen zur Flüchtlingspolitik, zur ärztlichen Nachwuchsförderung sowie zur Arzneimittelpreisbildung.

Wichtige Korrekturen durchgesetzt

Zum Zeitpunkt des Ärztetages hatte die Koalition einige Gesetzesvorhaben des vergangenen Jahres bereits über die parlamentarischen Hürden gebracht. Dazu zählt das Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen (siehe Bericht S. 23), an dem die Ärzteschaft unter anderem mit der vollständigen Streichung der Bezüge zum Berufsrecht wichtige Korrekturen durchsetzen konnte. Die BÄK hatte immer wieder darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen berufsrechtlichen Regelungen der verschiedenen Berufsgruppen zu abweichenden Maßstäben bei der Auslegung und damit möglicherweise zu einer Uneinheitlichkeit der Strafverfolgung führen würden. „Weil für einige Berufsgruppen ein Berufsrecht nicht vorhanden ist, wäre de facto ein Straftatbestand lediglich für einzelne Personenbeziehungsweise Berufsgruppen geschaffen worden. Hierdurch wären Gleichbehandlungs- und Gerechtigkeitsdefizite aufgetreten“, erläuterte die Bundesärztekammer in einem Bericht des Deutschen Ärzteblattes.

Auch bei dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) wurden wichtige Forderungen der BÄK aufgegriffen. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser vornehmen. Vorgesehen ist ein individuelles Budgetsystem, das die regionalen und strukturellen Besonderheiten der Krankenhäuser in den Verhandlungen mit den Krankenkassen berücksichtigen soll. Dass die Optionsphase, in der die Krankenhäuser das Entgeltsystem freiwillig einführen können, um ein Jahr verlängert wurde, entsprach ebenso einer Forderung der Bundesärztekammer, wie der Verzicht auf die Ausweitung umfänglicher Prüfbefugnisse

und Aktivitäten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (17).

Korrekturen konnte die BÄK auch bei dem Vorhaben der Bundesregierung durchsetzen, schwer kranke Patienten künftig auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit cannabinoidhaltigen Arzneimitteln zu versorgen. Die Bundesärztekammer begrüßte das Vorhaben im Grundsatz, lehnte jedoch aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz eine Kostenübernahme der Kassen für getrocknete Cannabis-

Ausblick: 120. Deutscher Ärztetag in Freiburg

Neben gesundheits- und berufspolitischen Themen wird sich der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg vom 23. bis 26. Mai 2017 mit Chancen und Risiken der Digitalisierung für das Gesundheitswesen beschäftigen. Nach einer inhaltlichen Einführung durch Dr. Franz Bartmann, Vorsitzender des Telematikausschusses der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, beleuchten der Autor und Strategieberater Sascha Lobo, Prof. Dr. Christiane Woopen, Professur für Ethik und Theorie der Medizin an der Universität zu Köln, sowie Dr. Ulrich Clever, Präsident der gastgebenden Landesärztekammer Baden-Württemberg, das Thema aus verschiedenen Perspektiven. Ebenfalls auf der Agenda des diesjährigen Deutschen Ärztetages stehen die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie die Beratungen über die Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte.

Weitere Informationen zum 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg können im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/120-deutscher-aerztetag-2017/ abgerufen werden.

blüten ab (18). Zwar blieb es bei dieser Regelung, dafür änderte die Bundesregierung die von der BÄK ebenfalls kritisierte Vorgabe, nach der die Voraussetzungen der Chroniker-Richtlinie des G-BA erfüllt sein müssen, bevor eine Erkrankung von einem Arzt mit Cannabis-Arzneimitteln behandelt werden darf. Sie wurde im Regierungsentwurf durch eine allgemeine Regelung zum Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung ersetzt.

„Drückermethoden“ der Krankenkassen bei RSA-Kodierung

Die meisten dieser Gesetze wurden monatelang, einige sogar jahrelang diskutiert, bevor sie im Bundesgesetzblatt standen. Relativ schnell wurde der Gesetzgeber tätig, nachdem der Chef der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, Mitte

Oktober via Zeitungsinterview Trickserien bei der Abrechnung der Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich (RSA) eingeräumt hatte: „Es ist ein Wettbewerb zwischen den Kassen darüber entstanden, wer es schafft, die Ärzte dazu zu bringen, für die Patienten möglichst viele Diagnosen zu dokumentieren“, sagte er. Dann gebe es mehr Geld aus dem RSA. Der Verwaltungsaufwand und die Beratungskosten für diese Praktiken betragen nach Angaben des TK-Chefs rund eine Milliarde Euro.

Das Eingeständnis sorgte nicht nur im Gesundheitswesen für reichlich Wirbel. In einem von fast allen großen Zeitungen aufgenommen Pressestatement kritisierte Montgomery: „Dieses Geld wird verpulvert für Berater, Callcenter und Drückerkolonnen. Es fehlt leider für die Versorgung der Patienten.“ Er forderte zudem den Gesetzgeber auf, nicht lange zu zögern und Konsequenzen zu ziehen (19).

Schlamm Schlacht unter den Krankenkassen

Noch wenige Wochen vor der Baas-Beichte berichtete das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ aus dem bis dato noch unveröffentlichten Jahresbericht 2015 des Bundesversicherungsamts. Aus dem Bericht geht hervor, dass das BVA mehrere Kassen verpflichtet hatte, „keine auf eine Nacherfassung hin ausgerichteten Diagnoseprüfungen mehr vorzunehmen“. Bis zu dem Baas-Interview hatten die meisten Kassenfürsten über diese Praktiken geschwiegen. Danach entlud sich der lange zurückgehaltene Ärger in einer veritablen Schlamm Schlacht unter den Krankenkassen.

Durch einen Änderungsantrag zum Gesetzentwurf über die Heil- und Hilfsmittelversorgung wird nun die „nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten“ und eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen verboten. Auch eine Beratung der Vertragsärzte durch die Krankenkassen hinsichtlich der „Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ist unzulässig“, stellt der Entwurf klar. Der Bundestag hat dem Gesetzentwurf in diesem Frühjahr zugestimmt.

Vielfältig waren auch die Aktivitäten der Bundesärztekammer auf internationaler und europäischer Ebene (siehe Berichte S. 25). Zwar ist

dem Lissabon-Vertrag zufolge die Zuständigkeit der Europäischen Union (EU) im Bereich des Gesundheitswesens nach wie vor begrenzt, doch übt die EU durch die Binnenmarktregeln und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung und weite Bereiche des deutschen Gesundheitssystems aus. Grund genug, die Aktivitäten der EU-Ebene immer im Blick zu behalten und wenn möglich, korrigierend auf sie einzuwirken.

Beispielhaft sind die Normungsbestrebungen auf europäischer Ebene zu nennen oder auch der jüngste Vorstoß der EU-Kommission zur erweiterten Überprüfung der Verhältnismäßigkeit von Berufsreglementierungen. Danach sollen die Mitgliedstaaten dazu verpflichtet werden, neue oder zu ändernde Berufsvorschriften schon im Vorfeld darauf zu prüfen, ob sie aus Binnenmarktperspektive gerechtfertigt, notwendig und verhältnismäßig sind. Nach Ansicht der BÄK verstößt dieser Richtlinienentwurf gegen das in den EU-Verträgen verankerte Subsidiaritäts- und Verhältnismäßigkeitsprinzip. Zudem drohten ein erheblicher Mehraufwand sowie zusätzliche Kosten durch Gutachten und Studien. Besonders gravierend sei, dass die in dem Vorschlag angelegte Begründungspflicht für Neuerungen beziehungsweise Änderungen der Berufsvorschriften die Rechtssetzung verzögert. Dies betrifft auch wichtige Maßnahmen zum Schutz von Patienten. Die Bundesärztekammer wird sich in die weiteren Beratungen einbringen.

Anstöße zur Meinungsbildung

Häufig geht die Initiative zur öffentlichen Diskussion gesundheitspolitischer und medizinisch-ethischer Themen von der Politik aus. Anstöße zur Meinungsbildung geben aber auch die Organisationen des Gesundheitswesens selbst. Neben Statements und Kommentaren in Presse, Rundfunk und Fernsehen brachte die Bundesärztekammer in Symposien, Pressekonferenzen und Pressegesprächen eine Vielzahl von Themen gezielt in die Öffentlichkeit oder leistete eigene Beiträge zu bereits laufenden Debatten.

Wann ist weniger mehr, welche Therapie ist wirklich wichtig und wie können Patienten bei der Auswahl geeigneter Behandlungswege bes-

ser eingebunden werden? Mit diesen und weiteren Fragen hatten sich Haus- und Fachärzte im Januar 2016 auf der Veranstaltung „Akademien der Bundesärztekammer im Dialog“ befasst (20). Im Kern ging es darum, wie kluge Entscheidungsstrategien entwickelt werden können, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Bei der Veranstaltung beschäftigten sich die Teilnehmer mit den Themen Multimorbidität und Polypharmazie sowie mit der von Fachgesellschaften ins Leben gerufenen Initiative „Klug entscheiden“. BÄK-Vizepräsident Kaplan wies auf der Tagung darauf hin, dass die enormen Leistungen der Medizin Hoffnungen geweckt haben, die nicht immer und überall erfüllt werden können. „Wir Ärzte sollten nicht versucht sein, diese übermäßigen Ansprüche durch nicht-zwingend indizierte Behandlungen kompensieren zu wollen.“ Die medizinische Indikation müsse deshalb ein gut begründbares fachliches Urteil des behandelnden Arztes darstellen. BÄK-Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker hob positiv hervor, dass Haus- und Fachärzte gemeinsam nach Lösungen suchen und dieses versorgungsrelevante Thema öffentlich diskutieren.

Auf Transparenz und Öffentlichkeit setzt die Bundesärztekammer auch bei einem anderen Thema. Seit dem Jahr 2006 veröffentlicht sie in einer jährlichen Pressekonferenz die Ergebnisse der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern (21). Sie leistet damit einen wichtigen Beitrag für eine offene Fehlerkultur im Gesundheitswesen. „Wir gehen offen mit unseren Fehlern um, wir lernen aus Ihnen und wir verhelfen betroffenen Patienten zu ihrem Recht“, sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, als er im März 2016 die Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2015 vorstellte. Die Zahl der Behandlungsfehler war im Jahr 2015 mit 2.132 Fällen (Vorjahr 2.252) rückläufig. Die Medien honorierten die Transparenzinitiative der Ärzteschaft. „Keine Pfuscher“, titelte der Berliner Tagesspiegel und setzte die Zahl der festgestellten Fehler in Bezug zu den Gesamtbehandlungsfällen. Unter der Überschrift „Ärzte machen Fehler, sind aber keine Pfuscher“ berichtete die Hannoversche Allgemeine, dass sich die Fehlerquote bei mehreren

hundert Millionen Behandlungen weit unterhalb des Promillebereichs bewege. Auch die Tagesschau der ARD und ZDF heute berichteten über die Pressekonferenz.

Was 2017 wichtig wird

Aus Sicht der Ärzteschaft fällt die gesundheitspolitische Bilanz der Großen Koalition gemischt aus. Komplette abgelehnt hat sie nur wenige Gesetze. Prominenteste Beispiele sind das völlig verfehlte Tarifeinheitsgesetz von Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles (SPD) und das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Bei vielen anderen Vorhaben konnte sie wichtige Korrekturen durchsetzen.

Respekt nötigt die Effizienz ab, mit der Gesundheitsminister Gröhe die Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen abarbeitete. Dennoch sieht die Bundesärztekammer an vielen Stellen weiteren Handlungsbedarf. In ihren „Positionen zur Bundestagswahl“, die die BÄK im September 2016 im Rahmen eines Pressegesprächs mit Vertretern großer überregionaler Zeitungen vorstellte, listet sie die wichtigsten Reformbaustellen auf (22). Die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, die Förderung des ärztlichen Nachwuchses, bedarfsgerechte Konzepte für Kooperationen im Gesundheitswesen und die Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung sind nur einige Themen, die nach Überzeugung der Bundesärztekammer auf die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung gehören.

Bürgerversicherung ist Turbolader für Zwei-Klassen-Medizin

Vor allem aber warnt sie davor, das bewährte duale Krankenversicherungssystem mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) in Frage zu stellen. Die Mahnung richtet sich in erster Linie an SPD, Bündnis90/Die Grünen und Linkspartei, die – wenn auch in verschiedenen Ausprägungen – die Einführung einer Bürgerversicherung fordern. Doch selbst in der Union gibt es seit einiger Zeit Gedankenspiele, die Vergütungssysteme aus dem vertragsärztlichen und dem privaten Bereich zu vereinheitlichen. Das kann man trotz aller Dementis als



Was also als gerechtere Alternative zum dualen Krankenversicherungssystem angeboten wird, ist nach den Worten Montgomerys in Wahrheit der „Turbo-Lader für die Zwei-Klassen-Medizin“.

Auch wenn Teile der Politik gerne einen anderen Eindruck vermitteln wollen: Es geht der Bundesärztekammer in ihrer Ablehnung der Bürgerversicherung nicht um die Durchsetzung von Partikularinteressen. Vielmehr sieht sie sich in der Pflicht, auf die negativen Folgen eines solchen Systemwechsels für Ärzte, Patienten und die Gesellschaft als Ganzes hinzuweisen.

Die Bundesärztekammer hat das Gemeinwohl im Blick – bei diesem Thema und bei allen anderen auch. ■

erste Überlegungen in Richtung Einheitskasse werten.

Für die Ärzteschaft ist das ein Grund mehr, für den Erhalt und die Weiterentwicklung des dualen Systems zu werben. Sie weist immer wieder darauf hin, dass die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens nur durch das Nebeneinander von GKV und PKV möglich ist. Denn die Existenz der PKV mit ihrem hohen Leistungsversprechen führt dazu, dass auch das GKV-System versucht, einen hohen Versorgungsstandard trotz aller Sparbemühungen aufrechtzuerhalten. So fördert die private Krankenversicherung Innovationen bei Diagnostik und Therapie, genehmigt sie schnell und setzt damit in der Regel die Krankenkassen unter Zugzwang.

Die Bürgerversicherung hingegen verhindert Wettbewerb und gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes sowie die Wahlfreiheit der Bürger. In den Niederlanden oder in Großbritannien ist zu beobachten, dass Einheitssysteme zu Rationierung, Wartezeiten und zu Begrenzungen in den Leistungskatalogen führen. Diejenigen, die es sich leisten können, sichern sich einen exklusiven Zugang zur Spitzenmedizin als Selbstzahler oder durch teure Zusatzversicherungen.



- (1) www.baek.de/TB16/politik
- (2) www.baek.de/TB16/AMNOG
- (3) www.baek.de/TB16/MP2020
- (4) www.baek.de/TB16/PMMP2020
- (5) www.baek.de/TB16/PflBRefG
- (6) www.baek.de/TB16/EUGH
- (7) www.baek.de/TB16/BG1216
- (8) www.baek.de/TB16/OEGD
- (9) www.baek.de/TB16/Atteste
- (10) www.baek.de/TB16/Pflicht
- (11) www.baek.de/TB16/119DAET
- (12) www.baek.de/TB16/BCo616
- (13) www.baek.de/TB16/BGDAET
- (14) www.baek.de/TB16/BAEKaktuell
- (15) www.baek.de/TB16/BAEKclips
- (16) www.baek.de/TB16/Eroeff
- (17) www.baek.de/TB16/PsychVVG
- (18) www.baek.de/TB16/BTM
- (19) www.baek.de/TB16/RSA
- (20) www.baek.de/TB16/Akademien
- (21) www.baek.de/TB16/PMStat
- (22) www.baek.de/TB16/Position