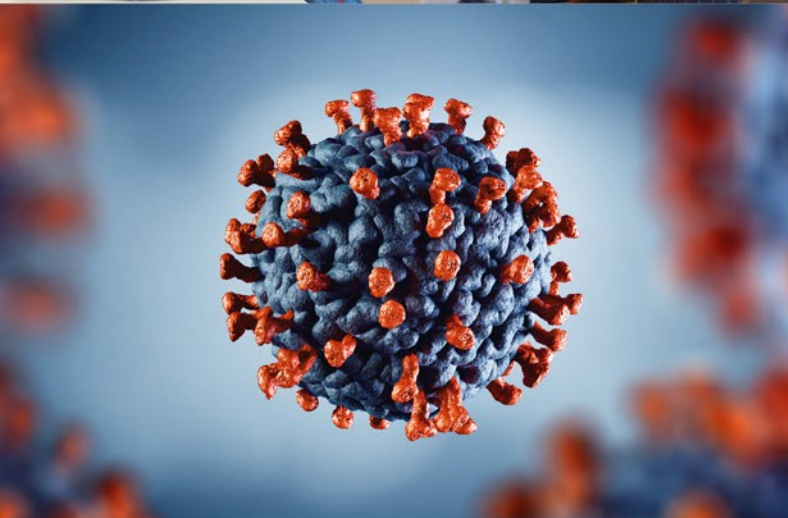
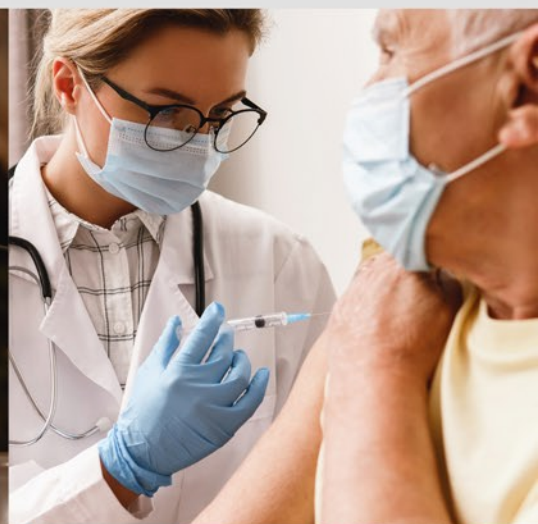


Tätigkeitsbericht 2020

der Bundesärztekammer



Tätigkeitsbericht 2020

der Bundesärztekammer



Bundesärztekammer
Deutscher Ärztetag

Die in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.



Die Onlineversion des Tätigkeitsberichts mit weiteren Berichtsthemen, Dokumentationen und Internetverweisen kann abgerufen werden unter: www.baek.de/tb2020/online

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2021

Herausgeber:

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:

Stabsbereich Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer

Titelfoto:

© Oksana Kuzmina/Adobe Stock (links oben), © Georg J. Lopata (Mitte oben), © blackday/Adobe Stock (rechts oben),
© artegorov3@gmail/Adobe Stock (links unten), © Tempura/iStock (rechts unten)

Satz:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Druck und Bindung:

Warlich-Druck, 53340 Meckenheim

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
----------------------	----------

Überblick

Die BÄK im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs – Politik im Krisenmodus	8
---	----------

Berichte

Von Skepsis zu Akzeptanz – Videosprechstunden im Praxisalltag	20
Aktuelle Entwicklungen der Fernbehandlung – Hinweise und Erläuterungen überarbeitet	21
Befreiung von der Maskenpflicht – Ausstellen von Gefälligkeitsattesten kein Kavaliersdelikt	22
Gesundheitsfachberufe – Ambulante Versorgung braucht motivierte MFA	23
Gemeinsamer Bundesausschuss – BÄK bezieht Stellung zu Beschlüssen und Richtlinien	24
Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung – BÄK legt Memorandum vor	25
(Muster-)Weiterbildungsordnung – Die neue Weiterbildungsordnung im Kammersystem	26
Gebührenordnung für Ärzte – Abrechnungsempfehlungen für Pandemiezeit konsentiert	27
Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung – Digitale Angebote in Zeiten der Pandemie	28
Digitale Anwendungen im Versorgungsalltag – Gesetzgeber drückt bei Digitalisierung aufs Tempo	29
Elektronischer Heilberufsausweis – BÄK unterstützt Kammern mit Informationsangeboten	30
Stand der medizinischen Wissenschaft – Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer	31
Medizin und Ethik – Ethische Kompetenzen im ärztlichen Alltag und in der Forschung stärken	32

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie – Vereinbarungen zwischen BÄK und Bundespsychotherapeutenkammer	33
Menschenrechte – Gesundheitliche Fragestellungen zur Versorgung von Geflüchteten	34
Konferenz von BÄK und CPME – „Arztberuf zukunftsfest machen – digitale Kompetenz stärken“	35
Europäische Union – Morning Rounds: Gemeinsam Arzneimittelengpässe beheben	36
Transplantationsmedizin – Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag	37
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln im Fokus	39
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – Hilfen und Handreichungen für eine gute Patientenversorgung	40

Arztzahlentwicklung

Ärztestatistik 2020 – Corona-Pandemie bremst ärztliche Nachwuchsgewinnung	41
--	-----------

Organisation der Bundesärztekammer

Organisation der Bundesärztekammer – Organigramm	43
Organisation der Bundesärztekammer – Deutscher Ärztetag	44
Kontakte – Adressen der Landesärztekammern	45

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

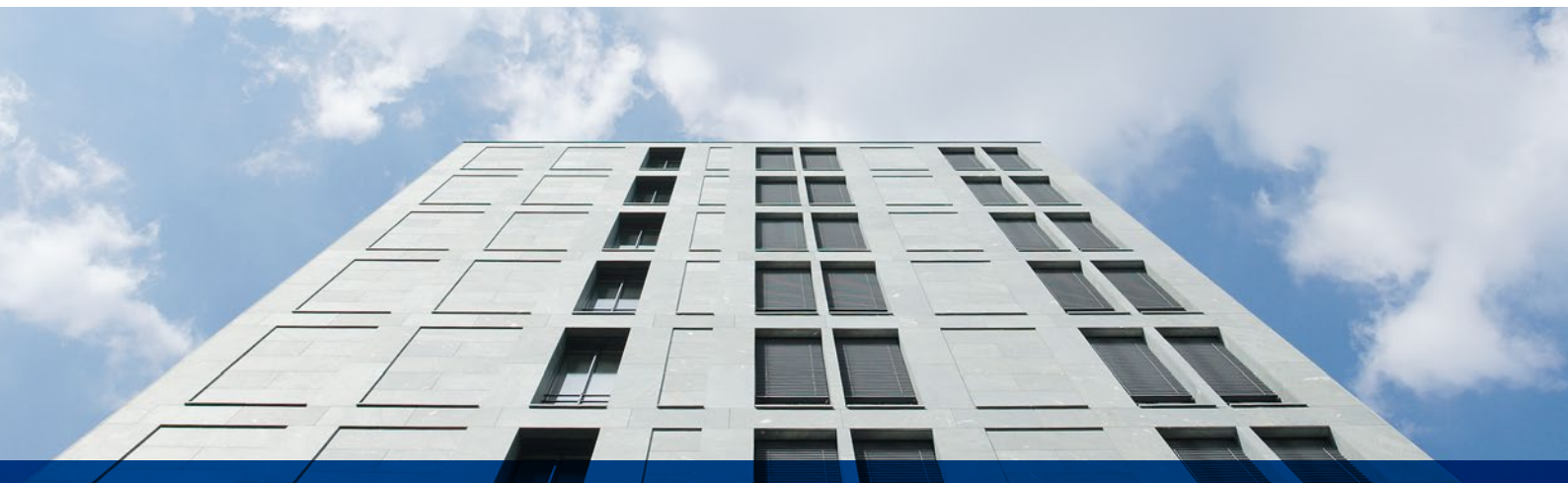
mehr als 2,5 Millionen Menschen haben sich in Deutschland (Stand März 2021) mit dem Corona-Virus infiziert, mehr als 72.000 Menschen sind an oder mit dem Virus gestorben. Der Anteil der Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen unter den Infizierten lag bei fast 75.000, von ihnen sind 71 Menschen verstorben. Diese Zahlen sind bedrückend – und doch können sie nur ansatzweise einen Eindruck von dem körperlichen und seelischen Leid vermitteln, das durch die Pandemie und durch ihre Begleitumstände verursacht wurde.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieses Leid zu lindern und wenn möglich zu verhindern, ist Antrieb und Ziel Ihrer Arbeit in der Pandemiebekämpfung und in der Patientenversorgung. Ich weiß, dass viele von Ihnen dabei über Ihre Belastungsgrenze gehen und eigene Bedürfnisse zurückstellen. Dafür möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken!

Wie wichtig Ihr Einsatz in den Praxen, Kliniken, Gesundheitsämtern oder Forschungslaboren ist, hat das vergangene Jahr deutlich gezeigt. Unser Gesundheitswesen war zeitweise enorm belastet, gar keine Frage. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern war es aber zu keinem Zeitpunkt überlastet. Das liegt auch an den gut

ausgestatteten Krankenhäusern, der frühzeitigen Aufstockung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten und der breit aufgestellten ambulanten Versorgung in Deutschland. Eine der wichtigsten Lehren aus dieser Krise muss deshalb sein, diese leistungsstarken Strukturen zu erhalten und auszubauen, statt sie auszudünnen und auf reine Kosteneffizienz zu trimmen, wie es in der Vergangenheit von verschiedenen Seiten gefordert und auch betrieben wurde.

Die vergangenen Monate haben aber auch Defizite unseres Gesundheitswesens offengelegt, sei es bei der personellen und technischen Ausstattung der Gesundheitsämter, bei den Meldestrukturen, beim digitalen Ausbau oder bei der Finanzierung unserer Kliniken und Praxen. Mit Blick auf den kommenden Bundestagswahlkampf und die Prioritätensetzung der neuen Bundesregierung hat es sich die Bundesärztekammer deshalb zur Aufgabe gemacht, Schwachstellen aufzudecken, akute Handlungsfelder zu benennen und der Politik konkrete Reformvorschläge zu unterbreiten. Auf dem diesjährigen 124. Deutschen Ärztetag, der aufgrund der pandemischen Lage leider nur als reine Online-Veranstaltung stattfinden kann, werden wir unsere Erfahrungen der zu-



rückliegenden Monate austauschen und konkrete Reformeckpunkte diskutieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende Tätigkeitsbericht soll Ihnen einen Einblick in unsere gesundheits- und berufspolitische Arbeit geben. Diese war im Berichtsjahr natürlich von dem akuten Krisenmanagement der Politik geprägt, in das die Bundesärztekammer eng eingebunden war. Im Fokus standen aber auch viele weitere wichtige gesundheits- und berufspolitische Themen, wie die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung, die Ausgestaltung digitaler Anwendungen der Telematikinfrastruktur, die Fortentwicklung der ärztlichen Qualitätssicherung in Deutschland sowie zahlreiche medizinisch-ethische Themen. Viele dieser Themen und Projekte werden uns weiter beschäftigen.

Das vorherrschende Thema im laufenden Jahr wird die Bekämpfung der Corona-Pandemie bleiben. Auch wenn wir uns viel mehr Tempo gewünscht hätten, sehen wir mit den zum Jahreswechsel begonnenen Impfungen doch etwas Licht am Ende des Tunnels. Und auch die neuen Möglichkeiten für Schnelltestungen auf das Corona-Virus in medizinischen Einrichtungen oder mittels sogenannter Laientests im Hausgebrauch werden uns sukzessive in ein normaleres Leben zurückführen können.

Lassen Sie uns deshalb mit Zuversicht auf die noch vor uns liegenden Monate schauen. Gemeinsam werden wir diese Krise bewältigen und unser Gesundheitswesen für die Zukunft stärken. Davon bin ich überzeugt.



© Die Hoffotografen GmbH

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich,
Ihr

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages



(**): Die Onlineversion des
Tätigkeitsberichts kann unter
www.baek.de/tb2020/online
abgerufen werden.

Politik im Krisenmodus

Mit der Gesundheitspolitik ist es wie mit der Gesundheit selbst. Solange es keine Probleme gibt, wird sie von vielen nicht weiter beachtet. Wie schnell sich diese Haltung in Krisenzeiten ändern kann, wurde mit Beginn der Corona-Pandemie Anfang 2020 deutlich. Gesundheit, Gesundheitsschutz und ein gut funktionierendes Gesundheitswesen avancierten innerhalb kürzester Zeit zu Themen, die die Menschen bewegen. Gesundheitspolitiker, Vertreter der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung, die Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung, ärztliche Verbände und Fachgesellschaften rückten in den Fokus des politisch-medialen Interesses. Vor allem aber warf die Pandemie ein Schlaglicht auf diejenigen, die die Strukturen des Gesundheitswesens tragen. Dass Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte und viele weitere Gesundheitsberufe in hohem Maße systemrelevant sind, bezweifelt nach dem Krisenjahr 2020 kaum noch jemand. Neben dem akuten Krisenmanagement hat es sich die Bundesärztekammer (BÄK) zur Aufgabe gemacht, diese Erkenntnis in Politik und Gesellschaft weiter zu

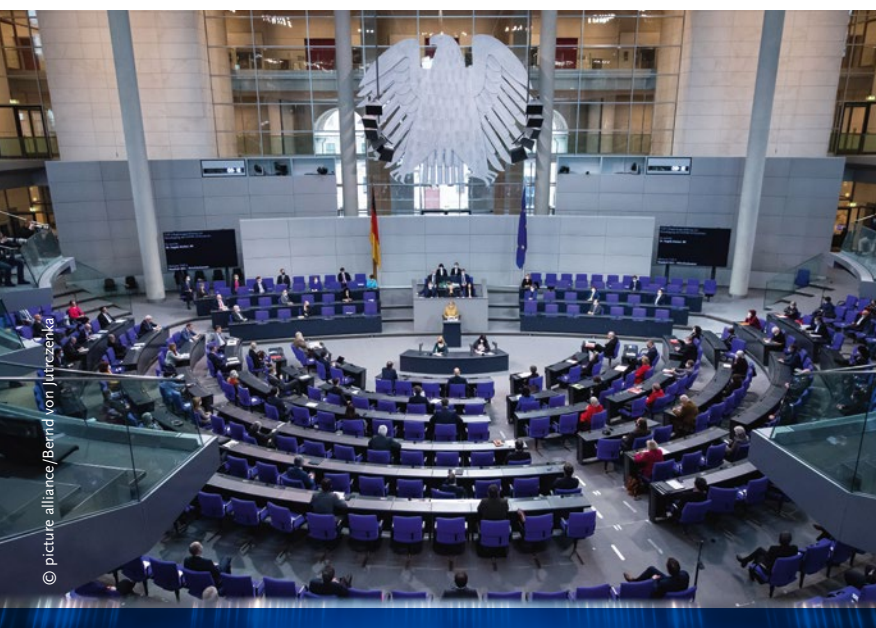
verfestigen und zur Richtschnur konkreter gesetzgeberischer Schritte zu machen.

Zugute kommt ihr dabei das über viele Jahre durch intensive und konstruktive Zusammenarbeit gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Ärzteschaft und Politik. Es trug mit dazu bei, dass die Bundesärztekammer als Interessensvertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland bei nahezu allen relevanten Entscheidungen des Gesetz- und Verordnungsgebers im Zuge des Corona-Krisenmanagements eingebunden oder zumindest angehört wurde. Bei vielen Gesetzesvorhaben konnte sich die BÄK mit guten Argumenten Gehör verschaffen und wichtige Kurskorrekturen durchsetzen.

Zu konstatieren ist aber auch, dass die hohe administrative Schlagzahl im Zuge des Krisenmanagements nicht nur für das Parlament, sondern auch für die am politischen Meinungsbildungsprozess beteiligte organisierte Zivilgesellschaft fordernd war. Die sich rasant entwickelnde Infektionslage machte die schnelle Analyse, Bewertung und Ergänzung von Gesetz- und Verordnungsentwürfen im Rahmen des Stimmabgabeverfahrens notwendig. Beispielhaft genannt seien hier die drei Bevölkerungsschutzgesetze, die gesetzlichen Rettungsschirme für Kliniken und Praxen, die Verordnung zur Beschaffung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten sowie die Verordnung zur Freistellung von Medizinstudierenden für Hilfeinsätze zur Infektionseindämmung. Im weiteren Verlauf der Pandemie brachte sich die BÄK unter anderem in die Erarbeitung von Teststrategien insbesondere zum Schutz vulnerabler Gruppen und in die Beratungen zum Aufbau effizienterer Meldeverfahren der Gesundheitsämter ein.

1.000 Seiten gesundheitspolitische Expertise

Auch jenseits der Pandemie beschäftigte sich die Bundesärztekammer mit zahlreichen weite-



ren Vorhaben des Gesetz- und Verordnungsgebers, wie beispielsweise mit der Reform der ärztlichen Approbationsordnung, mit dem Krankenhauszukunftsgesetz sowie den Digitalgesetzen zur Umsetzung medizinischer Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte. In nüchternen Zahlen ausgedrückt bedeutet das für das Jahr 2020: Mehr als 96 schriftliche Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen und zu Initiativen des Gemeinsamen Bundesausschusses (1), weitere 24 Stellungnahmen zur Arzneimittelnutzenbewertung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2) sowie zahlreiche Positionspapiere, Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinienarbeit im gesetzlichen Auftrag. Zusammengefasst brachte die BÄK im vergangenen Jahr rund 1.000 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.



Neujahrsempfang der Ärzteschaft im Januar 2020

Die Welt im Griff des Virus

Ausgehend von der mittelchinesischen Millionenstadt Wuhan hatte das neue Corona-Virus am 13. Januar 2020 Thailand erreicht. Am 21. Januar wurde in den USA eine erste Infektion festgestellt, eine Woche später traf das Virus mit dem Flugzeug in Deutschland ein: Eine aus China eingereiste Beraterin infizierte auf einer Fortbildung in Stockdorf bei München mehrere Mitarbeiter eines Automobilzulieferers. Auch wenn es gelang, diesen Ausbruch zu stoppen, war klar, die Pandemie ist nicht mehr aufzuhalten. Ab Mitte Februar 2020 verbreitete sich das Virus großflächig in Europa. Zuerst traf es die Lombardei mit ihren zahlreichen Geschäftsverbindungen nach China. Nach kurzer Zeit waren die Kliniken in Norditalien überfüllt, die Intensivkapazitäten überfordert. Die Zahl der Todesfälle stieg rasch. In der Region Bergamo starben im März 2020 so viele Menschen wie sonst in einem ganzen Jahr.

BÄK erweitert Monitoring-System

Auch in Deutschland stiegen die Infektionszahlen rasch, und die Nachrichtenlage änderte sich stündlich. Für die Bundesärztekammer stand zunächst an erster Stelle, sich gesicherte Informationen über die Virusausbreitung zu verschaffen und diese schnell an die Entschei-

dungsträger weiterzugeben. Der Stabsbereich Politik und Kommunikation der Bundesärztekammer baute im Februar sein Monitoring- und Frühinformationssystem für Vorstand und Fachabteilungen der Bundesärztekammer sowie für die (Landes-)Ärztekammern aus. Neben den bereits etablierten Eil- und Hintergrundmeldungen versendet die BÄK in ihrem „Corona-Telegramm“ (seit 18.01.2021 „Corona-Morgenlage“) Informationen über das aktuelle Infektionsgeschehen und politische Entwicklungen. Der Stabsbereich Politik und Kommunikation stellte in der Hochphase der Pandemie seinen monatlichen „BÄKreport“ mit Analysen und Hintergrundinformationen für die (Landes-)Ärztekammern auf eine wöchentliche Erscheinungsweise um. Für die breite Information von Ärztinnen und Ärzten richtete die BÄK auf ihrer Website einen Info-Bereich mit Verlinkungen zu aktuellen Informationen zur Pandemie ein.

Große Hilfsbereitschaft, aber Widerstand gegen Zwangsrekrutierung

In bisher nie dagewesener Geschwindigkeit brachte das Bundesgesundheitsministerium im März 2020 die ersten wichtigen Neuregelungen im Zuge der Pandemie in Eilverfahren durch Bundestag und Bundesrat. Dabei handelt es sich um den Gesetzentwurf „zum Schutz der Bevölkerung



bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“, das sogenannte Erste Bevölkerungsschutzgesetz, sowie finanzielle Rettungsschirme für Kliniken und Praxen.

Für Irritationen bei der Ärzteschaft hatte gesorgt, dass die Regierung Ärztinnen und Ärzte mit dem Ersten Bevölkerungsschutzgesetz zur Corona-Bekämpfung zwangsrekrutieren wollte. Die Bundesärztekammer lehnte dieses Vorhaben im März 2020 in einem Schreiben an das Bundesgesundheitsministerium entschieden ab. Die vorgesehene Regelung konfigurierte nicht nur mutmaßlich mit dem Grundgesetz, sie sei angesichts der ohnehin großen Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte für eine freiwillige Übernahme von Aufgaben in der Patientenversorgung schlichtweg nicht erforderlich, so die BÄK. In dem verabschiedeten Gesetzentwurf ist diese Regelung dann ersatzlos entfallen. In der Folge traten Bundesärztekammer und (Landes-) Ärztekammern auch auf Landesebene ähnlichen Bestrebungen erfolgreich entgegen.

Wie unnötig eine solche Zwangsrekrutierung von Ärztinnen und Ärzten im Kampf gegen das Virus gewesen wäre, wurde im weiteren Pandemieverlauf schnell deutlich. Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt hatte im März 2020 im Deutschen Ärzteblatt und in einer Video-Botschaft (3) in den sozialen Netzwerken Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierende um Unterstützung bei der Eindämmung der Pandemie gebeten. Die Welle der Hilfsbereitschaft war überwältigend. Ärztinnen und Ärzte aus Kliniken und Praxen, Ärzte

im Ruhestand oder aus nichtärztlichen Tätigkeitsbereichen meldeten sich freiwillig, um in Testzentren, in den Gesundheitsämtern, in den Corona-Ambulanzen und später in den Impfzentren zu helfen. Besonders hervorzuheben ist dabei das große Engagement der Medizinstudierenden, die sich zu Hunderten bei Ärztekammern und anderen Einrichtungen meldeten und ihre Unterstützung bei Testungen, bei der Kontaktnachverfolgung und in der Pflege anboten.

Möglich war dies auch deshalb, weil der Verordnungsgeber Medizinstudierenden im März 2020 mehr Freiräume für ehrenamtliche Einsätze zur Pandemieeindämmung verschaffte. So sah die Verordnung „zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte bei Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ unter anderem Flexibilisierungen für den Beginn des Praktischen Jahres (PJ) und dessen inhaltliche Ausgestaltung vor. Die Bundesärztekammer begrüßte die Neuregelung, forderte aber Maßnahmen zum Schutz der Studierenden. Notwendig sei die Bereitstellung von Schutzausrüstung, die Einbeziehung der Helfer in die Berufshaftpflichtversicherung und gesetzliche Unfallversicherung sowie eine angemessene Aufwandsentschädigung.

In einem nächsten Schritt ging es darum, die vielen freiwilligen Helfer mit den Einrichtungen zusammenzubringen, die dringend Hilfe benötigten. Viele (Landes-)Ärztekammern arbeiteten dafür eng mit staatlichen Stellen, Kliniken und Gesundheitsämtern zusammen. Die Bundesärztekammer unterstützte das von der Initiative Medis-vs-COVID19 und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) ins Leben gerufene Projekt „match4healthcare“. Dabei handelt es sich um eine Vermittlungsplattform für Gesundheitseinrichtungen, Medizinstudierende sowie weitere Studierende und Auszubildende im Gesundheitsbereich. Die Einrichtungen können dort mit wenigen Klicks passende Helfende finden und direkt kontaktieren.

An freiwilligen Helfern mangelte es nicht, dafür aber an ausreichend Schutzausrüstung für Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsberufe. Selbst Cent-Artikel, wie medizinische Masken, waren im Frühjahr nur sehr begrenzt verfügbar. Vor allem für viele niedergelassene Ärzte und ihr Praxispersonal, die in der Coro-

na-Bekämpfung in der ersten Reihe standen, war dies ein echtes gesundheitsgefährdendes Problem. Die Bundesärztekammer wendete sich wegen dieser Defizite bereits im März 2020 an das Bundesgesundheitsministerium und forderte Nachbesserungen. In einem Interview mit dem Berliner Tagesspiegel warnte BÄK-Präsident Reinhardt, dass in den Praxen vor allem Atemschutzmasken knapp seien. Um auf Pandemien künftig besser vorbereitet zu sein, sprach er sich für eine Bevorratung mit ärztlicher Schutzausrüstung für den Katastrophenfall aus (18.03.2020). In einem öffentlichen Aufruf forderte die Bundesärztekammer die Wirtschaftsunternehmen dazu auf, sich angesichts der Corona-Pandemie an der Produktion von Schutzausrüstungen zu beteiligen (25.03.2020). „Ob Automobilzulieferer oder Textilunternehmen – alle sind aufgerufen, wenn irgend möglich ihre Fertigung umzustellen und in die Produktion von Schutzausrüstung einzusteigen“, so die BÄK. Gleiches gelte für die Fertigung von Beatmungsgeräten für die Intensivstationen. Nach diesem Aufruf und ähnlichen Appellen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Klinikträgern erklärten sich zunehmend mehr Industrieunternehmen bereit, Masken und weitere Ausrüstungen aus Beständen zu spenden oder ihre Produktion in stillgelegten Produktionsanlagen umzustellen und hochzufahren. Koordiniert wurden die Aktivitäten vom Bundeskanzleramt.

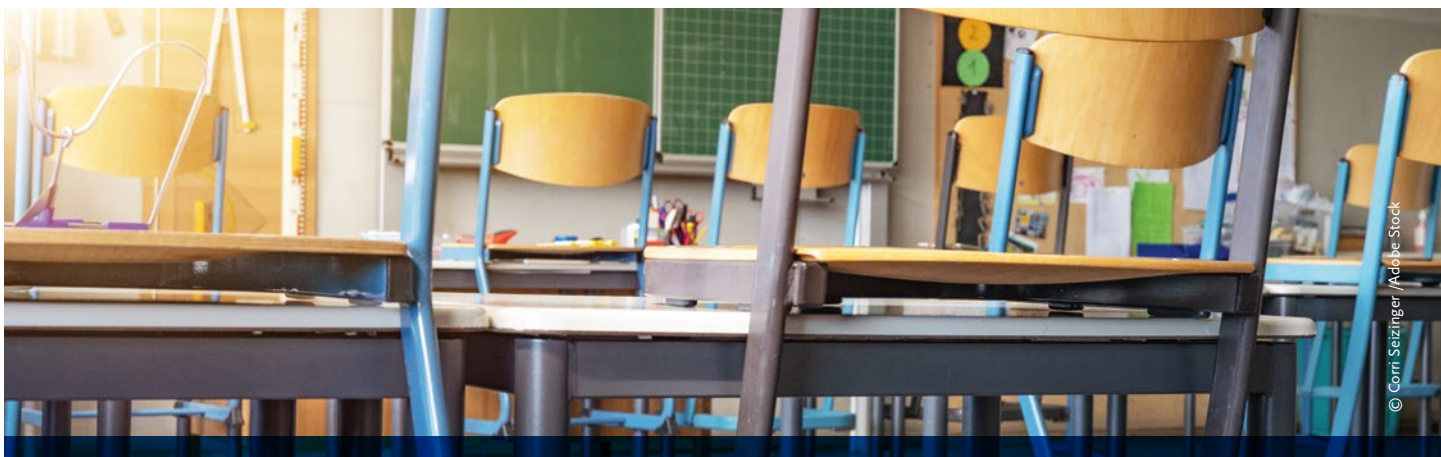
Ein weiteres wichtiges Anliegen der Bundesärztekammer war es, die Verfügbarkeit von Behandlungskapazitäten möglichst transparent darzustellen, um auf drohende Versorgungsengpässe frühzeitig reagieren zu können. In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung appellierte Reinhardt an die Krankenhäuser, sich an dem Intensivregister

der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zu beteiligen (31.03.2020). Das Register wurde innerhalb von nur zwei Wochen auf Grundlage des bereits bestehenden Meldeportals für ECMO-führende intensivmedizinische Abteilungen entwickelt. In den ersten Wochen nach Start des Registers am 17. März war die Teilnahme intensivbettenführender Akutkliniken freiwillig. Seit dem 16. April 2020 sind alle intensivbettenführenden Akutkrankenhäuser in Deutschland verpflichtet, sich im DIVI-Intensivregister zu registrieren und täglich Daten zu melden.

In einem Gespräch mit dem Robert Koch-Institut im April 2020 sprach sich BÄK-Vize-Präsidentin Dr. Heidrun Gitter zudem dafür aus, die Beschäftigten im Gesundheitswesen flächendeckend auf eine Corona-Infektion zu testen und die Daten anonymisiert auszuwerten. Diese Informationen könnten frühzeitig Aufschluss über Personalengpässe geben und würden bei Bedarf die Koordinierung von „stillen Reserven“, wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand, aber auch von Medizinstudierenden erleichtern. Zumindest die Tests von Ärzten und weiteren Beschäftigten im Gesundheitswesen wurden im weiteren Verlauf der Pandemie deutlich ausgeweitet. Die zentrale statistische Auswertung der Ergebnisse steht indes noch aus.

Deutschland steht still

Zu diesem Zeitpunkt war das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben in Deutschland aufgrund der Pandemie bereits seit Wochen stillgelegt. Um die exponentielle Ausbreitung des Virus zu stoppen, war am 16. März der erste harte Lockdown in Kraft getreten. Einzelhandelsgeschäfte wurden ebenso geschlossen wie Knei-



pen, Clubs, Kinos, Spielplätze, Schwimmbäder, Sportanlagen, Museen, Messen und Fitnessstudios. Besonders schmerzlich war, dass auch Schulen und Kitas bis zum Ende der Osterferien keinen Präsenzunterricht mehr anbieten durften. Homeschooling lautete die Devise, was für manche Kinder massiven psychosozialen Stress bedeutete und viele Eltern aufgrund der Doppelbelastung von Kinderbetreuung und Beruf an den Rand ihrer Belastungsgrenze brachte.

Die Bundesärztekammer wies früh und wiederholt auf die besonderen Risiken für Kinder und Jugendliche aufgrund von Kollateraleffekten der Eindämmungsmaßnahmen hin. „Wir müssen verhindern, dass Kinder und Jugendliche durch Kitaschließungen und den stark eingeschränkten Präsenzbetrieb in den Schulen zu besonderen Verlierern der Corona-Krise werden“, mahnte Reinhardt. Ohne ausreichend Unterricht über einen längeren Zeitraum drohten „enorme Folgeprobleme, etwa in Bezug auf die körperliche und psychische Entwicklung“, erklärte er im Deutschen Ärzteblatt (28.07.2020). Der BÄK-Präsident sprach sich für pragmatische Lö-

sungen aus, um das Infektionsrisiko zu vermindern, wie eine Bestuhlung der Klassenräume mit möglichst großem Abstand, regelmäßiges ausreichendes Lüften, die Trennung großer Klassen und geteilten Unterricht am Vormittag und Nachmittag.

BÄK-Vizepräsidentin Dr. Ellen Lundershausen plädierte in einem Interview mit der Ärzte Zeitung dafür, möglichst feste Schülergruppen zu bilden, „die zusammen und unter sich bleiben, und im Bedarfsfall als ganze Gruppe in Quarantänegeschickterwerden“ können (19.08.2020). Solche Konzepte mit fixen epidemiologischen Einheiten hätten jedoch auch ihre Grenzen, betonte sie, etwa im Kurssystem in den Oberstufen. Auch könne nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Schüler in ihrer Freizeit in anderen Konstellationen treffen. Deshalb sei es wichtig, an die Schülerinnen und Schüler zu appellieren, strikt die Hygieneregeln zu beachten und Abstand zu halten.

123. Deutscher Ärztetag abgesagt

Für die Bundesärztekammer bedeutete der Lockdown, dass der 123. Deutsche Ärztetag, der vom 19. bis 22.05.2020 in Mainz tagen sollte, abgesagt werden musste. „Jeder einzelne kann dazu beitragen, die Verbreitung des Virus zu verlangsamen, indem man den Kontakt zu anderen reduziert und damit Infektionsmöglichkeiten minimiert. Ärztinnen und Ärzte sowie deren berufsständische Organisationen sind in besonderem Maße gefordert, in diesem Sinne Verantwortung zu übernehmen“, begründete BÄK-Präsident Reinhardt den Entschluss am 17. März 2020 in einer Stellungnahme. Die Bundesärztekammer dankte der gastgebenden Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ausdrücklich, die sich umfänglich auf das Großereignis vorbereitet hatte. Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, akzeptierte und unterstützte die Entscheidung. „Es fällt uns schwer, den Deutschen Ärztetag abzusagen, doch sehen wir keine andere Möglichkeit. Schließlich wollen wir helfen, den Infektionsanstieg zu verlangsamen“, so Matheis.

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Ein wichtiges Thema, mit dem sich die Abgeordneten auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz befassen wollten, wären die gesundheitlichen

Ausblick

124. Deutscher Ärztetag

Aufgrund der pandemischen Lage wird der diesjährige Deutsche Ärztetag am 04. und 05.05.2021 als reine Online-Veranstaltung stattfinden. Ursprünglich sollte er vom 04. bis 07.05.2021 in Rostock ausgetragen werden.

Einen Schwerpunkt der Beratungen des Ärztetages werden die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie bilden. Mit Blick auf den kommenden Bundestagswahlkampf und die Prioritätensetzung der neuen Bundesregierung werden die 250 Abgeordneten des Deutschen Ärztetages eingehend diskutieren, welche Lehren aus der Pandemie gezogen und welche konkreten Reformschritte für ein patientenorientiertes und krisenfestes Gesundheitswesen notwendig sind.

Nach aktueller Planung, die bis Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichts noch abgeschlossen war, wird sich der 124. Deutsche Ärztetag damit befassen, wie sich die Klimakrise auf die Gesundheit auswirkt. Die Abgeordneten werden zudem wichtige berufspolitische und medizinisch-ethischen Themen erörtern.

Aktuelle Informationen können auf der Website der Bundesärztekammer unter www.baek.de/tb2020/daet abgerufen werden.

Folgen der Klimakrise gewesen. Thermische Belastungen, Extremwetterereignisse, Erkrankungen durch neu auftretende Erreger und Vektoren, Luftverschmutzung, zunehmende Pollenbelastungen durch eine verlängerte saisonale Dauer des Pollenfluges sowie weitere Faktoren in den regionalen Klimaprognosen haben sich zu besorgniserregenden und zunehmend gesundheitsgefährdenden Risiken für Menschen entwickelt.

Die Bundesärztekammer ist seit 2019 Mitherausgeber des Lancet Countdown Policy Brief für Deutschland. Dieser gehört zum internationalen Forschungsprojekt „The Lancet Countdown on Health and Climate Change“, in dem mehr als 35 internationale Forschungsinstitutionen sowie einige UN-Organisationen zu den medizinischen, gesellschaftlichen und auch wirtschaftlichen Folgen der globalen Klimakrise zusammenarbeiten. Die Arbeitsergebnisse werden jährlich in einem Bericht veröffentlicht – flankiert von wissenschaftlichen Politikpapieren (Policy Brief) für einzelne Länder.

Der Policy Brief 2020 konzentriert sich auf Nahrungsmittelsysteme, Transportsysteme und nachhaltige Städte. Hingewiesen wird zudem auf die Bedeutung einer weltweiten wissenschaftlichen Zusammenarbeit und eines entschlossenen politischen Handelns, um globale Krisen zu bewältigen (4).

Trägerische Ruhe vor der zweiten Welle

Mit dem Lockdown und den allmählich steigenden Temperaturen in Deutschland gingen die Infektionszahlen im Frühsommer 2020 deutlich zurück. Fast schien es, als wäre das Größte überstanden. Erfahrungen aus früheren Pandemien zeigten aber, dass der ersten Infektionswelle meist eine zweite, mitunter auch eine dritte Welle folgt. Die BÄK hatte deshalb wiederholt an die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern appelliert, die Zeit der relativen Entspannung zu nutzen, um sich auf ein Wiederaufflammen der Pandemie vorzubereiten. Die Beschaffung von Schutzausrüstung, die Erarbeitung von Teststrategien, die Förderung der Zulassung von Antigen-Schnelltests, Schutzkonzepte für Pflegeheime und für den Präsenzbetrieb von Schulen und Kitas waren nur einige Punkte, die aus Sicht der Bun-



desärztekammer auf die To-do-Liste der Politik gehörten.

Die Bundesärztekammer selbst befasste sich intensiv mit der Frage, wie man Ärztinnen und Ärzten auf ethische Grenzscheidungen im Falle eines Kapazitätenmangels vorbereiten kann. Zwar schienen die Berichte von überfüllten Intensivstationen und von Triageentscheidungen aufgrund fehlender Beatmungsplätze, wie sie im Frühjahr aus dem norditalienischen Bergamo und aus dem Elsass kamen, im Frühsommer 2020 für viele Menschen in Deutschland weit weg. BÄK-Präsident Reinhardt betonte dennoch: „Wir müssen personell und strukturell auf eine mögliche zweite Welle vorbereitet sein.“ Dazu gehöre auch, Ärztinnen und Ärzten wichtige rechtliche und ethische Orientierungshilfen zu geben, wenn sie im Fall knapper Behandlungskapazitäten schwierige Entscheidungen über die Vergabe medizinischer Ressourcen treffen müssten.

Eine solche Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte zur Allokation medizinischer Leistungen im Falle eines Kapazitätenmangels stellte die BÄK am 05.05.2020 der Öffentlichkeit vor. Danach handeln Ärztinnen und Ärzte rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existenzieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der ärztlichen Berufsordnung und des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einzelfallbezogene Entscheidungen über die Vergabe intensivmedizinischer Ressourcen treffen müs-

sen. Für den Fall notwendiger Priorisierungsentscheidungen sollten diese so getroffen werden, dass die Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst groß sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können. Grundsatz müsse immer sein, dass kein Menschenleben mehr wert sei als ein anderes. „Es verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von zum Beispiel Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status“, so die BÄK.

Aufgrund einer Verfassungsbeschwerde befasste sich von Juni 2020 an auch das Bundesverfassungsgerichts mit der Frage, wie weit der Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei Regelungen medizinischer Priorisierungsentscheidungen reicht. Die Klägerinnen und Kläger forderten, dass der Gesetzgeber für den Fall einer Ressourcenknappheit im Rahmen einer Pandemie bei der Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aktiv wird. Die Bundesärztekammer hatte im Dezember 2020 auf Bitten des Bundesverfassungsgerichts als sogenannte sachkundige Dritte eine Stellungnahme zu der Verfassungsbeschwerde erstellt. Sie ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer einsehbar (5). Das Urteil der Karlsruher Richter steht noch aus.

Aus der Krise lernen

Dass Deutschland weder im Zuge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr noch in der zweiten

zum Jahresende in eine solche Notsituation gekommen ist, die eine Triage erforderlich gemacht hätte, lag nicht zuletzt an den hierzulande gut ausgestatteten Krankenhäusern, der frühzeitigen Aufstockung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten und der leistungsstarken ambulanten Versorgung. So haben die Praxen bis zu 95 Prozent der Corona-Patienten betreut und so dazu beigetragen, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser für die Patienten mit schweren Verläufen genutzt werden konnten.

Kliniken müssen den Patienten dienen, nicht dem Profit

„Ein Abbau der Versorgungskapazitäten, den uns immer wieder verschiedene politikberatende Stiftungen empfehlen, hätte bei uns im März und April zu gleichen Verhältnissen geführt wie in Spanien und Italien“, sagte BÄK-Präsident Reinhardt der Nachrichtenagentur dpa (05.08.2020). In der Passauer Neuen Presse sagte er (25.05.2020): „Kliniken sind Einrichtungen der Daseinsfürsorge und keine Industriebetriebe, die sich ausschließlich an Rentabilitätszahlen ausrichten.“ Krankenhäuser müssten Patienten dienen, nicht dem Profit. Das sollte sich ins kollektive Gedächtnis einbrennen. Außerdem mahnte er an, Krankenhäusern „das Vorhalten von Personal und Technik“ zu finanzieren. In dem Bundesärztekammer-Podcast „Sprechende Medizin“, der seit dem 31.07.2021 auf allen großen Podcast-Portalen abrufbar ist, betonte Reinhardt, einer ungezügelter Kommerzialisierung der ambulanten und stationären Versorgung auch vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrungen aus der Pandemie weiter entschieden entgegenzutreten zu wollen (6).

Im August 2020 ging die Bundesärztekammer systematisch der Frage nach, welche Konsequenzen aus den bis dahin gemachten Erfahrungen gezogen werden müssten. In einem Zehn-Punkte-Papier (7) führte die BÄK Kernforderungen für Reformen nach der Pandemie auf. Zur Vorstellung des Papiers sagte Reinhardt (21.08.2020): „Deutschland hat bei der Bewältigung der Corona-Pandemie vieles richtig gemacht. Die letzten Monate haben aber auch Schwachstellen in der Organisation unseres Gesundheitswesens offengelegt, sei es bei der Ausstattung der Gesundheitsämter, bei den Meldestrukturen oder bei der Finanzierung un-



serer Kliniken und Praxen.“ Im Infektionsschutzgesetz sollten nach dem Willen der Ärzteschaft feste Krisenstäbe mit klar definierten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten angelegt werden. In den Kliniken müssen Personalressourcen und Reservekapazitäten im Rahmen der Krankenhausplanung definiert, umgesetzt und finanziert werden. Für die Praxen ist unter anderem eine angemessene Gegenfinanzierung zum Beispiel für Umbauten zum Schutz von Personal und Patienten und für die Umstellung des Praxismanagements erforderlich.

Ebenfalls dringlich sind für die Bundesärztekammer Reformen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dass Handlungsbedarf besteht, um die Gesundheitsämter in Deutschland in die Lage zu versetzen, Infektionsketten auch bei höheren Infektionszahlen nachzuverfolgen und zu unterbrechen, hat die BÄK mehrfach in Spitzengesprächen mit dem Bundesgesundheitsministerium, in Anhörungen des Deutschen Bundestages sowie in den Medien thematisiert. „Die Gesundheitsämter haben ihre Aufgaben nur mit der Rekrutierung zusätzlicher Hilfskräfte bewältigen können“, sagte Reinhardt in einem Interview mit der ARD-Tagesschau (19.08.2020). Der ÖGD sei weder personell noch operativ-infrastrukturell ausreichend ausgestattet. In einer Resolution hat der Vorstand der Bundesärztekammer die kommunalen Arbeitgeber aufgefordert, die im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte in den Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Kliniken einzubeziehen. Reinhardt forderte die Länder in einem Schreiben auf, die jeweiligen kommunalen Arbeitgeber zu beauftragen, die bereits zugesagten Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund wieder aufzunehmen.

Mit dem am 29.10.2020 geschlossenen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ kamen Bund und Länder den Forderungen der Ärzteschaft zumindest partiell nach. Demnach stellt der Bund vier Milliarden Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung. Der Förderzeitraum wurde auf sechs Jahre festgesetzt. Reinhardt begrüßte das Vorhaben im ZDF-Morgenmagazin als dringend notwendig: Bei der konkreten Umsetzung dürfe keine Zeit verloren werden. Auch könne die Besetzung der angestrebten 5.000 neuen Stellen nur gelingen, wenn es eine attraktive Bezahlung gebe, sagte er (09.09.2020).



Krise als Treiber für Digitalisierung nutzen

Neben dem ÖGD nahm die Bundesärztekammer in ihrem Zehn-Punkte-Papier auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens in den Blick. Sie konstatiert darin, dass im Gesundheitswesen im Zuge der Pandemie zunehmend Video- und Telefonsprechstunden sowie weitere telemedizinische Verfahren wie Telekonsile und Telemonitoring zum Einsatz kommen. Es fehle jedoch in vielen wichtigen Bereichen an passgenauen digitalen Anwendungen bzw. digitaler Vernetzung. „Notwendig sind unter anderem ein flächendeckender Ausbau zertifizierter Videokonferenzmöglichkeiten und ein besserer Zugang zu Wissensdatenbanken sowie aktuellen Forschungsergebnissen für Ärztinnen und Ärzte“, heißt es in dem Papier. Zudem seien einheitliche und sichere Messenger-App-Anwendungen für eine schnelle und unproblematische Kommunikation im gesamten medizinischen Bereich zu entwickeln. In ihrem Positionspapier zur digitalen Transformation der Medizin in Pandemiezeiten (8), das Reinhardt im Juli 2020 mit den beiden Vorsitzenden des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“, PD Dr. Peter Bobbert und Erik Bodendieck, vorstellte, geht die Bundesärztekammer vertiefend auf diese Thematik ein (siehe Bericht S. 28).

Dass es insbesondere in den Gesundheitsämtern an digitaler Vernetzung fehlt, wurde der breiten Öffentlichkeit spätestens mit dem Wie-

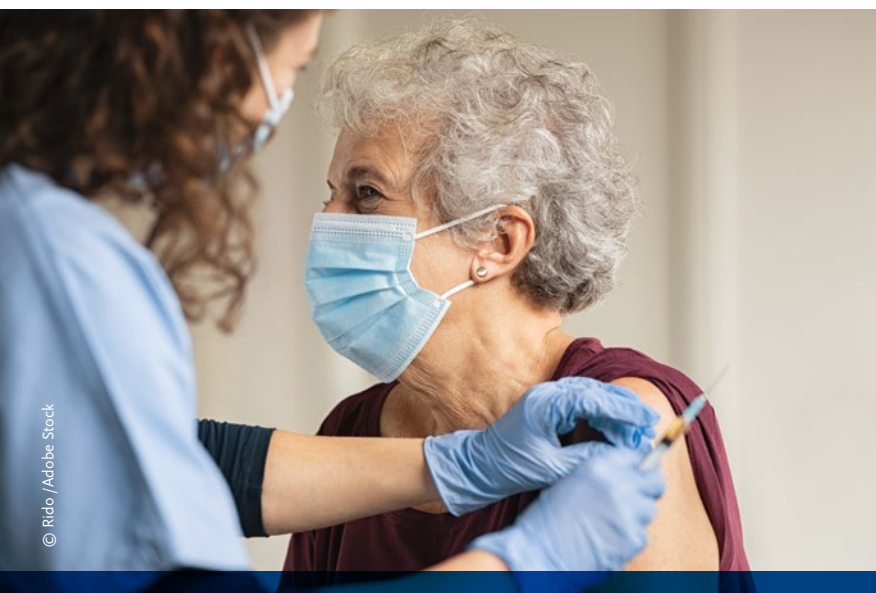
deraufflammen der Pandemie im Herbst 2020 bewusst. Innerhalb weniger Wochen stieg die Zahl der täglichen Neuinfektionen von wenigen hundert im Sommer auf mehr als 30.000 Ende Dezember. An eine lückenlose Kontaktnachverfolgung durch die Gesundheitsämter war nicht mehr zu denken. Um die exponentielle Ausbreitung des Virus zu verlangsamen und zu stoppen, verhängten Bund und Länder Ende Oktober einen Teil-Lockdown. Geschlossen wurden unter anderem Restaurants und Bars, Theater, Opern und Fitnessstudios. Schulen und Kitas blieben vorerst geöffnet. BÄK-Präsident Reinhardt und die beiden BÄK-Vizepräsidentinnen Gitter und Lundershausen bezeichneten die Maßnahmen als erforderliche „Notbremse“, um den rasanten Anstieg der Infektionszahlen zu verlangsamen. „In der Abwägung zwischen erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen einerseits und gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Aspekten andererseits sind die vorgesehenen Einschränkungen angemessen“, betonten sie in einer gemeinsamen Stellungnahme (29.10.2020).

Allerdings reichte dieser Lockdown light nicht aus, um den Anstieg der Neuinfektionen abzuflachen und die Zahl der Todesfälle zu senken. Zudem stieg die Auslastung der Intensivbetten in Deutschland massiv an, sodass die Maßnahmen noch einmal verschärft werden mussten. Am 16. Dezember 2020 trat ein zweiter harter Lockdown in Kraft, der zum Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichts nach wie vor gilt. Reinhardt bezeichnete die ergriffenen Maßnahmen Mitte Dezember als alternativlos. Bis auf weni-

ge Ausnahmen sei bundesweit die Situation auf den Intensivstationen alarmierend, sagte er in einem Interview mit dem NDR (14.12.2020). Gegenüber dem RedaktionsNetzwerk Deutschland forderte er zudem frühzeitig eine Strategie für mögliche Lockerungen bei sinkenden Infektionszahlen (13.12.2020). Bund, Länder und Kommunen müssten sich darauf vorbereiten und mit Hochdruck an pragmatischen Lösungen arbeiten, für den öffentlichen Nahverkehr, den Einzelhandel, die Schulen und die Altenbetreuung. „Die Zeit des harten Lockdowns muss genutzt werden, eben solche Maßnahmen vorzubereiten, und zwar bundeseinheitlich. Nur dann werden wir das Infektionsgeschehen im Griff halten können und die Krankenhäuser vor Überlastung schützen“, betonte Reinhardt.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist zum Beispiel ein bundeseinheitlicher Stufenplan für den Wiedereinstieg in den Präsenzbetrieb an den Schulen in Abhängigkeit von der regionalen Infektionslage notwendig. Hierfür sollten Hygienepläne und einheitliche Quarantänenvorgaben erarbeitet werden. Insbesondere müssten die personellen und technischen Voraussetzungen für den Wechselunterricht geschaffen und qualifiziertes Personal für die Durchführung von Schnelltests an den Schulen zur Verfügung gestellt werden. Auch Senioren- und Pflegeheime sollten nach Meinung der BÄK noch stärker als bisher bei der Umsetzung von Hygieneplänen unterstützt werden. Zusätzliche Mitarbeiter seien schnell und unbürokratisch zu qualifizieren, um die vielen Sonderaufgaben in den Heimen zur Infektionsprävention und zur Kompensation von infizierten und erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu bewältigen.

Immerhin: Im Januar 2021 haben sich Bund und Länder auf die Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung von Öffnungsstrategien verständigt. Um Entscheidungen zum Umgang mit der Pandemie wissenschaftlich vorzubereiten, spricht sich die Bundesärztekammer seit Langem dafür aus, ein multiprofessionelles Beratungsgremium für Bund und Länder einzurichten. Dieses Gremium sollte nach Ansicht von Reinhardt mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Juristen, Ethikern, Soziologen und weiteren Professionen besetzt sein. „Selbst wenn das ein aufwen-



diges Verfahren ist, es würde aus meiner Sicht die Akzeptanz in der Bevölkerung für die Anti-Corona-Maßnahmen stärken“, sagte er in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt (11.01.2021).

Bundesärztekammer richtet Ärztlichen Pandemierat ein

Die BÄK selbst hat am 10.11.2020 einen Ärztlichen Pandemierat eingerichtet. „Die Mitglieder des Rats sind nicht nur wissenschaftlich gut aufgestellt, sie arbeiten tagtäglich in den unterschiedlichen Bereichen der Patientenversorgung und der Virusbekämpfung. Diese Zusammensetzung ist in Deutschland einmalig“, sagte Reinhardt in einem Interview mit den Zeitungen des RedaktionsNetzwerks Deutschland (30.12.2020). Unter anderem widmen sich die Vertreter von Bundesärztekammer, wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Öffentlichem Gesundheitsdienst der Entwicklung von Schutzkonzepten für vulnerable Gruppen, der Forschungsförderung, der Weiterentwicklung der Teststrategie, Konzepten zur Vermeidung von Kollateraleffekten der Corona-Bekämpfung sowie der Erarbeitung von Öffnungsstrategien nach dem Lockdown.

Im Dezember 2020 hat eine Arbeitsgruppe des Ärztlichen Pandemierats ein Thesenpapier zur kontinuierlichen Verbesserung der nationalen Teststrategie vorgestellt (9). Ein Kernpunkt des Papiers: Der Einsatz von Corona-Schnelltests kann trotz der limitierten Sensitivität dazu beitragen, Infektionen schnell zu erkennen. Negative Testergebnisse dürfen aber keinesfalls zu einer Scheinsicherheit führen und zu einem sorglosen Umgang verleiten. Die Arbeitsgruppe „Vulnerable Gruppen“ des Pandemierats hat ebenfalls ein Positionspapier veröffentlicht. Unter dem Titel „Schutzkonzept für Alten- und Pflegeheime: Lessons Learned“ (10) werden darin Maßnahmen aufgeführt, die zur Risikominimierung für alte Menschen in der Pandemie dringend erforderlich sind. Für die Experten steht fest: Eine Pandemie ist nicht aus der Versorgungsroutine heraus zu bewältigen. Sie braucht zusätzliche Ressourcen, die vielen Senioren- und Pflegeheimen nicht so schnell zur Verfügung stehen. Deshalb sollten strategische Unterstützungskonzepte erstellt werden, die es gestatten, Engpässe bei zukünftigen Pandemien rascher zu überwinden und die



präventive Leistung in den Heimen auf diese Weise zu stärken.

Europa immer im Blick

Auf europäischer Ebene brachte sich die Bundesärztekammer im Zuge der deutschen EU-Ratspräsidentschaft in die Diskussion um einen wirksamen europäischen Krisenreaktionsmechanismus, eine neue Arzneimittelstrategie und die Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraums ein. An die Präsidentin der Europäischen Kommission, Dr. Ursula von der Leyen, gerichtet, skizzierte Reinhardt am 06.07.2020 die Herausforderungen an eine europäische Gesundheitspolitik im Zeichen der Covid-19-Pandemie aus Sicht der Ärzteschaft.

In weiteren Schreiben wandte sich Reinhardt an die EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides (05.10.2020) sowie an mit Gesundheitsthemen befasste Abgeordnete des Europäischen Parlaments (06.10.2020). Darin konkretisierte er die wesentlichen Forderungen der Ärzteschaft nach einem europäischen Reaktionsmechanismus für schwere grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren auf Basis der bestehenden EU-Kompetenzen. Außerdem sollten die Mitgliedstaaten Mittel des Aufbaufonds zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme einsetzen. Die Entwicklung dringend benötigter Arzneimittel sollte gefördert und ein EU-weites Frühwarnsystem für Lieferengpässe

eingeführt werden. In einem zu schaffenden europäischen Gesundheitsdatenraum müssten Patientinnen und Patienten über die Freigabe ihrer Daten entscheiden, und eine industrieunabhängige Stelle deren Sekundärnutzung verwalten können. Reinhardt betonte, dass europäische Gesundheitspolitik keine durchgehende Vereinheitlichung benötige; stattdessen solle die EU im Sinne der Subsidiarität auf eine gezielte Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch der Mitgliedstaaten hinwirken.

Ausblick 2021

Die Corona-Pandemie wird auch im Jahr 2021 das Leben der Menschen und die gesellschaftlichen und politischen Debatten maßgeblich prägen. Mit dem anbrechenden Bundestagswahlkampf werden für die Ärzteschaft aber auch viele Themen in den Fokus rücken, die nur mittelbar mit der Pandemie im Zusammenhang stehen. Zu nennen sind beispielhaft die längst überfälligen Reformen im Bereich der Krankenhausvergütung, der weitere Ausbau digitaler Strukturen im Gesundheitswesen sowie die Reform der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte.

Debatte um Sterbehilfe neu entbrannt

Viele weitere gesundheits- und gesellschaftspolitische Diskussionen des Berichtsjahres werden im Jahr 2021 weitergeführt. Intensive Debatten dürfte insbesondere die anstehende

gesetzliche Neuregelung der Beihilfe zum Suizid mit sich bringen. Ein neues Gesetz ist notwendig, weil das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 den Strafrechtsparagrafen 217 für nichtig erklärt und damit das im Jahr 2015 eingeführte Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid aufgehoben hat (11). Das Verbot entleere die Möglichkeit einer assistierten Selbsttötung, begründeten die Karlsruher Richter ihr Urteil. Der Gesetzgeber dürfe die Beihilfe zum Suizid zwar regulieren. Dabei sei aber darauf zu achten, dass dem individuellen Recht auf Beendigung des eigenen Lebens hinreichend „Raum zur Entfaltung“ und Umsetzung verbleibe. Karlsruhe wies gleichzeitig auf die Möglichkeiten des Parlaments hin, gesetzlich festgeschriebene Aufklärungs- und Wartepflichten oder Erlaubnisvorbehalte einzuführen.

Seit dem Urteil dürfen Sterbehilfevereine weitgehend unkontrolliert Unterstützung beim Suizid leisten. Auch aus diesem Grund hat Reinhardt die Bundestagsparteien aufgefordert, eine Neuregelung der Sterbehilfe möglichst bald anzugehen. „Diese Diskussion muss das Parlament in den kommenden Monaten führen“, sagte er den Zeitungen des Redaktionsnetzwerks Deutschland (15.01.2021). So habe das Bundesverfassungsgericht zwar das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe gekippt, gleichzeitig aber auf Schutzkonzepte und Sicherungsmechanismen hingewiesen, um Sterbehilfeorganisationen Grenzen zu setzen. Reinhardt bekräftigte außerdem, dass zur Diskussion stehe, ob und in welcher Form die (Muster-)Berufsordnung geändert werden müsse.

Im Bundestag liegen mittlerweile zwei Gruppenanträge zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe vor. Vieles spricht dafür, dass die parlamentarischen Beratungen für eine neue gesetzliche Regelung noch in dieser Legislaturperiode beginnen. Möglicherweise kommt es bis zur Bundestagswahl sogar noch zu einer Entscheidung.

Hoffnung auf Normalität

Das vorherrschende Thema aber bleibt Corona. Dass Deutschland und die Welt noch einige Zeit mit dem Virus leben müssen, steht mittlerweile außer Frage. Wie lange genau und wie sehr die Pandemie das gesellschaftliche Miteinander





© FarnVeld/shutterstock

prägen wird, hängt davon ab, ob es gelingt, möglichst viele Menschen in kurzer Zeit gegen das Virus zu impfen und ob die Impfstoffe auch gegen neue Virusvarianten wirksam sind.

Als erster Impfstoff wurde das Vakzin von Biontech/Pfizer am 21.12.2020 zugelassen. Den holprigen Start der Impfkampagne in Deutschland und Europa aufgrund von Produktionsausfällen und daraus resultierenden Lieferengpässen konnte zum damaligen Zeitpunkt niemand vorhersehen. Nachdem diese bekannt wurden, mahnte die Bundesärztekammer pragmatische Lösungen für eine Beschleunigung der Impfstoffproduktion an. Dringend geprüft werden sollte zum Beispiel, ob und wie die EU-Kommission sowie Bund und Länder Kooperationen zwischen Pharmaherstellern unbürokratisch

durch schnelle Genehmigungsverfahren für Produktionsanlagen fördern und intensivieren können, sagte Reinhardt in der Rheinischen Post (29.01.2021). Auch wenn es hohe Qualitätsanforderungen an die Herstellung von Impfstoffen gibt, könnten freie Produktionskapazitäten einzelner Unternehmen, die selbst nicht an der Impfstoffentwicklung beteiligt sind oder die ihre Entwicklungsprogramme abgebrochen haben, für die Herstellung bereits zugelassener Impfstoffe besser genutzt werden.

In einem Neujahrsinterview mit dem Deutschen Ärzteblatt zeigte sich Reinhardt optimistisch. „Auch wenn uns noch einige schwere Monate bevorstehen, sehen wir mit dem Beginn der Impfungen etwas Licht am Ende des Tunnels. Das sollte uns Mut machen.“ ■



1. www.baek.de/tb2020/politik
2. www.baek.de/tb2020/akdae
3. www.baek.de/tb2020/youtube
4. www.baek.de/tb2020/klimakrise
5. www.baek.de/tb2020/stellung
6. www.baek.de/tb2020/podcast
7. www.baek.de/tb2020/forderung
8. www.baek.de/tb2020/position
9. www.baek.de/tb2020/ag3
10. www.baek.de/tb2020/ag2
11. www.baek.de/tb2020/sterbehilfe

Videosprechstunden im Praxisalltag

Standen vor der Corona-Pandemie viele Ärztinnen und Ärzte Videosprechstunden skeptisch gegenüber, ist die Akzeptanz 2020 enorm gestiegen. Das geht aus einer aktuellen Studie des health innovation hub (hih) und der Stiftung Gesundheit zur Nutzung von Videosprechstunden hervor (1). Mehr als die Hälfte der zwischen Mitte April und Anfang Mai 2020 insgesamt 2.240 Befragten gaben an, dass sie mittlerweile Videosprechstunden nutzen. 2017 lehnten hingegen noch fast 60 Prozent der Ärzte solche Möglichkeiten ab (2).

Handreichung für Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden

Um das wachsende Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu fördern, hat die Bundesärztekammer

(BÄK) im September 2020 eine „Handreichung für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis“ veröffentlicht. Ziel der Handreichung ist, telemedizinische Angebote als Ergänzung zum Arztbesuch zu fördern – auch über die Pandemiezeit hinaus.

Die Handreichung ist in acht Themenblöcke gegliedert und gibt einen kurzen und kompakten Überblick über den organisatorischen Ablauf, die technischen Voraussetzungen, Aufklärung, Schweigepflicht und Datensicherheit, Dokumentation, Verordnungen, Weiterbehandlung sowie Vergütung. Im vierten Themenbereich „Datensicherheit und Schweigepflicht“ wird zum Beispiel erläutert, dass eine Videosprechstunde wie eine physische Sprechstunde vertraulich und frei von Störungen zu gestalten ist.

Videosprechstunden dürfen zudem nicht aufgezeichnet werden, müssen frei von Werbung sein und eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung gewährleisten. Weiterführende Informationen zu den einzelnen Themenbereichen, wie etwa Abrechnungsempfehlungen oder die Liste zertifizierter Videodienstanbieter, können mit Hilfe von eingebetteten QR-Codes oder Kurzlinks aufgerufen werden.

Die „Handreichung für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis“ steht zum Download unter www.baek.de/handreichung-videosprechstunde ■



Hinweise und Erläuterungen überarbeitet

Als der Deutsche Ärztetag im Jahr 2018 den berufsrechtlichen Weg für die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung geebnet hat, dürfte wohl kaum jemand damit gerechnet haben, dass sich diese Behandlungsform so schnell in der Patientenversorgung etabliert. Insbesondere die Corona-Pandemie hat Videosprechstunden und anderen Formen der Fernbehandlung einen kräftigen Schub verliehen.

Mit der steigenden Bedeutung der Fernbehandlung wächst auch das Informationsbedürfnis über rechtliche Aspekte in diesem Kontext. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat deshalb bereits vor zwei Jahren „Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 – Behandlung im persönlichen Kontakt und Fernbehandlung“ veröffentlicht. Der Gesetzgeber hat nunmehr den Rechtsrahmen angepasst, und Gerichte haben sich mit Fragen der (ausschließlichen) Fernbehandlung befasst. Aus diesem Grund hat die AG Fernbehandlung der BÄK die Hinweise und Erläuterungen aktualisiert. Sie wurden vom BÄK-Vorstand in seiner Sitzung am 10./11. Dezember 2020 verabschiedet.

Zuvor hatte der Gesetzgeber als Folge der von der Ärzteschaft beschlossenen Aufhebung des absoluten Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst. So wurde etwa die Regelung im Arzneimittelgesetz (AMG) aufgehoben, nach der Apothekern die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln grundsätzlich verboten war, wenn offenkundig kein direkter Kontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden hatte.

Darüber hinaus wurde § 9 Heilmittelwerbegesetz (HWG) überarbeitet. Dieser beinhaltete – entsprechend dem berufsrechtlichen Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung – ein Werbeverbot. Das hat der Gesetzgeber nicht generell aufgehoben. Vielmehr ist Werbung für eine ausschließliche Fernbehandlung nun erlaubt, wenn nach allgemein anerkannten fach-



lichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt zum Patienten nicht erforderlich ist. Damit wird der berufsrechtlichen Regelung Rechnung getragen, wonach die ausschließliche Fernbehandlung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft wird. Die Oberlandesgerichte München und Hamburg haben in noch nicht rechtskräftigen Entscheidungen zur neuen Rechtslage die pauschale Werbung für ausschließliche Fernbehandlung untersagt (OLG München, Urteil vom 09.07.2020, Az.: 6 U 5180/19; OLG Hamburg, Urteil vom 05.11.2020, Az.: 5 U 175/19, das ausdrücklich auf die Hinweise und Erläuterungen Bezug nimmt).

Mit der Begründung zum Digitale-Versorgung-Gesetz hatte der Gesetzgeber klargestellt, dass nach seiner Ansicht „insbesondere das fernmündliche Gespräch sowie die Videotelefonie“ dem Erfordernis der Mündlichkeit der Aufklärung nach BGB genügt (BT-Drs. 19/13438, S. 70).

Die überarbeiteten Hinweise und Erläuterungen stehen unter www.baek.de/tb2020/hinweise zur Verfügung. ■

Ausstellen von Gefälligkeitsattesten kein Kavaliersdelikt

Die von den Ländern erlassenen Corona-Schutz-Verordnungen verpflichten dazu, in der Öffentlichkeit eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Damit zusammenhängende Fragestellungen beschäftigten die Bundesärztekammer (BÄK) wie auch die Landesärztekammern im Jahr 2020 in besonderem Maße. So sehen die Verordnungen unter anderem Möglichkeiten zur Befreiung von der Maskenpflicht vor, wenn das Tragen einer Maske aus gesundheitlichen Gründen unzumutbar ist. Zuweilen herrschte unter den Ärztinnen und Ärzten Verunsicherung über den notwendigen Inhalt eines Attests zur Befreiung von der Maskenpflicht. Es mehrten sich entsprechende Anfragen an die Kammern.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung wurde auf Anfrage und zum Teil auch durch Informationen auf Websites (*) klargestellt, wie sich die Rechtslage gestaltet, und darauf hingewiesen, dass ein Verstoß gegen die Berufsordnung begründet ist, wenn

Atteste ohne medizinische Indikation ausgestellt werden.

In § 25 der (Muster-)Berufsordnung (MWBO) ist normiert, dass Ärztinnen und Ärzte bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen haben. Wird dagegen verstoßen, können berufsrechtliche Maßnahmen ergriffen werden. Solche reichen von einfachen Verwarnungen über Geldbußen und bei wiederholten Verstößen trotz Ermahnung bis hin zu der Feststellung, dass der beschuldigte Arzt unwürdig ist, seinen Beruf auszuüben. Das kann zu einem Widerruf der Approbation führen. Stellt der Arzt das ärztliche Zeugnis wider besseres Wissen unrichtig aus, kommt auch eine Strafbarkeit nach § 278 StGB (und für den Nutzer nach § 279 StGB) oder gegebenenfalls auch wegen Beihilfe zum Betrug gem. §§ 263 Abs. 1, 27 Abs. 1 StGB in Betracht. Im Berichtsjahr kam es in verschiedenen Kammerbereichen zu berufsrechtlichen Prüfungen bzw. zu Ermahnungen von Ärzten seitens der Ärztekammern im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie.

Sowohl Betroffene als auch Medien wandten sich im Berichtsjahr mit Anfragen und Beschwerden zu Ärzten, denen vorgeworfen wurde, solche Atteste trotz nicht vorhandener medizinischer Indikation auszustellen oder diese bereits ausgestellt zu haben, an die BÄK. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 (Landes-)Ärztekammern kann die Bundesärztekammer selbst keine Verfahren gegen Ärzte einleiten. Sie nahm aber eine koordinierende Rolle ein und sorgte für den Austausch der (Landes-)Ärztekammern, um einen einheitlichen Umgang mit dieser Thematik zu erreichen. ■



(*) www.kurzelinks.de/egj6

Ambulante Versorgung braucht motivierte MFA

„Pfleger und Ärzte zuerst gegen Corona-Virus impfen“, so lautete Anfang November die Aussage von Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) auf die Frage, wer zuerst geimpft werden soll – sofern ein Impfstoff gegen SARS-CoV-2 zur Verfügung steht. Dass Medizinische Fachangestellte (MFA) hier vergessen wurden, zieht sich wie ein roter Faden durch das Pandemiejahr 2020. Wenngleich an vorderster Stelle in der ambulanten Versorgung tätig, wird die Arbeit der mehr als 400.000 MFA gesundheitspolitisch kaum gewürdigt. Die große Unzufriedenheit der Medizinischen Fachangestellten mit der von ihnen so wahrgenommenen mangelnden Wertschätzung ihrer Arbeit mündete in die Aktion „MFA-am-Limit“ (1).

Bundesärztekammer (BÄK) und die unter dem Dach der BÄK organisierte Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/MFA (AAA) haben im Laufe des Jahres immer wieder darauf hingewiesen, dass allen in der ambulanten Versorgung tätigen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten bewusst ist, dass die Herausforderungen gerade auch in Zeiten der Corona-Pandemie nur gemeinsam mit den MFA geschultert werden können. Aus diesem Grund unterstützte die BÄK – gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung – die Forderung des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. (VmF), auch MFA (sowie Zahnmedizinischen Fachangestellten) einen steuerfinanzierten Sonderbonus als Anerkennung der besonderen Leistungen während der Corona-Pandemie zu zahlen. Die Forderung blieb leider erfolglos.

Neuer Tarifvertrag für MFA ab Januar 2021

Gerade die zunehmende Abwanderung ausgebildeter MFA in die Kliniken und der wachsende Gehaltsabstand zu den Pflegefachkräften waren



ausschlaggebend für den Tarifaabschluss (2), auf den sich die Tarifparteien am 08.12.2020 verständigten. Beide Tarifparteien bewerteten den Tarifaabschluss als Zeichen der Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen von MFA in der ambulanten Versorgung. Vereinbart wurde ferner, dass beide Tarifparteien ihre politischen Aktivitäten zur Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen intensivieren. Hinter diese Forderung hat sich auch der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, gestellt: „Damit Arztpraxen als Arbeitgeber die notwendigen Spielräume für Gehaltssteigerungen erhalten, ist es dringend erforderlich, dass Personalkostensteigerungen vollständig durch die Krankenkassen refinanziert werden.“ ■



(1) www.vmf-online.de/mfa/mfa-am-limit

(2) www.baek.de/mfa/tarife

BÄK bezieht Stellung zu Beschlüssen und Richtlinien

Als höchstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beanspruchen können.

Die Richtlinien des G-BA sind als Instrumente untergesetzlicher Normgebung für GKV-Versicherte, für Anbieter von Gesundheitsleistungen und für Krankenkassen verbindlich. Daher ist es unvermeidlich, dass die Richtlinien auch die Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte tangieren. Dies gilt auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. Der G-BA ist in diesen Fällen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V gesetzlich verpflichtet, der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Im Falle der Ärztinnen und Ärzte ist dies die Bundesärztekammer (BÄK).

Die vom G-BA zur Stellungnahme übermittelten Beschlussentwürfe für Richtlinien werden von der BÄK anhand eines eigens hierzu entwickelten und dabei themenunabhängigen Kriterien-Sets auf ihren Stellanahmebedarf überprüft:

- Kompatibilität der G-BA-Richtlinien mit ärztlichem Behandlungsauftrag/Berufsrecht
- Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- Transparenz über Entscheidungsgrundlagen/ Entscheidungsfindung
- Qualität der Gesamtbewertung im Versorgungskontext
- Beitrag zur Entbürokratisierung (Datensparsamkeit, Vermeidung von Doppelregelungen/Parallelstrukturen)

Die Frist zur Anfertigung der Stellungnahmen beträgt in der Regel vier Wochen. Die abgegebenen Stellungnahmen werden auf der BÄK-Website veröffentlicht. Dies erfolgt jedoch erst nach abschließender Beratung und Beschlussfassung durch den G-BA, da es sich bis zu diesem Zeitpunkt bei den Richtlinienentwürfen des G-BA um nicht öffentliches, vertrauliches Material handelt.

Die Einbeziehung der Bundesärztekammer in die Richtliniengestaltung des G-BA per Stellungnahmeverfahren ist dem Umstand geschuldet, dass die Bundesärztekammer nicht zu den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses zählt. Die Bundesärztekammer hat in den Beratungen des G-BA weder ein Stimm- noch ein Antragsrecht, sondern lediglich mitberatende Funktion. Diese Form der Beteiligung geht zurück auf das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004, mit dem der G-BA als zentrales Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung gegründet wurde. Seit dieser Zeit hat die Bundesärztekammer rund 600 schriftliche Stellungnahmen nach § 91 Abs. 5 SGB V abgegeben. ■



BÄK legt Memorandum vor

Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) in der Medizin sind zentrale ärztliche Anliegen und Aufgaben. Die Ärzteschaft engagiert sich aktiv für Qualitätsförderung und eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung. Sorge bereitet jedoch, dass insbesondere die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung einen Weg eingeschlagen hat, der dem Grundgedanken der Qualitätsförderung zuwiderläuft.

Die immensen (Dokumentations-)Anforderungen an QM/QS haben sich zunehmend zu einem Selbstzweck entwickelt, bei dem der Fokus eben nicht mehr auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liegt, sondern vor allem auf der externen Kontrolle. Dies bindet einen immer größer werdenden Teil der ohnehin knappen personellen Ressourcen in den Arztpraxen und Krankenhäusern für bürokratisch-formalistische Aufgaben. Aufwand und fehlender erkennbarer Mehrwert ohne nachweisliche Evidenz führen zu einer zunehmenden Demotivation aller Beteiligten.

Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement sind aus ärztlicher Sicht kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. Sie müssen sich auf das eigentliche Ziel der Qualitätsförderung konzentrieren und wieder darauf zurückgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) auf Empfehlung des Ausschusses „Qualitätssicherung“ im August 2020 das Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“ (*) verabschiedet.

Das Memorandum beinhaltet sieben Eckpunkte, in denen die Bedeutung und Funktion von QM und QS im Gesundheitswesen thesenartig skizziert werden, und zehn Maßnahmen mit Lösungsansätzen, um eine Neujustierung von



QM und QS zu ermöglichen. Dazu zählt unter anderem die Feststellung und gleichzeitig zentrale Forderung, dass externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement zusammengehören. Eine Entkopplung lässt ärztliches Engagement ins Leere laufen und schädigt nicht nur die intrinsische Motivation und das Ansehen des Themas Qualität, sondern letztlich auch die Patientensicherheit. Der Ärzteschaft, und damit den (Landes-)Ärztekammern, ist vom Gesetzgeber wieder mehr Handlungskompetenz zu geben, um dieser Fehlentwicklung entgegenzuwirken. ■



(*) www.baek.de/tb2020/qsqm

Die neue Weiterbildungsordnung im Kammersystem

Zwei Drittel der (Landes-)Ärzttekammern haben im vergangenen Jahr die im Jahr 2018 verabschiedete (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in das jeweilige Landesrecht umgesetzt. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat dafür unter anderem die (Muster-)Kursbücher für die in der MWBO verankerten Weiterbildungskurse erfolgreich erstellt beziehungsweise überarbeitet.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt lag auf der kammerübergreifenden Konsentierung von bundeseinheitlichen Kriterien zur Befugniserteilung. Hier wurde mit den Ärztekammern ein flexibles und anpassungsfähiges Konzept als Orientierungshilfe erarbeitet, das weiterhin kammerspezifische Befugnisvergaben ermöglicht. Für die Ermittlung des möglichen Befugnisumfangs soll auf die jeweiligen Kompetenzen abgestellt werden; die Gewichtung erfolgt dann mit Hilfe eines Punktesystems. Anschließend werden die erworbenen Punkte in eine Befugniszeit umgerechnet.

Zudem wurden die Arbeiten an „Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplänen“ (FEWP) für die Weiterbildungsqualifikationen der MWBO fortgesetzt.

Von Fachgesellschaften gingen zahlreiche Änderungswünsche zur MWBO 2018 ein. Nach Beratung in den Gremien wurden diese in einen Themenspeicher aufgenommen, priorisiert und entsprechend bearbeitet.

Erste Anpassungen der MWBO sind bereits abgeschlossen, wie etwa die Aufnahme des Weiterbildungsinhaltes „Systemische Therapie“ als neues Therapieverfahren in den relevanten Fächern. Darüber hinaus wurde und wird die Implementierung einer Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie beraten.

eLogbuch – gemeinsam digital wachsen

Das Instrument „eLogbuch“ (eLB) konnte termingerecht zum 01.07.2020 starten und wird von neun Kammern (Stand: Januar 2021) angewendet. Das eLogbuch wurde mit der MWBO 2018 neu eingeführt und soll dabei unterstützen, Weiterbildungen kontinuierlich zu dokumentieren.

Zukünftig werden die Unterschiede zwischen den kammerspezifischen Weiterbildungsordnungen visuell dargestellt, sodass diese leicht erkennbar sind. Über das eLB können Weiterzubildende ihre erworbenen Kompetenzen oder Richtzahlen dokumentieren und diese durch Befugte anschließend bestätigen lassen.

Das eLB und seine Anwendungen werden stetig weiterentwickelt. Dazu findet regelmäßig ein Erfahrungsaustausch mit den Kammern statt. Anpassungen werden durch eine spezielle Lenkungsgruppe begleitet.

Darüber hinaus hat die BÄK für die Anwender einen sogenannten „First-Level-Support“ eingerichtet, der telefonisch und über ein Kontaktformular erreichbar ist. ■



Abrechnungsempfehlungen für Pandemiezeit konsentiert

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und den Beihilfekostenträgern mehrere Abrechnungsempfehlungen für die Zeit der Pandemie konsentiert. Für den Bereich der videogestützten Psychotherapie und längere Patiententelefonate wurden die Abrechnungsempfehlungen zusätzlich mit der Bundespsychotherapeutenkammer abgestimmt.

Aufwendige pandemiebedingte Hygienemaßnahmen können über eine Analogposition ebenso in Rechnung gestellt werden wie Psychotherapien per Videoübertragung. Längere Telefonate mit Patientinnen und Patienten, die nicht über die Möglichkeit einer Videotelefonie verfügen und die Praxis pandemiebedingt nicht aufsuchen können, sind über den mehrfachen Ansatz der Nr. 3 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) je 10 Minuten berechnungsfähig.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ hat die Arbeit während der Pandemie videogestützt fortgeführt und weitere wichtige Abrechnungsempfehlungen erarbeitet.

Erstellung von ärztlichen Gutachten besser vergüten

In einer Stellungnahme zur Änderung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG-Änderungsgesetz 2020) vom Februar 2020 hat die BÄK unter Beteiligung aller betroffenen ärztlichen Fachgruppen die Anpassung der Vergütung ärztlicher Gutachten an die wirtschaftliche Entwicklung gefordert. Um den Forderungen Nachdruck zu verleihen, intervenierte die BÄK unter anderem beim Rechtsausschuss des Bundesrates und den Bundestagsfraktionen.

Die geforderten Anpassungen wurden im Gesetz vom 27.11.2020 jedoch nicht vollumfänglich berücksichtigt. Neben weiteren Verbesserungen konnte zumindest eine Anhebung der



Stundensätze für die Erstellung von Gutachten um 20-23 % erreicht werden.

Arbeiten an der GOÄ neu fortgesetzt

Im November 2019 wurde der Entwurf einer ärztlichen GOÄ fertiggestellt. Er enthält das mit PKV und Beihilfe abgestimmte Leistungsverzeichnis und ärztseits kalkulierte Euro-Bewertungen. Nach Ablehnung einer einheitlichen Gebührenordnung durch die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) hat die Bundesärztekammer unter Einbeziehung der beteiligten Verbände und Fachgesellschaften die Arbeiten auf Basis des Entwurfes fortgeführt.

Unter den pandemiebedingten Einschränkungen konnte mit dem PKV-Verband ein Konsens zur Datengrundlage für die aktuelle GOÄ erzielt werden. Darauf aufbauend erfolgten die Mengenberechnungen der neuen Gebührenpositionen. Basierend auf der ärztlichen GOÄ sind die finalen Euro-Bewertungen Gegenstand der aktuellen Arbeiten. ■

Digitale Angebote in Zeiten der Pandemie

Basierend auf den Erfahrungen, die während der ersten Welle der Corona-Pandemie gesammelt wurden, hat die Bundesärztekammer (BÄK) ein Positionspapier zur digitalen Transformation der Medizin in Pandemiezeiten erarbeitet. Das Positionspapier wurde auf einer Pressekonferenz mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, und den beiden Vorsitzenden des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“, Erik Bodendieck und PD Dr. Peter Bobbert, vorgestellt (*).

Im Fokus des Positionspapiers steht die Frage, wo Nutzungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten digitaler Anwendungen sowie Risiken bestehen. Dazu gehören aus ärztlicher Sicht insbesondere digitale Melde- und Informationswege, der Ausbau telemedizinischer Angebote sowie eine sichere Messenger-App zur innerärztlichen Kommunikation. Das Positionspapier beinhaltet insgesamt zwölf Punkte,

die aus Sicht der Ärzteschaft eine unabdingbare Voraussetzung für eine positive Entwicklung des Transformationsprozesses sind:

1. ein flächendeckender Ausbau und unkomplizierter, diskriminierungsfreier Zugang zu zertifizierten Videokonferenzmöglichkeiten,
2. ein besserer Zugang zu Wissensdatenbanken und aktuellen Forschungsergebnissen,
3. der Ausbau von Telekonsilen mit Experten, unmittelbar beteiligten Kolleginnen und Kollegen sowie anderen Beteiligten im Gesundheitswesen,
4. der Ausbau von Monitoring-Möglichkeiten für ambulante Patienten,
5. eine Qualifizierung der Ärzteschaft, der Medizinischen Fachangestellten und der Angehörigen von Pflegeberufen im Umgang mit digitalen Anwendungen,
6. die Etablierung eines einheitlichen Identity-Access-Managements für Ärzte in der Verantwortung der Ärztekammern,
7. die flächendeckende Einführung einer einheitlichen und sicheren Messenger-App für eine schnelle asynchrone Kommunikation im gesamten medizinischen Bereich,
8. die Etablierung von (elektronischen) Melde- und Informationswegen für eine koordinierte Versorgung,
9. eine dauerhafte Möglichkeit der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen über Telefon- und Videokontakt für Bestandspatienten von Haus- und Kinderärzten,
10. eine Erweiterung von Registern für medizinische Ressourcen,
11. eine medizinische und ethische Begleitforschung bei der Weiterentwicklung digitaler Anwendungen,
12. eine Bereitstellung von digitalen Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patienten und ihren Angehörigen. ■



(*) www.baek.de/tb2020/position

Gesetzgeber drückt bei Digitalisierung aufs Tempo

Die Dynamik, mit der die Gesetzgebung das Thema „Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen“ vorantreibt, hat im vergangenen Jahr nicht nachgelassen. Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wurde ein weiteres umfangreiches rechtliches Rahmenwerk geschaffen, um die Einführung und Etablierung digitaler Anwendungen in der Patientenversorgung zu forcieren. Das PDSG bestimmt hierzu insbesondere im Sozialgesetzbuch V die datenschutzrechtlichen, technischen, inhaltlichen, organisatorischen und terminlichen Vorgaben für bereits bekannte telematische Anwendungen, wie die elektronische Patientenakte. Aber auch neue Themen, wie die Freigabe von Patientendaten einer elektronischen Patientenakte für wissenschaftliche Forschungszwecke, wurden in dem Gesetz thematisiert. Nutzerkreis und Anwendungen der Telematikinfrastruktur werden seitens des Gesetzgebers stetig erweitert – oftmals verknüpft mit Fristsetzungen. Bei einer Nichtumsetzung drohen Sanktionen.

Für die konkrete Umsetzung im ärztlichen Versorgungsalltag, zum Beispiel bei der Bereitstellung der benötigten technischen Komponenten oder Praxissoftware, bedeuten die ambitionierten Vorgaben des Gesetzgebers eine große Herausforderung. Eine flächendeckende Verfügbarkeit von Anwendungen, wie beispielsweise die Notfalldaten oder der elektronische Medikationsplan, ist noch nicht zu beobachten.

Ein Nachlassen des gesetzgeberischen Tempos ist auch im laufenden Jahr nicht zu erwarten. Die Bundesärztekammer hat im Stellungnahmeverfahren besonders den zwingend notwendigen positiven Beitrag von Digitalisierung für eine verbesserte Patientenversorgung und eine Unterstützung im klinischen Alltag betont. Im Herbst 2020 hat das Bundesgesundheitsministerium mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) ein weiteres Gesetzesvorhaben angestoßen. Auch mit diesem Gesetz sollen unter anderem weitere



Leistungserbringerkreise wie Heil-/Hilfsmittel-erbringer und Pflege an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Des Weiteren sollen zukünftig auch digitale Anwendungen im Pflegebereich möglich sein, analog zu den Apps in der ärztlichen Versorgung. Zudem stehen neue Anwendungen wie eine sogenannte Patientenkurzakte, eine Arzneimittelliste in der elektronischen Patientenakte und ein Messenger-Dienst auf der To-Do-Liste. Perspektivisch soll der derzeitige Hardware-Konnektor durch eine software-basierte Lösung ersetzt werden.

Die Bundesärztekammer sieht die Gefahr, dass die gesetzgeberische Geschwindigkeit bei der Einführung digitaler Anwendungen und Komponenten die Anbindung zu den tatsächlich in der Fläche der Versorgung herrschenden Realitäten verliert. Es mangelt an einem zugesicherten, verlässlichen Entwicklungspfad, der bei allen Beteiligten Vertrauen und Planungssicherheit gewährleistet. ■

BÄK unterstützt Kammern mit Informationsangeboten

Neben seiner Funktion als Sichtausweis ist der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) die digitale Identität für Ärztinnen und Ärzte im deutschen Gesundheitswesen. Er dient als Zugangsschlüssel zur Telematikinfrastruktur (TI) sowie zu den medizinischen Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Zudem ermöglicht der eHBA qualifizierte elektronische Signaturen (QES), die einer handschriftlichen Unterschrift rechtlich gleichgestellt sind. Er wird für das rechtsgültige Signieren von elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ab 01.10.2021 und für das Signieren von elektronischen Rezepten ab 01.01.2022 zwingend benötigt. Darüber hinaus kommt er zum Einsatz beim Signieren von Notfalldatensätzen, auf deren Anlage die Patienten ein gesetzliches Anspruchsrecht haben, und elektronischen Arztbriefen, die über den sicheren Kommunikationsdienst (KIM) der TI versendet werden.

Um die Ärztekammern bei der Information ihrer Mitglieder über die Anwendungsszenarien und gesetzlichen Fristen zu unterstützen, wurden von der BÄK Musterartikel und Materialien zur begleitenden Presse- und Öffentlichkeitsar-

beit bereitgestellt. Zudem wurde eine Artikelserie im Deutschen Ärzteblatt (*) platziert, um bundesweit Ärzte frühzeitig für die Notwendigkeit eines eHBA-Antrags bei der zuständigen (Landes-)Ärztekammer zu sensibilisieren, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben ableitet.

Mit Ablauf des Kalenderjahres waren bundesweit 25.798 eHBA ausgegeben, davon 15.369 Ausweise der aktuellen Generation 2. Mit der fortschreitenden Einführung der Telematikinfrastruktur ist von einer weiter steigenden Nachfrage auszugehen.

2020 wurde mit der Firma medisign GmbH der letzte Vertrauensdiensteanbieter zur Ausgabe von eHBA der Generation 2 zugelassen und die technische Anbindung der Kammern an die Vertrauensdiensteanbieter vorangetrieben – unter intensiver fachlicher Begleitung durch das Dezernat „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ bei der Bundesärztekammer (BÄK). Mittlerweile sind alle (Landes-)Ärztekammern bereit, elektronische Heilberufsausweise an ihre Mitglieder auszugeben.

Fachlich unterstützt durch die BÄK, haben die (Landes-)Ärztekammern die technische Infrastruktur fristgerecht zum 01.12.2020 entwickelt, um fortlaufend die Daten von eHBA-Inhabern an den sogenannten zentralen Verzeichnisdienst – das Adressbuch der Telematikinfrastruktur – zu übermitteln. Dazu sind die Kammern gesetzlich verpflichtet. Über das somit stets aktuelle Adressverzeichnis sind die digitalen Identitäten der Ärzte in der Telematikinfrastruktur auffindbar. Erst damit wird beispielsweise ermöglicht, elektronische Arztbriefe zu verschlüsseln und über die Anwendung „Kommunikation im Medizinwesen“ an einen bestimmten Empfänger zu versenden.



Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer

Die ärztliche Selbstverwaltung leistet durch die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) wird in diesem Themenfeld von Expertinnen und Experten seines Wissenschaftlichen Beirats mit ihren fachlichen Netzwerken beraten.

Über Chancen und Risiken der Präzisionsmedizin informieren

In den letzten Jahren wurden medizinisch-wissenschaftliche Fortschritte erzielt, die auf einer stärkeren Stratifizierung von Krankheiten durch Biomarker beruhen. Die Präzisionsmedizin (PM), auch bekannt als individualisierte oder personalisierte Medizin, weckt Hoffnung auf neue Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten. Sorge bereitet aber ihre Finanzierbarkeit. Der Wissenschaftliche Beirat der BÄK hat dazu die Stellungnahme „Präzisionsmedizin – Bewertung unter medizinisch-wissenschaftlichen und ökonomischen Gesichtspunkten“ erarbeitet. Der Vorstand der BÄK hat diese im Januar 2020 beschlossen (1).

In ihrer Stellungnahme fordert die BÄK unter anderem eine breite Förderung der wissenschaftlichen Entwicklung und belastbare Nutznachweise der PM. Zudem werden Einsparpotenziale beschrieben, wie beispielsweise Arzneimittelpreise, die sich am Anwendungsnutzen orientieren. Die BÄK will damit über Chancen und Risiken von PM informieren und die Diskussion unterstützen.

Memorandum zur Reproduktionsmedizin veröffentlicht

Die Ärzteschaft ist wiederholt zum Thema „Reproduktionsmedizin“ an die politischen Entscheidungsträger herangetreten – zuletzt 2017, nachdem der 120. Deutsche Ärztetag in Frei-

burg den Gesetzgeber aufgefordert hatte, „klare und konsistente rechtliche Regelungen für die Reproduktionsmedizin zu schaffen“. Mit ihrem Memorandum (2) für eine Reform des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) leistet die BÄK einen Beitrag zu der dringend erforderlichen Debatte über die rechtlichen Regelungen für die Reproduktionsmedizin in Deutschland. Das im Februar 2020 vom Vorstand der BÄK verabschiedete Memorandum befasst sich mit der „Dreierregel“, der Eizellspende und der Embryonenspende und befürwortet – insbesondere mit Blick auf die politische Umsetzbarkeit – eine punktuelle Reform des ESchG.

Querschnitts-Leitlinien Hämotherapie novelliert

Die im Jahr 2018 begonnene Novellierung der Querschnitts-Leitlinien Hämotherapie (QLL Hämotherapie) wurde mit dem Beschluss des Vorstands der BÄK im August 2020 abgeschlossen. Mit der Gesamtnovelle der QLL Hämotherapie (3) liegen aktuelle Empfehlungen in der nunmehr 5. Auflage vor, die den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Evidenz hervorheben und mit ihrer besonderen Ausrichtung auf die Indikationsstellung und Auswahl von Blutkomponenten und Plasmaderivaten wissenschaftlich fundierte ärztliche Entscheidungen in der Patientenversorgung unterstützen. Die Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt erfolgte zeitnah; eine deutschsprachige Broschüre wird voraussichtlich Mitte 2021 im Deutschen Ärzteverlag erscheinen. Zur Unterstützung der internationalen Verbreitung ist eine englischsprachige Übersetzung geplant. ■



(1) www.baek.de/tb2020/praezision

(2) www.baek.de/tb2020/embryo

(3) www.baek.de/tb2020/qll

Ethische Kompetenzen im ärztlichen Alltag und in der Forschung stärken

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) haben sich im Berichtsjahr mit wichtigen medizinisch-ethischen Fragestellungen befasst.

Update-Kurs für Prüfarzte veröffentlicht

Nach mehrjähriger Verzögerung wird die Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Arzneimittelprüfungen voraussichtlich Ende 2021 Anwendung finden. Damit ändern sich wesentliche Aspekte bei der Beantragung, Bewertung, Genehmigung und Durchführung von klinischen Prüfungen. Vor diesem Hintergrund haben die BÄK und der Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen e. V. (AKEK) eine curriculare Fortbildung für einen Update-Kurs für Prüfarzte und ärztliche Mitglieder eines Prüfungsteams entwickelt (1). Diese dient als Vorschlag zur Konkretisierung der erforderlichen Qualifikation der Prüfarzte und als Anhaltspunkt für die Anerkennung der Fortbildungsmaßnahmen durch die nach Landesrecht eingerichteten Ethik-Kommissionen, die per Gesetz für die Bewertung der Prüferqualifikation zuständig sind. Der BÄK-Vorstand hat die ebenfalls vom AKEK im März 2020 verabschiedete curriculare Fortbildung im April 2020 beschlossen und im Deutschen Ärzteblatt bekannt gemacht (2).

BÄK entwickelt Muster-Curriculum „Medizinethik“

Im ärztlichen Alltag und in der klinischen Forschung entstehen häufig zum Teil kontrovers diskutierte ethische Fragen. Da die Medizinethik theoretische und methodische Grundlagen bietet, um diese Fragen systematisch und strukturiert zu bearbeiten, hat der Vorstand der BÄK die Entwicklung eines Fortbildungscurriculums „Medizinethik“ beauftragt. Auf der Grundlage bestehender Curricula einiger Landesärztekammern wurde – unter Mitwirkung der ZEKO – ein Muster-Curriculum erarbeitet. Dieses soll voraussichtlich im Frühjahr 2021 in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“ beraten und anschließend dem Vorstand der BÄK zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt werden.

Ambulante Ethikberatung stärken

Eine vom BÄK-Vorstand eingerichtete Arbeitsgruppe hat eine Serie ausgewählter Kasuistiken im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (3). Basierend auf typischen Fallkonstellationen und der jeweiligen Kommentierung aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht sollen die Kasuistiken eine Orientierungshilfe bei komplexen Fragestellungen geben. Sie sollen zur interdisziplinären Diskussion anregen und auf bestehende Angebote der ambulanten Ethikberatung und damit verbundene Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen. Parallel dazu hat die ZEKO eine Stellungnahme zur außerklinischen Ethikberatung veröffentlicht (4), die unter anderem eine Bestandsaufnahme der aktiven Initiativen in Deutschland beinhaltet. ■



(1) www.baek.de/tb2020/fortbildung

(2) www.baek.de/tb2020/bekanntgabe

(3) www.kurzelinks.de/vict

(4) www.kurzelinks.de/diig

Vereinbarungen zwischen BÄK und Bundespsychotherapeutenkammer

Gemäß dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist Psychotherapie mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden vorzunehmen. In Zweifelsfällen stützen sich die zuständigen Behörden bei ihrer Entscheidung, ob ein psychotherapeutisches Verfahren wissenschaftlich anerkannt ist, auf ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Dieser wurde gemäß PsychThG durch Vereinbarungen zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im Jahr 1998 in gemeinsamer Trägerschaft errichtet.

BÄK und BPtK treffen zweite ergänzende Vereinbarung zum WBP

Das PsychThG neuer Fassung (PsychThG-neu) ist am 01.09.2020 in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wurden die Regelungen zur Ausbildung von Psychotherapeuten reformiert. Redaktionelle Anpassungen der Vereinbarungen zwischen BÄK und BPtK wurden insbesondere angesichts der geänderten Berufsbezeichnungen sowie der geänderten Rechtsgrundlage zum WBP erforderlich. Um die Kontinuität der erfolgreichen Arbeit des WBP zu gewährleisten, wurde eine zweite ergänzende Vereinbarung zwischen BÄK und BPtK zum WBP vorgenommen (1). Diese weist dem WBP die Aufgaben gemäß § 8 PsychThG-neu zu und sichert seine in der Übergangszeit weiterhin notwendige Aufgabenwahrnehmung nach § 11 PsychThG alter Fassung.

Geschäftsordnung des WBP geändert

Auch die Geschäftsordnung des WBP wurde überarbeitet (2) – insbesondere bezüglich der gemäß §§ 1 und 8 PsychThG-neu geänderten Rechtsgrundlage sowie der geänderten Berufsbezeichnungen. Die Geschäftsordnung konkretisiert nun auch das im WBP etablierte Transparenzverfahren, wonach der Lebenslauf und eine zusammenfassende Interessenerklärung der



Gremienmitglieder auf der Website des WBP veröffentlicht werden. Neu eingeführt wurde die Möglichkeit, Videokonferenzen und eine Briefwahl der Vorsitzenden durchzuführen – vor allem für den Fall, dass Präsenzsitzungen aus schwerwiegenden Gründen, etwa während einer Pandemie, für einen längeren Zeitraum nicht stattfinden können.

Methodenpapier des WBP

Die geltende Version 2.9 des Methodenpapiers wird im Rahmen eines Nachgutachtens zum Gutachten über die wissenschaftliche Anerkennung der Gestalttherapie von 2018 angewandt. Vor dem Inkrafttreten des PsychThG-neu wurde das Verfahren anlässlich eines Antrags auf Anerkennung als Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eröffnet, der dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen vorliegt.

Die Verfahrensregeln des WBP zur wissenschaftlichen Beurteilung von Verfahren und Methoden werden derzeit an die geänderte Rechtslage angepasst. Ein Hinweis auf die aktuelle Überarbeitung des Methodenpapiers ist auf der Website des WBP veröffentlicht (3). ■



(1) www.kurzelinks.de/gcor

(2) www.kurzelinks.de/g5nj

(3) www.kurzelinks.de/honn

Gesundheitliche Fragestellungen zur Versorgung von Geflüchteten

Die Menschenrechtsbeauftragten der (Landes-) Ärztekammern haben am 20.01.2021 den Sachstand gesundheitlicher Fragestellungen zur Versorgung von Geflüchteten diskutiert. Insbesondere die schwierige Situation dieser Menschen wurde thematisiert, wie etwa zu lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz und enorme Hürden bis zum Therapiebeginn. Auch fehle es an psychotherapeutischen Angeboten im ambulanten Sektor und einer Finanzierung von professionell geschulten Dolmetschern im Rahmen der Therapie. Eine zentrale Forderung des in der Sitzung vorgestellten 3. Versorgungsberichts „Traumatisierte Geflüchtete in Baden-Württemberg“ ist daher, die Psychosozialen Zentren (PSZ) finanziell stabil und langfristig abzusichern und professionell geschulte Dolmetscher zu finanzieren. Beleuchtet wurden dabei auch gesundheitliche Hindernisse (Abschiebehindernisse) und die sogenannte Flugfähigkeitsbescheinigung.

Die medizinische Versorgung von Geflüchteten erfordert neben den unterschiedlichen fachärztlichen Kompetenzen auch die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe. Denn Betroffene benötigen oftmals zusätzliche Unterstützung, die über den ärztlichen Tätigkeitsbereich hinausgeht.

Versorgungslücken schließen

Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben gemeinsam mit Expertinnen und Experten in einem Workshop am 27.10.2020 die Versorgungslage von Menschen mit fehlendem oder nicht ausreichendem Versicherungsschutz erörtert. Viele regional unterschiedliche Modellprojekte fangen die medizinische Versorgung dieser Menschen über ehrenamtliches Engagement auf. Das aber ist in der jeweiligen solitären Konzeption keine langfristige Lösung. Die Auswirkungen der Coronapandemie haben dies ebenfalls verdeutlicht. Durch die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen kann zudem eine weitere Hürde für diese Zielgruppe entstehen.

Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung

Die BÄK hat in den vergangenen Jahren stetig auf die schwerwiegenden medizinischen und psychischen Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung hingewiesen – wie etwa am Internationalen Tag gegen Genitalverstümmelung am 06.02.2018. (2) Die „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“ wurden 2016 veröffentlicht und sind auch in englischer und französischer Sprache verfügbar. (3) In der (Muster-) Weiterbildungsordnung der BÄK (4) ist Genitalverstümmelung für den Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie unter „Handlungskompetenz“ und für den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe unter „Kognitive und Methodenkompetenz“ vermerkt. ■



(1) www.kurzelinks.de/i51s

(2) www.baek.de/tb2020/tb18

(3) www.baek.de/tb2020/empfehlung

(4) www.baek.de/tb2020/mwb02018

„Arztberuf zukunftsfest machen – digitale Kompetenz stärken“

Über welche spezifischen Kompetenzen müssen Ärztinnen und Ärzte angesichts der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitssystems verfügen, um die Möglichkeiten der neuen Technik – seien es telemedizinische Anwendungen oder der Einsatz künstlicher Intelligenz in der Medizin – zum Wohle der Patienten sicher einsetzen zu können? Diese Frage stand im Fokus der gemeinsam von Bundesärztekammer und dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) am 20. November 2020 ausgerichtete Konferenz „Doctors going digital. How to future-proof skills“. Die Konferenz, die Eingang in das assoziierte Rahmenprogramm der deutschen EU-Ratspräsidentschaft gefunden hat, wurde aufgrund der epidemischen Lage weitgehend virtuell durchgeführt.

In seiner Begrüßung stellte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt die besondere ärztliche Verantwortung in der digitalen Medizin in den Vordergrund. Er erwarte, dass klassische ärztliche Fähigkeiten, wie etwa die Kommunikation, in Zukunft sogar an Bedeutung gewinnen könnten.

In einem Grußwort an die mehr als 260 Konferenzteilnehmer aus 30 Ländern Europas schlug anschließend Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen Bogen von der aktuellen Corona-Pandemie zu den Möglichkeiten von Big Data und Künstlicher Intelligenz in der Medizin. Als ein Beispiel nannte er den im Aufbau befindlichen europäischen Gesundheitsdatenraum.

Im Mittelpunkt der Konferenz stand eine von CPME-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery moderierte Podiumsdiskussion mit Vertretern von Hochschulen und Politik zu den Herausforderungen bei der Konzeption und Umsetzung entsprechender Curricula. Die Diskussion zeigte, dass zwar der Bedarf an entsprechenden Inhalten steigt, zugleich aber weiterhin Probleme bestehen, entwickelte Lehrkonzepte in die Praxis umzusetzen.



Nach einer Darstellung der Anforderungen der Patientinnen und Patienten an eine zunehmend digitale Gesundheitsversorgung durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, fasste Dr. Peter Bobbert, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, die Ergebnisse der Konferenz zusammen. Er nahm die anfangs aufgeworfene Frage auf, welche Rolle der Ärztin bzw. dem Arzt in einem zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen zukommt. Der menschliche Kontakt im Rahmen einer medizinischen Untersuchung bilde die Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt. Dieses dürfe trotz möglicher Vorteile digitaler Anwendungen nicht vernachlässigt werden. ■

Morning Rounds: Gemeinsam Arzneimittelengpässe beheben

Liefer- und Versorgungsengpässe von Arzneimitteln sind in Deutschland und in vielen anderen EU-Staaten zunehmend zu einem Problem für Patienten, Ärzte und Apotheker geworden. Um gemeinsam Lösungen zu finden, hatten Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 23. Januar 2020 ein breites Spektrum politischer Akteure zu einer Frühstücksdiskussion in Brüssel eingeladen.

Nach einem Problemaufriss durch BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt skizzierte Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig als Mitglied des Management Board der Europäischen Arzneimittelagentur das Ausmaß und die vielfältigen Ursachen des Problems. Die EU war in der

Podiumsdiskussion durch den Europaabgeordneten Dr. Peter Liese und Direktor Andrzej Rysś von der Europäischen Kommission vertreten. Für die Ärzteschaft sprachen der Präsident des Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte (CPME), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, und KBV-Vorstandsmitglied Dr. Stephan Hofmeister. Weitere Panelteilnehmer waren der Internationale Verband der Krankenkassenverbände (AIM) und der europäische Generikahersteller-Verband „Medicines for Europe“.

Schnell zeigte sich, dass die Vielschichtigkeit des Problems eine Reihe von Maßnahmen erfordert. So wurde geäußert, dass Mitgliedstaaten bei Ausschreibungen eine stärkere Diversifizierung der Wirkstoffproduktion berücksichtigen sollten. Zudem könnte eine stärkere Beachtung strikterer Standards bei Umweltschutz, Produktionssicherheit und Arbeitsbedingungen die Entscheidung für Produktionsstandorte in Europa begünstigen. Ein verpflichtendes europäisches Meldesystem könnte Behörden und Angehörige von Heilberufen frühzeitig über drohende oder bereits bestehende Lieferengpässe informieren, um die Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten abzumildern. Wichtig sei ein koordiniertes Handeln auf EU-Ebene, damit einseitige nationale Maßnahmen nicht die Versorgungslage in Nachbarländern verschlechtern. Die Europäische Kommission wurde aufgefordert, kurzfristig die Lösungsvorschläge zu prüfen und die notwendige Gesetzgebung vorzuschlagen.

Mit der Wahl dieses Themas hat die Bundesärztekammer eine Diskussion mit angestoßen, die in den darauffolgenden Monaten in weiteren Brüsseler Veranstaltungen fortgeführt wurde. Das Europäische Parlament hat im September 2020 eine Entschließung zu Lieferengpässen angenommen. Maßnahmen gegen Lieferengpässe sind auch ein Hauptthema der neuen EU-Arzneimittelstrategie, die die Kommission im November 2020 vorstellte. ■



Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag

Nach dem Transplantationsgesetz (TPG) hat die Bundesärztekammer (BÄK) den Auftrag, Richtlinien für die Organtransplantation zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Dafür wurde die Ständige Kommission Organtransplantation (StäKO) eingerichtet, die im Anschluss an die erste turnusmäßige Sitzung im Januar 2020 in einer Sondersitzung zum Thema „Maschinenperfusion“ tagte. Hierbei wurden wichtige Impulse für die Fortschreibung der Richtlinien in den Arbeitsgruppen gesetzt.

Aufgrund der Covid-19-Pandemie erfolgten die weiteren Sitzungen der StäKO und ihrer Arbeitsgruppen mittels Webkonferenzsystem. Die dazu erforderlichen Anpassungen des Statuts wurden vom BÄK-Vorstand beschlossen. Angesichts der pandemischen Lage wurde – in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Akteuren der Transplantationsmedizin – das strategische Vorgehen zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung diskutiert und konsentiert.

Überdies wurden in drei weiteren StäKO-Sitzungen des Jahres vier Richtlinienänderungen beraten, an den Vorstand der BÄK zur Beschlussfassung übergeben und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorgelegt:

- Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und die Organvermittlung zur Nierentransplantation (14./15.05.2020)
- Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG (RL BÄK Spendererkennung) (14./15.05.2020), in Kraft seit dem 01.09.2020 (1)
- Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Herz- und Herz-Lungen-transplantation (12./13.11.2020)
- Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation (10./11.12.2020)



Besonders hervorzuheben ist die Verabschiedung der zuletzt in 2007 geänderten Richtlinie Spendererkennung. Berücksichtigt wurden dabei die Änderungen des 2. TPG-Änderungsgesetzes sowie rechtliche, medizinische und ethische Aspekte der Spendererkennung bis hin zur Spendermeldung.

Perspektivisch wird neben der weiteren Aktualisierung organspezifischer Richtlinien angestrebt, das Verfahren der Audit- bzw. Sachverständigengruppen gemäß § 14 StäKO-Statut zu vereinheitlichen.

Prüfungs- und Überwachungskommission

Die Überwachungskommission gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 TPG und die Prüfungskommission gemäß § 12. Abs. 5 S. 4 TPG sind die Kontrollgremien von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, die für die Prüfung der deutschen Transplantations-

zentren, der Vermittlungsstelle (Stiftung Eurotransplant) und der Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation) verantwortlich zeichnen.

Die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen haben die Tätigkeit der beiden Kommissionen maßgeblich beeinflusst. Um ihren gesetzlichen Auftrag dennoch vollumfänglich erfüllen zu können, mussten die Prüfungen der Transplantationszentren von März 2020 an auf ein schriftliches Verfahren umgestellt werden – unterstützt durch Webkonferenzsysteme. Auch die gemeinsamen Sitzungen beider Kommissionen fanden virtuell statt.

Die Jahresvisitation der Vermittlungsstelle konnte noch vor Ort stattfinden. Es wurden Stichprobenprüfungen durchgeführt, die eine sorgfältige und nachvollziehbare Dokumentation der Allokationsentscheidungen seitens der Vermittlungsstelle ergaben. Die Koordinierungsstelle

wurde im schriftlichen Verfahren geprüft, das Ergebnis wird voraussichtlich in 2021 vorliegen.

In ihrem im Dezember 2020 vorgelegten Tätigkeitsbericht (2) haben die Kommissionen eine positive Bilanz ihrer Arbeit gezogen. Prüfgegenstand waren im Berichtszeitraum 2019/2020 – neben den Aufgaben der Vermittlungs- und Koordinierungsstelle – die Programme der Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren- und Pankreastransplantationen der Jahre 2016 bis 2018. Die Kommissionen absolvierten im Berichtszeitraum drei Prüfungen vor Ort sowie 27 Prüfungen im schriftlichen Verfahren und konnten hiervon 19 Prüfungen abschließen. Zusätzlich wurden im Berichtszeitraum zehn Zentrumsprüfungen abgeschlossen, die im vorangegangenen Berichtszeitraum begonnen wurden. Bei keiner der Prüfungen wurden Anhaltspunkte für systematische Richtlinienverstöße oder Manipulationen festgestellt. Damit setzt sich aus Sicht der Kommissionen die positive Entwicklung der vergangenen Jahre weiter fort.

Vertrauensstelle Transplantationsmedizin

Die Vertrauensstelle Transplantationsmedizin steht jedem für Anfragen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Organspenden oder -transplantationen offen. Weiterhin ist es ihre Aufgabe, vertrauliche Hinweise auf Auffälligkeiten oder Unregelmäßigkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und in Kooperation mit der Prüfungs- und Überwachungskommission zu klären. Neben allgemeinen und einzelfallbezogenen Fragen zur Organspende und -transplantation betrafen die Eingaben des vergangenen Jahres insbesondere Fragen zu den aktuellen Entwicklungen während der Corona-Pandemie und Bitten um Vermittlung in konkreten Einzelfällen. Eine Vielzahl der Eingaben bezog sich zudem auf Fragen zur Lebendorganspende – vor allem eine mögliche Kostenerstattung der Nachsorgebehandlung der Spenderin oder des Spenders. ■



Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln im Fokus

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer (BÄK). Sie berät die BÄK in allen Fragen der Arzneimitteltherapie, der Arzneimittelsicherheit und der Arzneimittelpolitik auf nationaler und europäischer Ebene, informiert die Ärzteschaft zu Fragen der evidenzbasierten, rationalen Arzneimitteltherapie sowie zu Aspekten der Arzneimittelsicherheit und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Sie gibt wissenschaftliche Stellungnahmen und Bewertungen zu Arzneimitteln ab (1).

Pharmakovigilanz

Ärzte sollen der AkdÄ gemäß der ärztlichen Berufsordnung Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen mitteilen (2020: ca. 3.600 Verdachtsberichte) (2). Im Rahmen des Spontanmeldesystems erfasst, dokumentiert und bewertet die AkdÄ diese Verdachtsfälle und kooperiert mit den beiden zuständigen Bundesoberbehörden, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Paul Ehrlich-Institut.

Stellungnahmen nach AMNOG

Die AkdÄ beteiligt sich seit zehn Jahren an Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung neuer Arzneimittel nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts (AMNOG) (3). In dieser Zeit hat die AkdÄ 168 Stellungnahmen eingebracht (2020: 22 Stellungnahmen). Dies entspricht einer durchschnittlichen Beteiligung von 29 Prozent.

G-BA-Beratungen zu Fragen der Vergleichstherapie

Seit März 2020 wird die AkdÄ bei Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der Vergleichstherapie vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase III einbezogen. Die Be-

ratung erfolgt dabei insbesondere im Hinblick auf die klinische Praxis im deutschen Versorgungsalltag.

Unabhängige Arzneimittelinformationen

Die AkdÄ informiert in ihrem Online-Bulletin „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) pharmunabhängig über Arzneimittel (4). In der Reihe „Leitfaden der AkdÄ“ gibt sie evidenzbasierte Empfehlungen zu aktuellen Themen der Arzneimitteltherapie (5). Sie veröffentlicht Risikobekanntgaben im Deutschen Ärzteblatt und bietet drei kostenfreie E-Mail-Newsletter (6) an: AkdÄ News (aktuelle Aktivitäten, Stellungnahmen), Drug Safety Mail (Risikoinformationen) und Neue Arzneimittel. Die Publikation „Wirkstoff AKTUELL“ wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben und in Zusammenarbeit mit der AkdÄ erstellt (7).

Die AkdÄ führt regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen durch – oft in Zusammenarbeit mit (Landes-)Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (8).

Der Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit wird für den Zeitraum 2020 bis 2023 fortgeführt (9). ■



- (1) www.kurzelinks.de/ssh6
- (2) www.kurzelinks.de/q516
- (3) www.kurzelinks.de/kphz
- (4) www.kurzelinks.de/lzuh
- (5) www.kurzelinks.de/p8xx
- (6) www.kurzelinks.de/hj5z
- (7) www.kurzelinks.de/gsb8
- (8) www.kurzelinks.de/cslu
- (9) www.kurzelinks.de/ttoh

Hilfen und Handreichungen für eine gute Patientenversorgung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Zu seinen Kernaufgaben zählen das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) (1), das Erstellen hochwertiger Patienteninformationen (2) sowie bis Juli 2020 das Bereitstellen von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) (3).

Aktuelles Wissen in die Versorgung bringen

In regelmäßigen Abständen prüfen die Expertengruppen des ÄZQ, ob die Nationalen VersorgungsLeitlinien überarbeitet werden müssen. Im Berichtsjahr erschienen die 4. Auflage der NVL Asthma und eine neue Version der NVL Herzinsuffizienz. Die aktualisierten NVL zu Typ-2-Diabetes und COPD wurden zur öffentlichen Kommentierung freigegeben. Auf diese Weise tragen NVL dazu bei, dass aktuelles Wissen zügig in die Praxis gelangt.

DiGA: Handreichung bietet Orientierung für Ärzte

Seit Oktober 2020 können Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten digitale Gesundheitsanwendun-

gen (DiGA) – auch bekannt als Gesundheits-Apps – verschreiben. Voraussetzung ist, dass diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind. Auch für Ärzte werfen DiGA viele Fragen auf. Im Auftrag von BÄK und KBV hat das ÄZQ eine entsprechende Handreichung entwickelt (4). Die Handreichung gibt einen Überblick über Nutzen und Risiken der digitalen Möglichkeiten und erklärt, was es mit dem „Digitalisierungsgesetz“ und den „DiGA“ auf sich hat. Sie macht deutlich, woran gute Gesundheits-Apps zu erkennen sind. Anhand von zahlreichen Fallbeispielen wird unter anderem das Thema „Datenschutz bei Apps“ erläutert und der Frage nachgegangen, was zu beachten ist, wenn Patienten eine ärztliche Meinung zu einer App erfragen. Pünktlich zum Start des BfArM-Verzeichnisses können sich Ärztinnen und Ärzte umfassend informieren.

Im Dienst der Patientensicherheit

Seit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu übergreifenden Fehlermeldesystemen vom März 2016 verzeichnete das ÄZQ ein steigendes Interesse an CIRSmedical.de und dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland. Aufgrund von Satzungsänderungen beim ÄZQ-Träger KBV wurde mit Beschluss des BÄK-Vorstands vom Januar 2020 der Betrieb des Netzwerkes CIRSmedical.de ab Juli 2020 von der BÄK übernommen. Der Transfer – inklusive der externen Kooperationen – verlief problemlos. Im Berichtszeitraum wurden 267 Konformitätsbescheinigungen von Krankenhäusern angefordert. ■



(1) www.leitlinien.de

(2) www.patienten-information.de

(3) www.patientensicherheit-online.de

(4) www.aezq.de/gesundheitsapps

Corona-Pandemie bremst ärztliche Nachwuchsgewinnung

Die Corona-Pandemie verschärft den Ärztemangel. Das zeigt eine Auswertung vorläufiger Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020. Demnach stieg zwar die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (+1,7%) sowie die Zahl der Facharztanerkennungen (+0,6%), jedoch fiel der Zuwachs deutlich geringer aus als in den Vorjahren. Die Zahl der jungen Ärztinnen und Ärzte aus dem Inland, die sich erstmalig bei einer (Landes-) Ärztekammer anmeldeten, ging sogar um 1,1 Prozent zurück. Das deutet darauf hin, dass pandemiebedingte Einschränkungen auch die ärztliche Aus- und Weiterbildung beeinträchtigen.

„Wir betrachten diese Entwicklung mit großer Sorge. Denn wir brauchen dringend mehr Ärzte, um den anhaltenden Trend zur Teilzeitarbeit, die Überalterung der Ärzteschaft und den demografischen Wandel zu kompensieren. Wenn das nicht gelingt, sinkt die Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden“, warnt Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer. Ein Lichtblick sei immerhin die Zahl von Ärztinnen und Ärzten bei Gesundheitsämtern, die im Jahr 2020 um 14 Prozent auf knapp 3.000 anstieg.

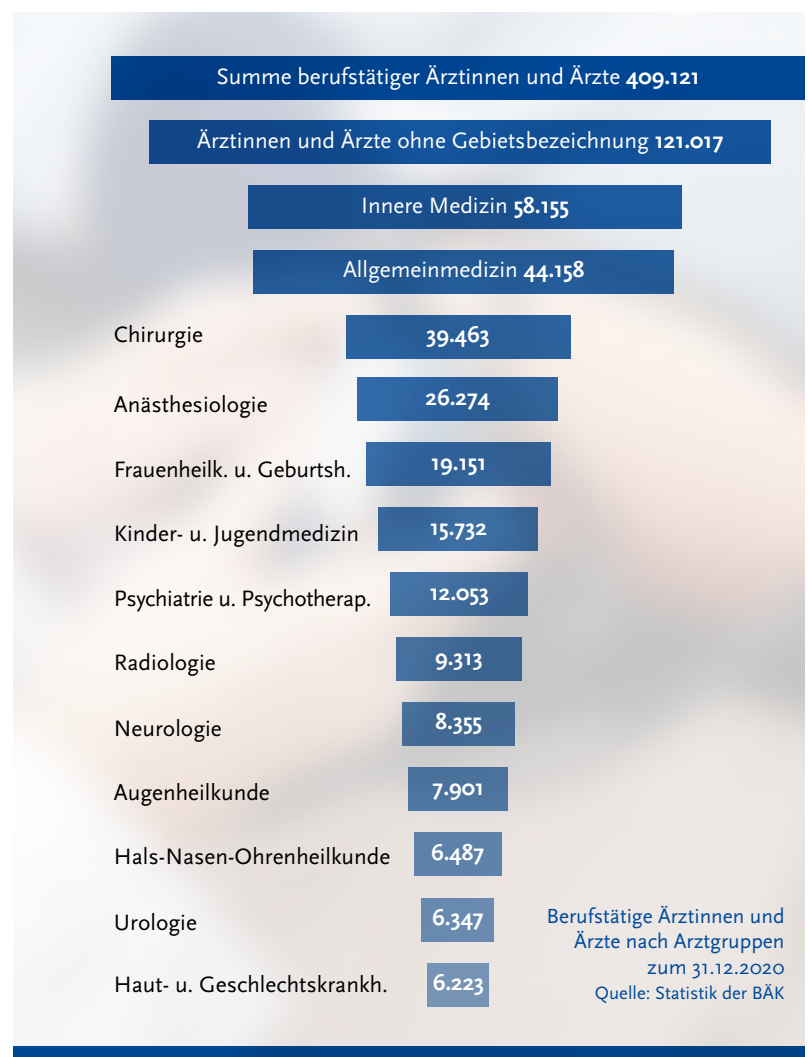
Das gebremste Wachstum betrifft fast alle Bereiche der Gesundheitsversorgung: Die Zahl der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte stieg um 2,3 Prozent (Vorjahr: +2,7%) auf rund 212.000 an. Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte stieg um 1,0 Prozent (Vorjahr: +1,6%) auf rund 161.000 Personen an. Am stärksten war der Einbruch des Wachstums in sonstigen Tätigkeitsbereichen (+1,3%; Vorjahr: +6,2%).

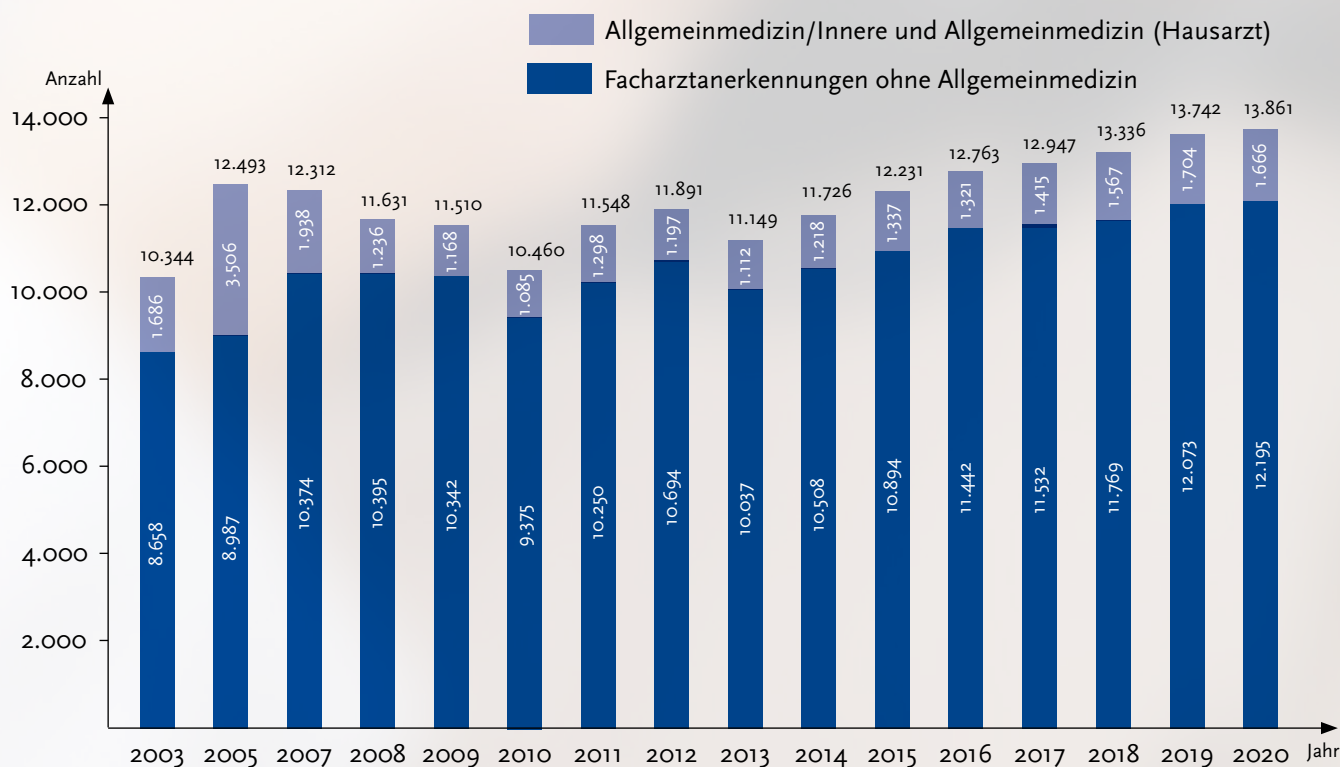
Auch die Zahl der Facharztanerkennungen entwickelte sich im Jahr 2020 nicht wie erhofft und stieg lediglich um 0,6 Prozent (Vorjahr: +3,3%) auf knapp 14.000 an.

Für etwas Entlastung konnte immerhin die ungebrochene Zuwanderung von Ärztinnen und

Ärzten aus dem Ausland sorgen. Die Zahl an ausländischen berufstätigen Ärzten stieg um 6,8 Prozent (Vorjahr: +7,9%) auf rund 56.000 Personen an. Treibende Kraft waren dabei Ärzte aus Ländern außerhalb der EU (+11,1 Prozent; Vorjahr: 11,9%); die Zahl der Ärzte aus der EU stieg hingegen nur um 1,5 Prozent (Vorjahr: +3,3%).

Ebenfalls vorteilhaft wirkt sich der deutliche Rückgang der ins Ausland abwandernden Ärztinnen und Ärzte aus. Im Jahr 2020 wanderten





Entwicklung der Zahl der
Facharztanerkennungen
zum 31.12.2020
Quelle: Statistik der BÄK

mit knapp 1.700 Personen rund zehn Prozent weniger Ärzte ab als noch im Vorjahr. Insbesondere die Abwanderung von Ärzten mit deutscher Staatsangehörigkeit ging um rund 17 Prozent auf rund 900 Personen zurück. Die beliebtesten Zielländer waren, wie in den Vorjahren, die Schweiz und Österreich.

Sorge bereitet weiterhin die Entwicklung des Altersdurchschnitts der deutschen Ärzteschaft. So bestätigen die aktuell erfassten Zahlen die Tendenz zur Stagnation des Anteils der Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahre (19,1%; Vorjahr: 18,9%). Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die das 60. Lebensjahr bereits voll-

endet haben, steigt kontinuierlich an. Knapp 34.000 Ärzte (8,2% aller berufstätigen Ärzte; Vorjahr: 8,0%) erreichten bereits das 66. Lebensjahr und somit das Renteneintrittsalter. Weitere knapp 52.000 berufstätige Ärzte (12,6% aller berufstätigen Ärzte; Vorjahr: 12,2%) sind zwischen 60 und 65 Jahre alt. Der Anteil der Ärzte, die sich mittlerweile im Ruhestand befinden, stieg im Vergleich zum Vorjahr um vier Prozent an. ■



(*) www.baek.de/tb2020/statistik

Organisation der Bundesärztekammer

Vorstand Vizepräsidentin Präsident Vizepräsidentin		
Ärztliche Geschäftsführung	Geschäftsführung Administration	Geschäftsführung Politik
Bereich Vorstand LÄK Verbände	Informations- und Veranstaltungsmanagement	Statistik
Referat des Präsidiums Menschenrechte u. Geschichte der Ärzteschaft	Datenschutzbeauftragter	
Dezernat 1 Versorgung und Bevölkerungsmedizin	Dezernat 4 Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung	Stabsbereich Politik und Kommunikation
Dezernat 2 Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung	Dezernat 7 Finanzen, Personal, Verwaltung und IT	Dezernat Internationale Angelegenheiten
Dezernat 3 Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Dezernat Recht	Dezernat 5 Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung
Dezernat 6 Wissenschaft, Forschung und Ethik		
Geschäftsstelle Transplantationsmedizin		

Deutscher Ärztetag

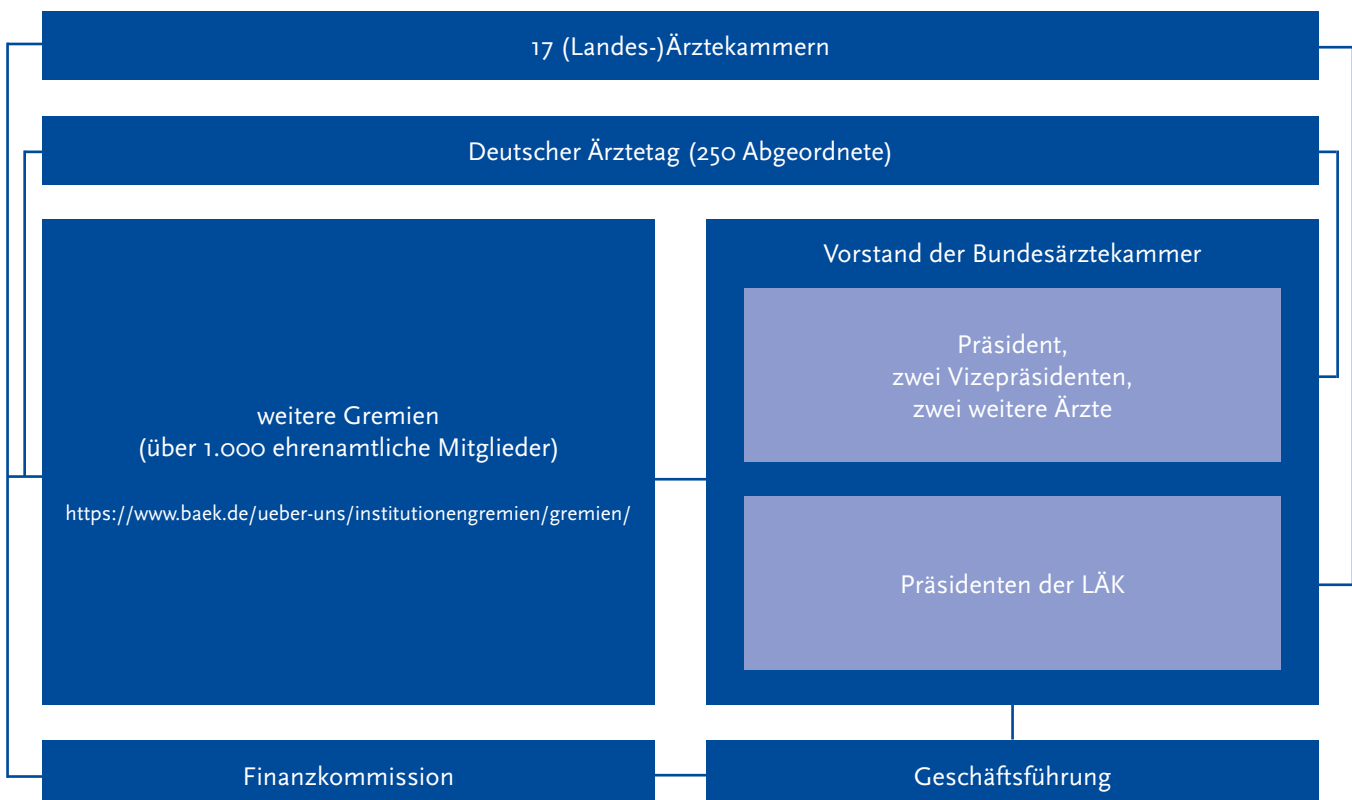
Der Deutsche Ärztetag ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das „Parlament der Ärzteschaft“, und findet in der Regel einmal jährlich an wechselnden Orten statt. Die 17 deutschen (Landes-)Ärztekammern entsenden insgesamt 250 Abgeordnete zum Deutschen Ärztetag. Zu den Aufgaben des Deutschen Ärztetages gehört es, unter anderem Regelungen zum Berufsrecht (z. B. die Muster-Berufsordnung und die Muster-Weiterbildungsordnung) zu erarbeiten und zu verabschieden sowie die Positionen der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft zu artikulieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Die Bundesärztekammer ist als Arbeitsgemeinschaft der deutschen (Landes-)Ärztekammern die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Die BÄK wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft und an Gesetzgebungsverfahren mit und entwickelt Perspektiven für eine patien-

tennahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland.

BÄK unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärztekammern

Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen (Landes-)Ärztekammern ist die BÄK ein organisatorischer Zusammenschluss von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie selbst ist keine Körperschaft, sondern ein Verein. Sie unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärztekammern und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben sind der BÄK unter anderem im Rahmen der Qualitätssicherung, der Transfusionsmedizin sowie durch das Transplantationsgesetz zugewachsen. Der einzelne Arzt gehört der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in seiner (Landes-)Ärztekammer an. ■



Kontakte

Adressen der Landesärztekammern



Ärztammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/803-0
Tfx.: 04551/803-101
info@aeksh.de

Ärztammer Hamburg
Weidestraße 122b
22083 Hamburg
Tel.: 040/202299-0
Tfx.: 040/202299-400
post@aekhh.de

Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern
August-Bebel-Straße 9a
18055 Rostock
Tel.: 0381/49280-0
Tfx.: 0381/49280-80
info@aek-mv.de

Ärztammer Niedersachsen
Karl-Wiechert-Allee 18-22
30625 Hannover
Tel.: 0511/380-02
Tfx.: 0511/380-2240
info@aekn.de

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle
Cottbus
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus
Tel.: 0355/78010-0
Tfx.: 0355/78010-369
post@laekb.de

Ärztammer Berlin
Friedrichstraße 16
10969 Berlin
Tel.: 030/40806-0
Tfx.: 030/40806-3499
kammer@aekb.de

Ärztammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel.: 0391/6054-6
Tfx.: 0391/6054-7000
info@aeksa.de

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Tel.: 0351/8267-0
Tfx.: 0351/8267-412
info@slaek.de

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbaurstraße 16
81677 München
Tel.: 089/4147-0
Tfx.: 089/4147-280
info@blaek.de

Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena-Maua
Tel.: 03641/614-0
Tfx.: 03641/614-169
post@laek-thueringen.de

**Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärztammern**
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
Tel.: 030/400456-0
Tfx.: 030/400456-388
info@baek.de

Ärztammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen
Tel.: 0421/3404-200
Tfx.: 0421/3404-209
info@aekhb.de

Ärztammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210-214
48147 Münster
Tel.: 0251/929-0
Tfx.: 0251/929-2999
posteingang@aekwl.de

Ärztammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/4302-0
Tfx.: 0211/4302-2009
aerztekammer@aekno.de

Ärztammer des Saarlandes
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681/4003-0
Tfx.: 0681/4003-340
info-aeks@aeksaar.de

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3
55116 Mainz
Tel.: 06131/28822-0
Tfx.: 06131/28822-88
kammer@laek-rlp.de

Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt
Tel.: 069/97672-0
Tfx.: 069/97672-128
info@laekh.de

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Jahnstraße 40
70597 Stuttgart
Tel.: 0711/76989-0
Tfx.: 0711/76989-50
info@laek-bw.de

