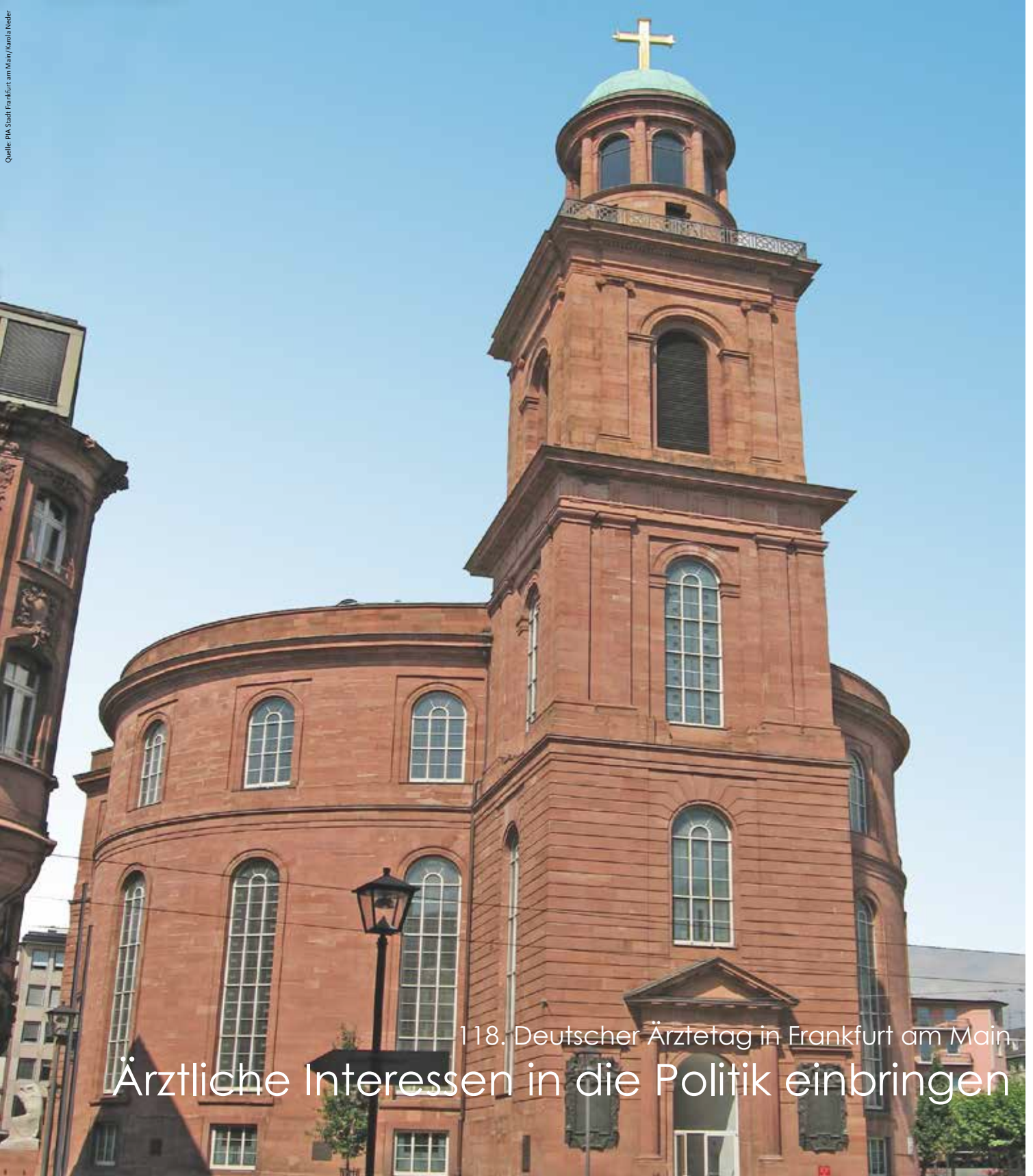




BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

April 2015



Quelle: PIA Stadt Frankfurt am Main/Karola Meder

118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main
Ärztliche Interessen in die Politik einbringen

Auftakt

Traditionell steht der Mai gesundheitspolitisch im Zeichen des Deutschen Ärztetags. Die Bundesregierung liefert den Delegierten in diesem Jahr eine Fülle von Diskussionsstoff - vom Versorgungsstärkungsgesetz über das Präventionsgesetz bis hin zu der Reform des stationären Sektors. Weitere Themen des Ärztetages werden die Bedrohung durch globale Epidemien sowie die kommunikative Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten sein (S. 3).

Auch das geplante Anti-Korruptionsgesetz wird auf dem Deutschen Ärztetag für Gesprächsstoff sorgen. Inzwischen liegt ein entsprechender Referentenentwurf aus dem Bundesjustizministerium vor. Die Ärzteschaft begrüßt grundsätzlich, dass die Anti-Korruptionsregelungen im Strafgesetzbuch verankert werden sollen. Gleichwohl sieht sie in einigen Punkten Nachbesserungsbedarf (S. 8).

Ein Dauervorwurf der Krankenkassen ist, in Deutschland werde häufiger operiert als in anderen Industrieländern. Jetzt bestätigt eine Studie der Privaten Krankenversicherungen, was die Bundesärztekammer schon seit Jahren betont: Internationale Vergleiche der Operationszahlen gehen von völlig unterschiedlichen Datengrundlagen aus. Tatsächlich greifen die Ärzte unter Berücksichtigung der Altersstruktur in Deutschland nicht häufiger zum Skalpell, als in anderen Ländern (S. 9).

Etwas mehr und doch zu wenig - so lässt sich das Ergebnis der Ärztestatistik für das Jahr 2014 zusammenfassen. Zwar ist die Zahl der ärztlich tätigen Mediziner um 2,2 Prozent gestiegen. Doch diesem leichten Plus steht ein erheblich größerer Mehrbedarf gegenüber, der sich einer Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen ergibt (7). ■

inhalt

april 2015

Politik & Beruf

Ärztliche Interessen in die Politik einbringen 118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main	3
Tagesordnung 118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main	5
Kritik an OECD-Untersuchung OP-Zahlen berücksichtigen das Alter nicht	6
Etwas mehr und doch zu wenig BÄK legt Ärztestatistik für das Jahr 2014 vor	7
Klare Regelungen zur Korruption sind notwendig Entwurf zum Anti-Korruptionsgesetz vorgelegt	8
Potenziell zielführend BÄK-Stellungnahme zum E-Health-Entwurf	10
10-Punkte-Plan soll Infektionen eindämmen BÄK mahnt ausreichende Finanzierung an	11
GOÄ: Informationspaket übergeben Großteil des Honorarumsatzes abgedeckt	12

Nachrichten	13
--------------------	----

Medizin & Ethik

Indikationsstellung und Ökonomisierung BÄK kritisiert ökonomische Überformung	18
Mehr Verständnis für Betroffene gefordert BÄK veröffentlicht Stellungnahme zu DSD	19

Personalien

Jonitz bleibt Präsident der Ärztekammer Berlin	20
Clever in Baden-Württemberg bestätigt	20
Siebte Amtszeit für Crusius	20

Impressum

16



Quelle: Stadt Frankfurt am Main/Tamp Schäfer

118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main

Ärztliche Interessen in die Politik einbringen

Als der Deutsche Ärztetag im Februar 1960 zum ersten Mal in Frankfurt zusammenkam, war dies ein Treffen in höchster Not. Die Bundesregierung wollte das Machtgefüge in der gemeinsamen Selbstverwaltung zugunsten der Krankenkassen verschieben. Die außerordentliche Sitzung des Ärzteparlaments in der Frankfurter Paulskirche war Höhepunkt der Proteste und Anfang vom Ende der Reformpläne.

„Damals hatte die Ärzteschaft gelernt, dass sie – wenn sie nur eng genug beieinandersteht – ihre berechtigten Interessen gegen politische Fehlplanungen und gegen die geballte Lobbymacht der Krankenkassen durchsetzen kann.“ Dies betonte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, in seiner öffentlichen Einladung zum diesjährigen 118. Deutschen Ärztetag, der vom 12. bis 15. Mai in Frankfurt am Main tagt. Die Kolleginnen und Kollegen hätten damals erkannt, dass sie ihre Forderungen klar und

notfalls auch lautstark artikulieren müssen, dies jedoch ohne den Gesprächsfaden zur Politik abreißen zu lassen. „Diese Erkenntnisse sollten für uns auch heute noch handlungsleitend sein“, so Montgomery.

Natürlich ist die politische Großwetterlage heute eine völlig andere als 1960. Aber auch in diesem Jahr stehen einschneidende Reformvorhaben des Gesetzgebers an. Neben dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz befasst sich der Bundestag unter anderem mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, mit dem sogenannten E-Health-Gesetz und mit dem Präventionsgesetz. In Vorbereitung befindet sich zudem eine große Strukturreform für den stationären Sektor, für die eine eigens eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe erste Eckpunkte vorgelegt hatte. So ist auch in diesem Jahr zu erwarten, dass der Deutsche Ärztetag in seiner gesundheits-, sozial- und berufspoliti-

politik & beruf

Fortsetzung von Seite 3

schen Generalaussprache die aktuellen politischen Entwicklungen erörtern und zu den laufenden Gesetzgebungsvorhaben Position beziehen wird.

Beispiel GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Grundsätzlich begrüßt die Ärzteschaft, dass Schwarz-Rot gesetzliche Schritte im Kampf gegen den Ärztemangel einleitet. Doch widerspricht der Entwurf in weiten Teilen dem deutlichen Bekenntnis des Koalitionsvertrages zur ärztlichen Freiberuflichkeit, ja er konterkariert diese sogar. Statt die freiheitliche ärztliche Berufsausübung zu sichern und zu fördern, setzt der Koalitionsvertrag in vielen Bereichen auf mehr staatliche Regulierung sowie auf eine weitere Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Exemplarisch sind hier die vorgesehene Verschärfung der ärztlichen Zulassungsbeschränkungen, die geplanten Termin-Servicestellen, wie auch die im Gesetz angelegte Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses über Anforderungen an zweimeinungsberechtigte Leistungsanbieter zu nennen.

Krankenhausinvestitionen: Länder stehlen sich aus ihrer Verantwortung

Nicht unkommentiert wird der Ärztetag auch die bislang bekannt gewordenen Pläne für die angekündigte Krankenhausreform lassen. Die Ärzteschaft hatte frühzeitig angemerkt, dass im Koalitionsvertrag keine Vorschläge enthalten sind, wie der Bund gemeinsam mit den Ländern die dringend notwendigen Investitionen für die Krankenhausversorgung auf Dauer gewährleisten will. „Der Politik muss endlich klar werden, dass gute medizinische Versorgung nicht zum Nulltarif zu haben ist. Wenn sie eine Qualitätsoffensive in der Krankenhausversorgung ausruft, dann muss sie auch für eine qualitätssichernde Finanzierung des stationären Sektors sorgen“, sagte Montgomery. Dazu gehöre ebenso eine Reform des starren und unflexiblen Fallpauschalensystems wie eine Neuregelung der Investitionsfinanzierung. „Dass sich die Länder hier seit Jahren aus der Verantwortung stehlen, ist ein politischer Dauerskandal.“

In zeitlicher Nähe zum Deutschen Ärztetag werden auch die parlamentarischen Beratungen zu dem geplanten Anti-Korruptionsgesetz fallen (siehe Beitrag S. 8). Die Bundesärztekammer hatte nie einen Zweifel daran gelassen, dass sie ein solches Gesetz begrüßt. Besonders wichtig bei einer strafrechtlichen Regelung seien jedoch präzise Vorgaben, die strafwürdiges Verhalten eindeutig von zulässigen Kooperationen im Gesundheitswesen abgrenzen. Hier müsse die Koalition nachbessern. Das ändere aber nichts daran, dass eine Anti-Korruptionsgesetzgebung grundsätzlich richtig sei.

Die Liste der gesundheitspolitischen Reformvorhaben, die den Deutschen Ärztetag beschäftigen wird, ließe sich fortsetzen. Im Fokus stehen aber auch dieses Jahr weitere Themen

(siehe Tagesordnung zum 118. Deutschen Ärztetag, S. 5). So werden sich die Delegierten eingehend mit der Frage befassen, welche Maßnahmen gegen die Bedrohung durch globale Epidemien ergriffen werden können. Der Ebola-Ausbruch im vergangenen Jahr hatte den dringenden Handlungsbedarf in diesem Bereich vor Augen geführt. Die Bundesärztekammer forderte wiederholt, die notwendige Versorgung mit Ausrüstungen zum Schutz von Ärzten und weiteren vor Ort helfenden Mitarbeitern bei künftigen Ausbrüchen sicherzustellen. Auch müssten die Weltgesundheitsorganisation und die internationale Staatengemeinschaft Maßnahmen ergreifen, die künftig eine schnellere und effektivere internationale Intervention in solchen Krisenfällen ermöglichen. Notwendig seien zudem Investitionen in die Impfstoffforschung sowie wirksame Strategien zur Durchführung von Impfungen.



Ärzte-Präsident Montgomery: Forderungen klar und notfalls auch lautstark formulieren

In einem weiteren Schwerpunkt wird sich der Deutsche Ärztetag mit der kommunikativen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten befassen. Diese Kompetenzen müssen in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung gestärkt werden. Montgomery wies aber auch darauf hin, dass dies allein nicht ausreichen wird: „Ärztinnen und Ärzte, die sich Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten nehmen, werden finanziell benachteiligt. In der neuen Gebührenordnung für Ärzte, die wir mit der Privaten Krankenversicherung aushandeln, werden Gespräche mit Patienten besser bezahlt werden“, kündigte er an. Es wäre wünschenswert, wenn das Signalwirkung hätte und künftig auch die gesetzlichen Kassen die sprechende Medizin besser honorierten.

Wie im Jahr 1960 kommt auch der diesjährige 118. Deutsche Ärztetag zu seiner Eröffnung in der Frankfurter Paulskirche zusammen. Sie gilt als Symbol der nationalen Einheit und als Wiege der deutschen Demokratie – genau der richtige Ort für ein selbstbewusstes und frei gewähltes Parlament der Ärztinnen und Ärzte. ■

Tagesordnung

118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main

Eröffnungsveranstaltung

12. Mai 2015, 10.00 Uhr

Frankfurter Paulskirche
Paulsplatz 11, 60311 Frankfurt am Main

Aufgrund des begrenzten Platzangebots haben nur persönlich geladene Gäste Zutritt zur Eröffnungsveranstaltung.

Plenarsitzungen des 118. Deutschen Ärztetages

12. bis 15. Mai 2015

Congress Center Messe Frankfurt, Saal Harmonie
Ludwig-Erhard-Anlage 1, 60327 Frankfurt am Main

Tagesordnung

TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

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

TOP II: Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Referent: Dr. med. Tankred Stöbe, Berlin, Vorstandsvorsitzender Ärzte ohne Grenzen e. V.
Referent: Prof. Dr. med. René Gottschalk, Frankfurt/Main, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt/Main

TOP III: Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag - Verstehen und Verständigen

Referent: Rudolf Henke, Düsseldorf, Präsident der Ärztekammer Nordrhein
Referentin: Jun.-Prof. PD Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann, Köln, Abteilungsleiterin Medizinische Soziologie, IMVR, Universität Köln
Referent: Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Schwante, Facharzt für Allgemeinmedizin

TOP IV: Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Referent: Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Bad Segeberg, Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der Bundesärztekammer

TOP V: Teilnovellierung der §§ 10 Abs. 2, 15 Abs. 3, 18 Abs. 2 und 20 Abs. 2 MBO-Ä

Referent: Dr. med. Udo Wolter, Cottbus, Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der BÄK

TOP IV: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Referentin: Dr. med. Annette Güntert, Stellv. Hauptgeschäftsführerin der BÄK und des Deutschen Ärztetages

Sachstand GOÄ-neu

Referent: Dr. med. Theodor Windhorst, Münster, Vorsitzender des Ausschusses Gebührenordnung

TOP VII: Bericht über die Jahresrechnung der BÄK für das Geschäftsjahr 2013/2014

a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2013/2014

Referent: Rainer Raabe, Stellv. Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer

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

TOP VIII: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014

TOP IX: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016

a) Bericht der Geschäftsführung

Referent: Rainer Raabe, Stellv. Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission

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

c) Bericht zum Beschluss X-04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 - Gremienstruktur

Referentin: Dr. med. Simone Heinemann-Meerz, Magdeburg, Präsidentin der LÄK Sachsen-Anhalt
Referentin: Dr. med. Heidrun Gitter, Bremen, Präsidentin der ÄK Bremen

TOP X: Wahlen

TOP IX: Wahl des Tagungsortes für den 120. Deutschen Ärztetag 2017

Kritik an OECD Studie

Operationszahlen berücksichtigen die Altersstruktur nicht

Dämpfer für die Krankenkassen. Deutschland ist doch nicht Operationsweltmeister, wie die Krankenkassen mit Verweis auf teilweise obskure internationale Vergleichsstudien immer wieder glauben machen wollen. So bestätigte das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) in einer Studie die von der Ärzteschaft immer wieder geäußerte Methodenkritik an internationalen Rankings zu Operationszahlen.

Aussagen wie Deutschland sei „Operationsweltmeister“ und belege international einen Spitzenplatz bei der Anzahl bestimmter Eingriffe, wie Hüft- oder Knieersatz-Operationen, seien häufig das Ergebnis von Fehlinterpretationen. Bei der näheren Betrachtung der methodischen Grundlagen der Studien seien häufig Zweifel an der tatsächlichen Aussagekraft von Länderrankings angebracht, so das WIP.

Die OECD versuche zwar, durch umfangreiche Vorgaben eine einheitliche Datenmeldung und somit eine größtmögliche Vergleichbarkeit der Daten zu erreichen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme und der jeweiligen nationalen Besonderheiten sei eine vollständige Einheitlichkeit allerdings äußerst unwahrscheinlich, stellen die WIP-Experten klar. Auch würden die Länder unterschiedliche Codier-Systeme verwenden und keine einfachen Fallzahlen sondern Mehrfachzählungen melden, was zu einer entsprechenden Einschränkung beim Vergleich der Fallzahlen führe.

„Darüber hinaus melden einige Länder statt der gesamten nur die stationäre Fallzahl, ohne den ambulanten Bereich zu berücksichtigen oder lassen die Eingriffe weg, die in privaten Krankenhäusern durchgeführt werden“, heißt es in dem WIP-Gutachten. Vor allem aber würden die OECD-Daten in der Regel nicht den Einfluss des unterschiedlichen Bevölkerungsalters in den einzelnen Ländern berücksichtigen, obwohl eine Vielzahl medizinischer Eingriffe eindeutig altersabhängig sei. „Ein Land mit relativ junger Bevölkerung muss weniger Ressourcen für die Gesundheitsversorgung aufwenden als ein Land mit älterer Bevölkerung. Ohne Berücksichtigung der Altersstruktur kann daher aus einem Ländervergleich der Fallzahlen keine Überversorgung abgeleitet werden“, so das Fazit der Studie. Würden die unbereinigten OECD-Daten zu chirurgischen Eingriffen und zu Gesundheitsausgaben altersstandardisiert werden, verändere sich die Platzierung Deutschlands im Länderranking: „In Bezug auf die Operationszahlen rückt Deutschland danach bei allen Eingriffen, die im höheren Lebensalter durchgeführt werden, nach hinten“. Bei den Hüftoperationen läge Deutschland damit nicht mehr nur hinter der Schweiz, sondern auch noch hinter Norwegen, Luxemburg und Österreich. Und auch bei

den Knieoperationen würde somit in Australien und auch in Belgien verhältnismäßig öfter zum Skalpell gegriffen als in der Bundesrepublik - obwohl beide Länder in der offiziellen OECD-Statistik hinter Deutschland liegen.



Operationsweltmeister? Unter Berücksichtigung der Altersstruktur ist Deutschland diesen Titel los

Die Bundesärztekammer hatte bereits 2013 in einer Reaktion auf einen OECD-Report darauf hingewiesen, dass internationale Vergleichsstudien vor allem an völlig unzureichenden Vergleichsparametern kranken. Zu diesem Ergebnis kam auch der sogenannte Versorgungsatlas der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Darin haben Wissenschaftler internationale Vergleichsdaten über mehrere Jahre kritisch untersucht und kommen zu dem Ergebnissen, dass die zum Vergleich herangezogenen Zahlen aus internationalen amtlichen Datenquellen eine sehr heterogene Qualität aufweisen, wie zum Beispiel eine fehlende Altersbereinigung. Auch sind die Kodiersysteme international unterschiedlich. Häufig sind in den Daten Revisionen, also Prothesenwechsel, bereits enthalten. Bei der Versorgung mit künstlichen Hüftgelenken schließen die Zahlen in Deutschland und in der Schweiz nicht nur arthrosebedingte Endoprothetik mit ein, sondern auch die Versorgung von Schenkelhalsbrüchen. Die Folge sind völlig unterschiedliche Ergebnisse der einzelnen Vergleichsstudien. Bei Knieendoprothesen liegt die Spannweite der in verschiedenen Studien ermittelten Operationsraten im Jahr 2007 zwischen 165 und 194 Eingriffen pro 100.000 Einwohner. Der Versorgungsatlas der DGOOC kommt denn auch zu dem Schluss, dass direkte Vergleiche sehr problematisch sind. Die Experten bewerten die Zunahme der Versorgungsrate mit Endoprothesen in Deutschland seit 2004 als äußerst gering. Bei Hüft TEP sowie bei Hüftrevisionen sind die Zahlen seit 2005 sogar rückläufig. ■

Etwas mehr und doch zu wenig

Bundeärztekammer legt Ärztestatistik für das Jahr 2014 vor

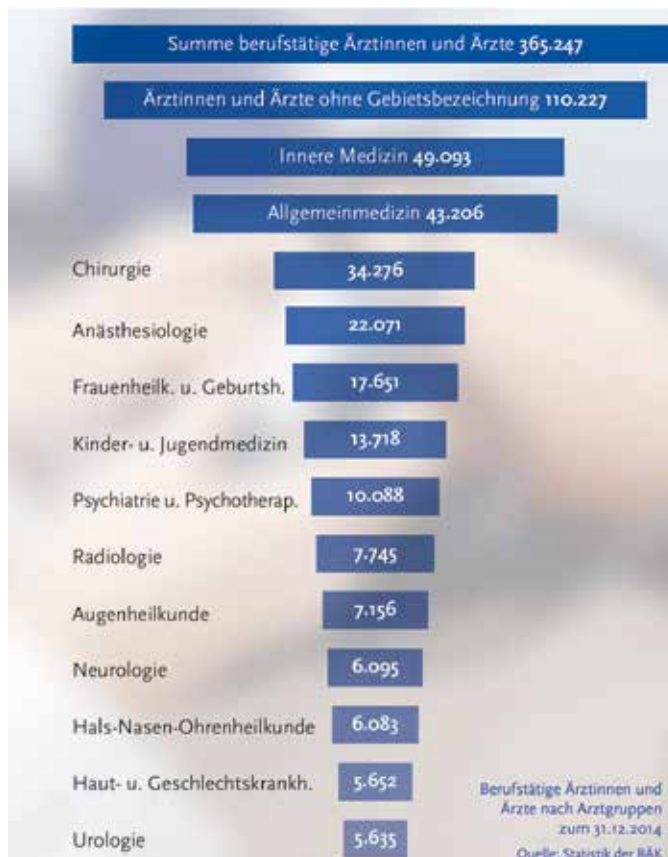
Etwas mehr und doch zu wenig“, so fasste Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2014 zusammen. Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr um 2,2 Prozent auf 365.247. „Dieses leichte Plus reicht bei Weitem nicht aus, um die Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen, die sich aus einer Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben“, sagte Montgomery.

So verschieben sich die Prioritäten der Jungmediziner. „Wir haben es mit einer nachwachsenden Ärztegeneration zu tun, die berechnete Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellt“, erklärte Montgomery. „Wie zahlreiche Umfragen zeigen, legen diese jungen Ärzte großen Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beruf, Familie und Freizeit, auf feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle.“ Die Folge: Immer mehr von ihnen entscheiden sich für eine Anstellung und gegen die Niederlassung. Zählte die Ärztestatistik im Jahr 1993 lediglich 5.397 im ambulanten Bereich angestellte Ärzte, so wuchs ihre Zahl an der Gesamtärzteschaft bis zum Jahr 2014 auf 26.307. Auch die Anzahl der Ärztinnen steigt. Im Jahr 1991 lag der Frauenanteil noch bei 33,6 Prozent. Seitdem hat er sich um 35,6 Prozent erhöht und beträgt jetzt 45,5 Prozent (2013: 45,0 Prozent). Hinzu kommt, dass sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit im Jahr 2014 wie schon in den Jahren zuvor weiter erhöht hat. Die Steigerungsrate betrug 2,4 Prozent. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die Daten des Statistischen Bundesamtes. Demnach stieg die Zahl der Ärzte in Teilzeit zwischen dem Jahr 2001 und dem Jahr 2011 von 31.000 auf 54.000 Ärzte.

Umfragen zufolge planen 23 Prozent der niedergelassenen Ärzte, bis zum Jahr 2020 ihre Praxis aufzugeben. Hinzu kommt ein personeller Mehrbedarf, der aus neuen Behandlungsmöglichkeiten, vor allem aber aus dem demografischen Wandel resultiert. Während heute fünf Prozent der Bevölkerung älter als 79 Jahre sind, wird ihre Zahl bis zum Jahr 2060 auf etwa 13 Prozent steigen. Viele Industriegesellschaften kennen dieses Phänomen: Je älter die Bevölkerung ist, desto höher ist die Behandlungsintensität und damit die Nachfrage nach Ärzten. Von allen EU-Staaten hat Deutschland die älteste und weltweit nach Japan die zweitälteste Bevölkerung. Allein in unseren Krankenhäusern fehlen bis zum Jahr 2030 etwa 111.000 Ärztinnen und Ärzte, prognostiziert die Unternehmensberatung Roland Berger.

Die Gesellschaft altert, und mit ihr auch die Ärzteschaft. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte im Jahr 2014 lag bei 18,3 Prozent. Zum Vergleich: Im Jahr 1993 waren noch 26,6

Prozent der Ärzte jünger als 35 Jahre. Weiterhin schrumpfte der Anteil der 40- bis 49-jährigen von 26,6 Prozent auf 25,2 Prozent, während der Anteil der 50- bis 59-jährigen von 28,3 Prozent auf 28,5 Prozent anstieg.



Und schließlich sind da noch die in der Ärztestatistik ausgewiesenen 2.364 Ärztinnen und Ärzte, die Deutschland im vergangenen Jahr den Rücken kehrten. Immerhin ist die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ium 3.768 auf 39.661 gestiegen (+10,5 Prozent). Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte lag bei 11,1 Prozent (2013: 10,3 Prozent). Doch auch der leicht positive Migrationssaldo reicht nicht aus, um die personellen Lücken zu schließen. „Abwehren lässt sich der Ärztemangel nur, wenn es gelingt, mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Derzeit gibt es an unseren Universitäten knapp 10.000 Medizinstudienplätze. Mindestens zehn Prozent mehr wären notwendig“, forderte Montgomery. „Leider scheinen aber weder Bund noch Länder bereit zu sein, sich hier finanziell zu engagieren.“

Die Ärztestatistik 2014 können Sie hier abrufen: www.baek.de/Statistik14

Klare Regelungen zur Korruption sind notwendig

BÄK unterstützt Gesetzesinitiative, fordert aber Nachbesserungen

Was Korruptionsbekämpfung und Gesundheitsprävention gemeinsam haben? Beides sind hehre Anliegen für die sich alle im Bundestag vertretenden Parteien stark machen. Höchst umstritten ist aber die konkrete Umsetzung, weshalb sich an diesen Vorhaben schon Viele die Zähne ausgebissen haben. Ende 2013 landeten beide Initiativen sogar in ein und demselben Gesetzentwurf. Mit einer Hauruck-Aktion wollte Schwarz-Gelb kurz vor der Bundestagswahl ein Präventions- und Antikorruptionsgesetz im Omnibusverfahren durch den Bundesrat peitschen – scheiterte aber am Widerstand der Länder.

Die schwarz-rote Bundesregierung könnte nun mehr Erfolg haben. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) legte noch vor Jahresfrist seinen Entwurf für ein Präventionsgesetz vor. In Sachen Korruption zog Bundesjustizminister Heiko Maas (SPD) Anfang Februar nach und präsentierte seinen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“. Maas möchte damit die Lücke schließen, die der Bundesgerichtshof im Jahr 2012 aufgezeigt hatte. Auf niedergelassene Vertragsärzte seien die Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuchs nicht anwendbar, stellten die Richter damals fest.

Strafverfolgung grundsätzlich nur auf Antrag

Maas' Entwurf sieht nun vor, einen neuen Paragraphen 299a im Strafgesetzbuch einzufügen, der Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bedroht. Unter Strafe

gestellt werden soll damit korruptives Verhalten bei „dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial“. Die Strafandrohung gilt für Heilberufler mit staatlich geregelter

Ausbildung sowie für alle diejenigen, die ihnen entsprechende unzulässige Vorteile andienen. Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sollen grundsätzlich nur auf Antrag verfolgt werden. Im Rahmen der Ressortabstimmung hat Bundesgesundheitsminister Gröhe darauf gedrungen, ausdrücklich festzuschreiben, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen im Verdachtsfall einen Strafantrag stellen dürfen.

SPD-Minister Maas kann davon ausgehen, dass seine Pläne von den A-Ländern weitgehend goutiert werden, zumal der Entwurf an die Gesetzesinitiative der Hamburger Gesundheitsssenatoren Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) erinnert, die der Bundesrat 2013 mit der Mehrheit der SPD-geführten Bundesländer verabschiedete. Dieser Vorstoß war allerdings mit dem Ende der Legislaturperiode dem Diskontinuitätsprinzip anheim gefallen.

Anfang Februar präsentierte auch der bayerischen Justizminister Winfried Bausback (CSU) im Bundesrat einen eigenen Gesetzentwurf. Auch dieser sieht im Strafgesetzbuch einen neuen, eigenständigen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen vor, der mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafen geahndet werden kann. Im Vergleich zum Regierungsentwurf fehlt allerdings die Strafverfolgung auf Antrag. Die Strafverfol-



gungsbehörden müssten also tätig werden, sobald ein ausreichender Verdacht für strafbares Verhalten besteht. Zudem wird der Kreis möglicher Täter in dem CSU-Vorschlag enger gefasst. Der Bundesrat verwies den Entwurf zur weiteren Beratung an den Rechts- und den Gesundheitsausschuss. Möglich ist, dass dem Regierungsentwurf aus dem Hause Maas auf seinem Weg durch Bundestag und Bundesrat die ein oder andere (auch Bausbacksche) Änderung verpasst wird und er am Ende die Zustimmung beider Kammern findet.

Bundesärztekammer erwartet eine Versachlichung der Diskussion

Vieles, was Maas in seinem Entwurf zusammengetragen hat, deckt sich mit den Vorstellungen der Ärzteschaft. So hatten sich Deutsche Ärztetage dafür ausgesprochen, Anti-Korruptionsregelungen (wie jetzt von Maas vorgesehen) im Strafgesetzbuch zu verankern, und nicht, wie es noch die Vorgängerregierung wollte, im Sozialgesetzbuch. Dass das Gesetz nicht nur für Ärzte gelten soll, sondern für alle Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung, könnte zudem den Umgangston in der gesundheitspolitischen Diskussion versachlichen. "Wir wollen die fortwährende Skandalisierung unseres Berufsstandes und die andauernden Diffamierungskampagnen der Krankenkassen endlich beendet wissen", erklärte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Schließlich stehen Ärzte bei weitem nicht an der Spitze derjenigen, gegen die wegen Korruptionsverdacht ermittelt wird. Nach Analyse der DAK-Gesundheit sind Auffälligkeiten in allen Leistungsbereichen festzustellen. Nur in zwölf Prozent der Fälle betrafen die Vorwürfe Ärzte. Die meisten Fälle treten mit 35 Prozent bei Heilmitteln wie Physiotherapie, Krankengymnastik oder Massagen auf. Es folgt die Pflege mit 22 Prozent. Gleichwohl stehen die Ärzte im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung.

Gesetzgeberische Defizite werden durch das Gesetz nicht kompensiert

Ein Schwachpunkt ist, dass zwar Angehörige von Heilberufen mit staatlich geregelter Ausbildung erfasst werden, andere Personengruppen, insbesondere Geschäftsinhaber zum Beispiel von Privatkliniken und Pflegeheimen oder bestimmte Entscheidungsträger in Einrichtungen des Gesundheitswesens, die z. B. über die Hilfsmittelbeschaffung entscheiden, ohne dass es dazu einer ärztlichen Anordnung bedarf, außen vor bleiben. Die BÄK fordert daher, dass der Kreis der Normadressaten auf der „Nehmerseite“ wie auf der „Geberseite“ abstrakt gefasst werden sollte.

Darüber hinaus geben weitere Passagen Anlass zur Kritik. So begründet das Ministerium seinen Entwurf unter anderem damit, dass „unklare, unsinnige, zu komplizierte oder widersprüchliche sowie lückenhafte Normen“ und ungerechte

Regelungen zu „Tatgelegenheiten“ führten – eine lange Liste von Missständen also, die die Ärzteschaft schon lange beklagt. Allerdings ziehe der Gesetzgeber aus dieser Erkenntnis nicht die richtigen Konsequenzen, kritisiert die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme. Statt die Ursachen möglicher krimineller Handlungen zu beseitigen, ziele der Entwurf darauf ab, gesetzgeberische Defizite zu kompensieren, indem er insbesondere Ärzte einem Straftatbestand unterwerfe. Die Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen könne nur erfolgreich sein, wenn die erkannten Fehlentwicklungen und Ursachen parallel und systematisch beseitigt würden, heißt es in der Stellungnahme. Zudem berücksichtige das Gesetz weder die Besonderheiten des Arzt-Patienten-Verhältnisses noch die Stellung von Ärzten als Freiberufler. Und schließlich fehle eine klare Analyse der Struktur, des Umfangs und der an der Korruption im Gesundheitswesen beteiligten Personengruppen. Entsprechend unklar sind viele Formulierungen des Entwurfs.



Bundesjustizminister Heiko Maas will die Korruption im Gesundheitswesen unter Strafe stellen

Die Bundesärztekammer hatte in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, dass gerade bei einer Regelung im Strafgesetzbuch klare und präzise Vorgaben notwendig sind. Unbestimmte Rechtsbegriffe im Gesetzentwurf, wie etwa eine Bevorzugung „in unlauterer Weise“, führen zu Rechtsunsicherheiten unter den Heilberufen. Besonders kritisch sieht die Bundesärztekammer die Verweise auf das Berufsrecht. Dies führe „zu einem Verschwimmen der Grenzen zwischen legalem und strafbedrohten Verhalten.“

Die Stellungnahme der BÄK steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/1DowfPA>

Potenziell zielführend

BÄK bezieht Stellung zum Referentenentwurf des E-Health-Gesetzes

Der Satz findet sich noch heute wie eine Mahnung im § 291a des SGB V: „Die Krankenversichertenkarte wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.“ Dass dieser Termin nicht gehalten werden konnte und die elektronische Gesundheitskarte bis heute kaum einen Mehrwert zur herkömmlichen Krankenversicherungskarte bietet, ist bekannt. Neu ist, dass die Politik mit einem gesetzlichen Mix aus Strafen und Anreizen Schwung in das Großprojekt bringen will. Mitte Januar stellte das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf für das sogenannte E-Health-Gesetz vor. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung die Telematikinfrastruktur bis zum 30. Juni 2016 soweit verfügbar machen, dass zumindest das Versichertenstammdatenmanagement bundesweit möglich ist. Bei Nichteinhaltung drohen unter anderem den öffentlich-rechtlichen Gesellschaftern der gematik Haushaltskürzungen.

BÄK kritisiert die Wahl der Mittel

Der Gesetzgeber will die Einführung insbesondere medizinischer Anwendungen der Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen mit Entschiedenheit vorantreiben. Daran lässt der Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums keinen Zweifel. „Dabei ist es grundsätzlich richtig, Patienten und Ärzten zügig sinnvolle medizinische Anwendungen über die Telematikinfrastruktur zur Verfügung zu stellen. Höchst problematisch ist jedoch die Wahl der Mittel.“ Das sagte Dr. Franz-Joseph Bartmann, Sprecher für Telemedizin und Telematik im Vorstand der Bundesärztekammer. Bartmann verwies in diesem Zusammenhang auf die von der Bundesärztekammer vorgelegte Stellungnahme zu dem Referentenentwurf, in der unter anderem die in dem Gesetzentwurf enthaltenen Malus-Regelungen kritisiert werden. So weist die BÄK in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Malus-Regelung bei reinen Verwaltungsanwendungen wie etwa der Prüfung der Daten auf der Krankenversicherungskarte ab dem 1. Januar 2018 auch direkt die Vertragsärzte trifft. Ihnen drohen Honorarkürzungen um ein Prozent. „Wir lehnen derlei Strafandrohungen strikt ab. Statt auf Sanktionen sollte die Politik auf intelligente Anreize setzen“, forderte Bartmann.

Neben den Sanktionsregelungen sieht der Entwurf eine Anschubfinanzierung für den elektronischen Entlassbrief sowie eine Pauschale von 55 Cent für die sichere Übermittlung elektronischer Arztbriefe vor. Zudem sollen Patienten, die mindestens fünf verordnete Medikamente anwenden, künftig einen Anspruch auf einen Medikationsplan zunächst in Pa-

pierform haben, der vom Hausarzt erstellt und ausgehändigt werden soll.

Quelle: phatbay.com



Die Bundesregierung will endlich Schwung in die Gesundheits-Telemaik bringen

Damit die Einführung des Notfalldatensatzes beschleunigt werden kann, sollen Ärzte, die einen solchen erstellen und aktualisieren, hierfür eine Vergütung erhalten. Dazu sollen die einheitliche Bewertungsmaßstab und die Telematikzuschläge angepasst werden. Ferner sollen Krankenhäuser für das Erstellen eines elektronischen Entlassbriefes und Ärzte für das Einlesen eines solchen in der Praxis eine im Gesetz festgelegte Vergütung erhalten. Diese sei als Anschubfinanzierung zu verstehen und soll auf zwei Jahre begrenzt werden (ab 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018). Der Entlassbrief habe mindestens die Diagnosen, Befunde, Therapiemaßnahmen, Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, den Entlassgrund und angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen zu enthalten, heißt es in dem Entwurf.

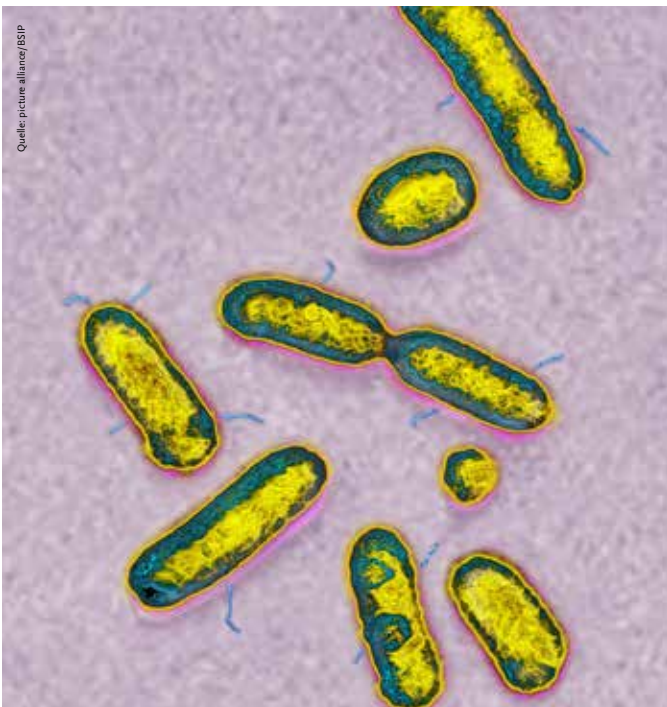
Ferner ist geplant, die Telematikinfrastruktur für weitere Anwendungen im Gesundheitsbereich zu öffnen: „Mit der Öffnung werden perspektivisch auch weitere Leistungserbringer, wie z. B. die Angehörigen der nicht-approbierten Gesundheitsberufe (z. B. im Bereich der Pflege), die Telematikinfrastruktur nutzen können“. Die gematik soll die dafür notwendigen organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen schaffen und ein Regelwerk für die Aufnahme weiterer Nutzer und Anwendungen in die Telematikinfrastruktur erarbeiten. Die Bundesärztekammer begrüßt diesen Ansatz. „Dieser Passus entspricht Beschlüssen Deutscher Ärztetage, in denen die Notwendigkeit einer bundesweiten, diskriminierungsfreien Telematikinfrastruktur betont wird, um die Verbreitung telemedizinischer Methoden und Verfahren zu erleichtern“, heißt es in der Stellungnahme der BÄK.

Die Stellungnahme der BÄK steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/1zg3VYP>

10-Punkte-Plan soll Infektionen eindämmen

BÄK mahnt ausreichende Finanzierung der Krankenhaushygiene an

Zwischen 400.000 und 600.000 Menschen infizieren sich nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) jährlich in Deutschlands Kliniken. Bis zu 15.000 Tote fordern Infektionen mit multiresistenten Keimen. Nun hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) den behandlungsassoziierten Infektionen und antibiotika-resistenten Keimen den Kampf angesagt. Mit einem Zehn-Punkte-Plan möchte er die Zahl der Infektionen verringern. Denn im Ministerium geht man davon aus, dass sich das Problem in Zukunft noch verschärfen wird – weil die Patienten älter und damit anfälliger werden, die Zahl der komplizierten Eingriffe steigt und immer mehr Erreger Antibiotika-Resistenzen entwickeln.



Ein 10-Punkte-Programm soll die Zahl der behandlungsassoziierten Infektionen senken

Als „ehrgeizig“ bezeichnete Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Pläne des BMG. „Es fehlen aber tragfähige Vorschläge für eine solide Finanzierung. Diese müssen mindestens zeitgleich mit den Strukturvorschlägen des Ministers verabschiedet werden, sonst bleibt alles nur bloße Willenserklärung ohne Chance auf eine vernünftige Umsetzung“, mahnte er. Außerdem vermisst Montgomery weitere wichtige Reformschritte. So müssten die Strukturen im Bereich der Krankenhaushygiene unter anderem durch den Ausbau von Lehrstühlen und Instituten so gefördert werden, dass ausreichend in Kranken-

haushygiene qualifizierte Fachkräfte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie zur Verfügung stünden.

Die Problematik beschäftigt die Gesundheitspolitik nicht zum ersten Mal. Im Jahr 2008 formulierte das BMG gemeinsam mit dem Forschungs- und dem Landwirtschaftsministerium die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie. Drei Jahre später verschärfte die schwarz-gelbe Koalition das Infektionsschutzgesetz, die Bundesländer erließen Hygieneverordnungen. Trotz aller Bemühungen konstatiert das BMG, die Themen Hygiene, Qualitätssicherung und Transparenz würden „im Bereich behandlungsassoziierte Infektionen noch immer nicht der nötigen Priorität angegangen“. Darüber dürften auch Erfolge wie der Rückgang der MRSA-Infektionen nicht hinwegtäuschen.

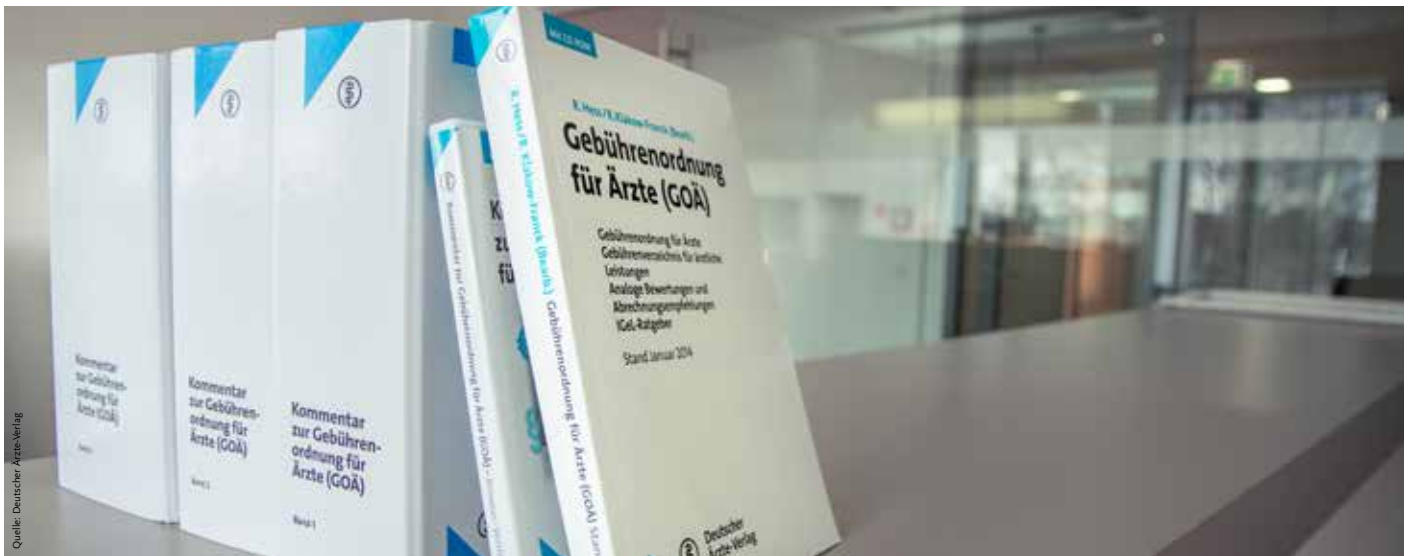
Inzwischen interessiert sich sogar Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) für das Thema. Sie hat die Gefahren durch resistente Erreger zu einem Schwerpunkt ihrer G7-Präsidentschaft erklärt. Wenn die Kanzlerin im Juni auf Schloss Elmau den G7-Gipfel ausrichtet, dürfte es ihr gerade recht kommen, wenn sie ihren Kollegen statt wolkiger Forderungen einen konkreten Maßnahmenkatalog präsentieren kann.

In seinem Zehn-Punkte-Plan möchte Gröhe nun die Krankenhäuser dazu verpflichten, Risikopatienten bei der Aufnahme auf multiresistente Keime zu untersuchen. Bisher werden diese Tests nur bei Risikopatienten empfohlen. Die Krankenhäuser sollen ihre Hygienestandards zukünftig in einer allgemein verständlichen Sprache offenlegen. Um den Gesundheitsämtern mehr Reaktionszeit zu verschaffen, sieht der Plan schärfere Meldepflichten für gefährliche resistente Erreger vor. Wie die ohnehin schon überlasteten und personell unterbesetzten Gesundheitsämter diese zusätzliche Aufgabe schultern sollen, bleibt allerdings offen. Für Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern und Praxen soll es verpflichtende Fortbildungen geben. Zudem möchte das BMG über einen Zeitraum von drei Jahren die Forschung in den Bereichen Krankenhaus-Infektionen und Antibiotika-Resistenzen fördern. Und da es sich bei den Resistenzen um ein weltweites Problem handelt, werde sich Deutschland auch dafür einsetzen, die Entwicklung diagnostischer Tests und alternativer Behandlungen international voranzubringen.

Zumindest auf nationaler Ebene hat Gröhe wie seine Vorgänger ein großes Problem: Der Infektionsschutz ist Ländersache. Von entscheidender Bedeutung sei, dass die Einhaltung und gewissenhafte Umsetzung weiter von den zuständigen Landesämtern kontrolliert werde, heißt es aus dem Ministerium. ■

GOÄ: Informationspaket übergeben

TOP-400-Liste deckt ein Großteil des ärztlichen Honorarumsatzes ab



Bundesärztekammer (BÄK) und Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) haben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein erstes Informationspaket zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) übergeben. An dem Treffen nahmen auf Einladung des Bundesgesundheitsministeriums neben Vertretern der Beihilfe auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer teil.

Kernstück des Informationspaketes ist die „TOP-400-Liste“. Dabei handelt es sich um Leistungen, die besonders häufig abgerechnet werden: Sie machen voraussichtlich rund 80 bis 85 Prozent des ärztlichen Honorarumsatzes aus. Weiterhin sind die Kapitel B der neuen GOÄ „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“ sowie das Kapitel M mit mehr als 1000 Laborleistungen Inhalt des Informationspaketes.

Zudem wurde eine von Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery und dem Vorsitzenden des PKV-Verbands, Uwe Laue, unterzeichnete Durchführungsvereinbarung überreicht, mit welcher sich beide Verbände über die bereits geleisteten und noch ausstehenden Arbeitspakete sowie über den Grundsatz, dass Details einigungen erst mit einer abschließenden Gesamteinigung wirksam werden, verständigt haben.

Bereits mit Abschluss der Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novelle zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband im November 2013 wurde ein wichtiges Etappenziel auf dem Weg zu einer neuen Gebührenordnung erreicht. In der Rahmenvereinbarung verpflichteten sich beide Verhandlungs-

partner – unter Zugrundelegung des GOÄneu-Entwurfes der Bundesärztekammer – zur Entwicklung und Vorlage eines gemeinsamen Konzeptes für die Novellierung der GOÄ beim Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Darauf aufbauend haben Bundesärztekammer und PKV-Verband zunächst als Grundlage einen Entwurf einer gemeinsamen Gesetzesinitiative zur Änderung von § 11 Bundesärzteordnung entwickelt. Dieser sieht als ein wesentliches Kriterium die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der neuen Gebührenordnung in einer den Verordnungsgeber unterstützenden gemeinsamen Gremien- und Beschlussstruktur vor, damit Innovationen künftig zügig in die neue GOÄ aufgenommen werden können. Begleitend hierzu laufen seit Ende des Jahres 2014 die konkreten Abstimmungsprozesse der Leistungslegenden einzelner Kapitel mit dem PKV-Verband. Das BMG hat während dieser Verhandlungsphase erklärt, die GOÄ-Novellierung noch im Frühjahr 2015 anzugehen, sofern sich Bundesärztekammer und PKV-Verband auf ein gemeinsames Novellierungskonzept einigen.

Nach Übergabe dieses Leistungspaketes plant das BMG nun im Rahmen des Gesetzgebungs- und Ordnungsverfahrens eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der neuen GOÄ. Weitere Folgesitzungen der Gesprächsteilnehmer im BMG sind bereits in Planung.

Der Vorsitzende der Gebührenordnungsgremien der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Theodor Windhorst, wird über die weiteren Entwicklungen auf dem Ärztetag einen aktuellen Sachstand abgeben. ■

Ärzte dürfen zwei halbe Praxen an unterschiedlichen Standorten betreiben

Ärzte dürfen an zwei verschiedenen Standorten Praxen mit jeweils einem halben Versorgungsauftrag führen. Dabei dürfen die beiden Standorte sogar im Zuständigkeitsbereich unterschiedlicher Kassenärztlicher Vereinigungen liegen. Das geht aus einem kürzlich veröffentlichten Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) hervor.

In ihrer Begründungen verwiesen die Richter auf das Grundrecht der Berufsfreiheit, die nur durch Gesetze oder gleichwertige Regelungen eingeschränkt werden dürfe. Es sei nicht ausdrücklich verboten, eine Zulassung entsprechend aufzuteilen. Einzige Voraussetzung sei eine ausreichende Präsenz des Arztes an beiden Standorten. Die Zulassungsgremien müssten prüfen, ob dies geplant und überhaupt möglich sei.

In dem verhandelten Fall ging es um einen Zahnarzt mit einer Praxis im thüringischen Altenburg, der eine weitere Zulassung für einen Standort im 40 Minuten entfernten Chemnitz beantragte. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen war mit der Aufteilung nicht einverstanden. Zwei hälftige Versorgungsaufträge seien erlaubt, weil es kein entsprechendes Verbot gebe, argumentierte dagegen der sächsische Berufungsausschuss. Dieser Interpretation schloss sich das BSG an. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz habe die Möglichkeit geschaffen, einem Arzt oder Zahnarzt zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag für zwei Vertragsarztsitze zu erteilen. ■

Montgomery fordert klare Regeln für Reproduktionsmedizin

Noch immer fehlt es in Deutschland an klaren Regelungen zur Reproduktionsmedizin. Darauf hat Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hingewiesen.

„Eine systematische Regelung dieses sensiblen und komplexen Bereichs, beispielsweise mittels eines Fortpflanzungsmedizingesetzes, wurde in Deutschland bisher nicht vorgenommen“, heißt es in dem Schreiben, das auch an Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig (SPD) und Bundesjustizminister Heiko Maas (SPD) übersandt wurde. Mit Sorge nehme die Bundesärztekammer wahr, dass die Reproduktionsmedizin primär dem Richterrecht überlassen werde. Montgomery unterstrich den Appell des 116. Deutschen Ärztetags an den Gesetzgeber, „eine systematische Rechtsentwicklung“ für die Reproduktionsmedizin einzuleiten. Die Bundesärztekammer stehe im Sinne des gemeinsamen Interesses, Rechtssicherheit für die betroffenen Paare und die sie behandelnden Ärzte zu schaffen, für weiterführende Gespräche bereit. ■

Gesetzliche Krankenkassen rutschen ins Minus

Kehrtwende bei den Finanzreserven: Erstmals seit dem Jahr 2008 haben die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) wieder mehr Geld ausgegeben als eingenommen. Wie das Bundesgesundheitsministerium mitteilte, addieren sich die Finanzreserven der GKV zum Jahreswechsel 2014/2015 auf insgesamt rund 28 Milliarden Euro. Davon entfallen rund 15,5 Milliarden Euro auf die Reserven der GKV und 12,5 Milliarden Euro auf den Gesundheitsfonds. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) wertete die Zahlen als „Ergebnis einer sorgfältig abwägenden Gesundheitspolitik“.

Den Einnahmen in Höhe von rund 204,1 Milliarden Euro standen Ausgaben von rund 205,3 Milliarden Euro gegenüber. Die Differenz von knapp 1,2 Milliarden Euro begründet das Bundesgesundheitsministerium mit Prämienzahlungen und freiwilligen Zusatzleistungen der GKV. Ohne diese Sonderfaktoren ergebe sich für die GKV ein „weitgehend ausgeglichenes Finanzergebnis.“



Schaut man sich die Ergebnisse genauer an, kann davon allerdings kaum die Rede sein. Denn während die AOKen im vergangenen Jahr einen Überschuss von 421 Millionen Euro erwirtschafteten, weisen die Innungskrankenkassen ein Defizit von 219 Millionen Euro, die Betriebskrankenkassen sogar von 334 Millionen Euro auf. Noch höher fällt mit 1,08 Milliarden Euro das Minus der Ersatzkassen aus – allerdings zahlten diese auch 568 Millionen Euro an Prämien an ihre Versicherten.

Die Ausgaben stiegen je Versicherten um 4,9 Prozent. Als Hauptgrund nannte das BMG die starken Zuwächse bei den Arzneimittelausgaben. Sie stiegen im vergangenen Jahr um neun Prozent. Allein die Mehrausgaben für neu zugelassene Arzneimittel zur Behandlung von Hepatitis C summierten sich auf rund 600 Mio. Euro. Sowohl in der ambulanten wie in der stationären ärztlichen Versorgung stiegen die Kosten je Versicherten um rund 3,9 Prozent. Im Vergleich zum Jahr 2013 mussten die Krankenkassen 10,6 Milliarden Euro ausgeben – eine Steigerung um 8,2 Prozent. ■

nachrichten

Gutes Zeugnis für das deutsche Gesundheitssystem

Die Deutschen bescheinigen ihrem Gesundheitssystem eine hohe Qualität. So vergibt die Hälfte der Deutschen für die Versorgung im Krankenhaus die Note „gut“ oder „sehr gut“. Insgesamt sind 80 Prozent von ihnen mit ihrer Krankenkasse und den empfangenen Leistungen zufrieden. Die Mehrheit der Unzufriedenen beklagt vor allem das mangelnde Preis-Leistungs-Verhältnis. Das geht aus dem aktuellen Healthcare-Barometer der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) hervor.

Die Befragung zeigt auch, dass junge Patienten ihren Ärzten selbstbewusster gegenüberstehen als ältere. So sind rund 27 Prozent der 18- bis 34-jährigen mit den Praxisöffnungszeiten unzufrieden, bei den Älteren lediglich acht Prozent. 20 Prozent der jungen Menschen fühlen sich von Ärzten und medizinischem Fachpersonal nicht genügend ernst genommen (Ältere: acht Prozent). Bei der Wahl der Klinik für einen Krankenhausaufenthalt verlässt sich nur noch knapp 60 Prozent auf die Empfehlung ihres Hausarztes. In der Altersgruppe 55+ tun dies noch drei Viertel der Befragten.

Schlecht schneidet die Pharmabranche ab. Drei Viertel der Befragten gehen davon aus, dass die Pharmaunternehmen vor allem darauf aus sind, ihre Gewinne zu maximieren. Weitere 65 Prozent wünschen sich von der Pharmabranche mehr Innovationen statt preisgünstiger Nachahmerprodukte. ■

PKV: Über 200 Milliarden Euro als Demografie-Vorsorge

Die Altersrückstellungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) haben mit 202 Milliarden Euro im Jahr 2014 einen neuen Höchststand erreicht. Davon entfallen 174 Milliarden Euro auf die Krankenversicherung und 28 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung. Seit 2004 haben sich die Rückstellungen damit nach Angaben des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen mehr als verdoppelt.

Auch die Gesamtzahl der Voll- und Zusatzversicherungen ist im Jahr 2014 gewachsen. Sie stieg auf insgesamt 32,76 Millionen Policen. Die Zusatzversicherungen verzeichneten dabei einen Zuwachs um 1,7 Prozent auf 23,93 Millionen. Besonders stark war das Wachstum in der Pflegezusatzversicherung. Insgesamt gibt es nun über drei Millionen Verträge. Die Zahl der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherungen stieg um 55,5 Prozent, die Zahl der ungeforderten Pflegezusatzpolicen nahm um 4,5 Prozent zu. Dagegen sank der Bestand in der Krankheitsvollversicherung 2014 leicht auf 8,83 Millionen Personen. Das sind 0,6 Prozent oder 55.700 weniger Versicherte als Ende 2013. ■

AkdÄ startet Projekt zur Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts führt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) seit 2015 ein Projekt zur systematischen Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern durch.

Laut WHO sind etwa zehn Prozent der Krankenhausaufnahmen auf Nebenwirkungen zurückzuführen. In Deutschland beruhen nach Daten aus dem Netzwerk der regionalen Pharmakovigilanzzentren über drei Prozent der stationären Aufnahmen in internistischen Abteilungen auf unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Insgesamt 0,6 Prozent der Aufnahmen sind dabei auf vermeidbare Ereignisse zurückzuführen.

In dem AkdÄ-Projekt sind Ärzte aufgerufen, Medikationsfehler und daraus resultierende unerwünschte Wirkungen zusätzlich innerhalb des bereits existierenden Spontanmeldesystems zu berichten. Aus der systematischen Analyse dieser Meldungen sollen Ansätze zur Vermeidung von Medikationsfehlern entwickelt werden.

Parallel zum Projekt der AkdÄ hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Forschungsprojekt gestartet, in dem prospektiv in drei deutschen Krankenhausnotaufnahmen Medikationsfehler erfasst und unter anderem Erkenntnisse zur Häufigkeit von Medikationsfehlern gewonnen werden sollen. Beide Projekte sind Bestandteil des „Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“ und werden in enger Zusammenarbeit von AkdÄ und BfArM realisiert. ■



Erblicher Eierstockkrebs – Gentest Ja oder Nein?

Auf zwei Seiten vermittelt eine neue Patienten-Kurzinformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Wissenswertes zu erblichem Eierstockkrebs und klärt über die Möglichkeit auf, seine Gene untersuchen zu lassen. Frauen, die einen Gentest erwägen, erfahren außerdem, was bei der Entscheidung zu bedenken ist, und finden wichtige Fakten sowie praktische Tipps. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ entwickelt das ÄZQ im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Etwa drei von 100 bösartigen Tumoren der Frauen betreffen die Eierstöcke. Davon ist ungefähr jeder zehnte Eierstockkrebs erblich bedingt. Frauen mit familiärem Eierstockkrebs haben ein deutlich erhöhtes Risiko, sowohl Eierstock- als auch Brustkrebs zu bekommen. Sie erkranken häufig früher als üblich – also vor dem 50. Lebensjahr.

Mit einem Gentest kann festgestellt werden, ob eine veränderte Erbanlage vorliegt. Den Frauen sollte im Voraus bewusst sein, dass sie ein beunruhigendes Testergebnis erhalten könnten und sie mit diesem Wissen leben müssten. Ein positiver Gentest heißt aber nicht zwingend, dass man auch erkrankt.

Die Patienten-Kurzinformation steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/1HrmNLm> ■

Ärzteblatt Baden-Württemberg feiert 70-jährigen Geburtstag

Mit seiner Januar-Ausgabe erschien das Ärzteblatt Baden-Württemberg im 70. Jahrgang. Das Südwest-Ärzteblatt ist damit eine der ältesten medizinischen Zeitschriften Deutschlands, denn das "Württembergische Ärzteblatt", das im April 1946 erstmals erschien und heute "Ärzteblatt Baden-Württemberg" heißt, setzte das "Medizinische Korrespondenzblatt für Württemberg" fort, das bereits 1830 gegründet worden war. Jeden Monat erreicht das Blatt über 53.000 Leserinnen und Leser.

Der ersten Ausgabe des Jubiläums-Jahrgangs lag eine 44-seitige Festschrift bei. Neben einem Grußwort des Ministerpräsidenten Winfried Kretschmann enthält diese eine chronologische Darstellung ausgewählter Ereignisse, die dem Leser mit zahlreichen Zitaten aus bisher erschienenen Ausgaben ein lebendiges Bild der Historie des Blattes vermittelt. Außerdem wird so ein unmittelbarer und authentischer Einblick in die damit verbundene Geschichte der südwestdeutschen Ärzteschaft gewährt. ■

KBV und BÄK für sachgerechte Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Die Finanzierung der Weiterbildung muss endlich die sektorale Ungleichbehandlung überwinden. Nur so kann der Ärztenachwuchs für eine Weiterbildung im ambulanten Bereich gewonnen und für eine spätere ambulante Tätigkeit und Niederlassung begeistert werden“, erklärte KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann bei einer gemeinsamen Fachtagung von KBV und Bundesärztekammer (BÄK) in Berlin. Hierfür sei eine eigene Finanzierungsgrundlage nötig, wie sie die KBV zum Beispiel mit dem Stiftungsmodell Weiterbildung vorschlägt. Damit ist ebenfalls eine Gleichbehandlung von ambulanter und stationärer Weiterbildung gewährleistet. Insgesamt müsse die Finanzierung transparenter und sachgerechter werden.

Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer, begrüßte, dass mittlerweile auch die Politik Reformbedarf in der ärztlichen Ausbildung erkannt hat. Neben einer optimierten Auswahl der Studienplatzbewerber und der Stärkung der Allgemeinmedizin stelle die Förderung der Praxisnähe im Studium einen der Inhalte des von der Bundesregierung angekündigten „Masterplans Medizinstudium 2020“ dar. Mit Blick auf die ambulante Weiterbildung betonte Kaplan, dass hierfür die Gewährung mindestens gleicher tariflicher Konditionen wie an den stationären Weiterbildungsstätten unerlässliche Voraussetzung sei. Kaplan berichtete, dass die Stärkung der ambulanten Weiterbildung auch Gegenstand der Diskussionen um die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sei.



„Vorrangig im ambulanten Bereich anfallende Tätigkeiten sollen spezifisch abgebildet werden. Auch wollen wir berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten, Hospitationen oder neu entwickelte Lernmethoden im Weiterbildungsrecht implementieren. Weiterbildungsverbände sollen eine sektorübergreifende Weiterbildung ohne Unterbrechungen sicherstellen“, so Kaplan. ■

nachrichten

BÄK und KBV: Ärzte bei Prävention erste Ansprechpartner

Die Vorstände von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) haben eine stärkere Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in die Leistungen des geplanten Präventionsgesetzes gefordert. Anlässlich der ersten Lesung des Präventionsgesetzes im Deutschen Bundestag wiesen die Organisationen darauf hin, dass Ärzte die wichtigsten Ansprechpartner in Präventionsfragen sind. Sie erreichen Patienten aller gesellschaftlichen Schichten und können diese auf eine Veränderung von Verhaltensweisen und zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Angebote ansprechen.

Scharf kritisieren BÄK und KBV bei der Einrichtung einer „Nationalen Präventionskonferenz“, dass zwar die Sozialversicherungsträger, Ministerien, Länder- und Patientenvertreter als Mitglieder einbezogen, bislang aber die Spitzenorganisationen der Ärzteschaft in dieser nicht berücksichtigt werden sollen. Statt einer bloßen Präventionsempfehlung für Angebote der Krankenkassen, wie im Gesetz vorgesehen, fordern BÄK und KBV ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement, das sowohl eine Exploration gesundheitlicher Belastungen, eine ärztliche Beratung und Begleitung von Präventionsaktivitäten als auch die Bewertung ihrer Wirksamkeit umfasst. Im Kontext der Kinder- und Jugenduntersuchungen sollte die ärztliche Präventionsempfehlung zudem auch auf regionale Angebote Früher Hilfen hinweisen können.



Dagegen begrüßen beide Organisationen grundsätzlich den im Präventionsgesetz verfolgten Ansatz, die Gesundheitsuntersuchungen künftig stärker auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen auszurichten. Insbesondere sind die lange überfällige Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche und die Stärkung der Impfungen hervorzuheben. Auch die vorgesehene Stärkung der Prävention in Lebenswelten wird begrüßt. Allerdings muss sichergestellt werden, dass für die entsprechenden Leistungen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt beziehungsweise dieser aufgrund einer begleitenden Evaluation zu erwarten ist. Auch dürften diese Leistungen keine bereits bestehenden der allgemeinen Daseinsvorsorge der öffentlichen Hand ersetzen. ■

BÄK fordert mehr Personal für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Bundesärztekammer (BÄK) hält die geplante Ausweitung der Meldepflichten für bestimmte Krankheitserreger mit Resistenzen für prinzipiell sinnvoll. Äußerst kritisch sieht sie allerdings den damit verbundenen Zuwachs an Aufgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. „Schon derzeit kann das große Spektrum der Pflichtaufgaben im Bereich des Infektionsschutzes mit einem eher kleiner werdenden Personalbestand in vielen Gesundheitsämtern nicht mehr abgedeckt werden“, heißt es in einer Stellungnahme der BÄK zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Anpassung der Meldepflichten an die epidemische Lage. Deswegen sei es unabdingbar, mehr Personal für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung zu stellen.

Bei seinen Berechnungen setze das Bundesgesundheitsministerium die Zahl der Zusatzstunden als zu niedrig an. Während der Referentenentwurf von einem Mehraufwand von 44.370 Stunden in den Gesundheitsämtern ausgeht, rechnet die BÄK mit 133.000 bis 222.000 Stunden zusätzlich. Bei resistenten Erregern und Gonokokken spricht die Abschätzung von Aufwand und Nutzen aus Sicht der Bundesärztekammer für eine Meldepflicht. Dagegen stuft sie den Aufwand bei der Meldung der Clostridium difficile als unangemessen hoch ein. Die BÄK regt außerdem an, den Nutzen der Meldepflichten nach fünf Jahren zu überprüfen.

Die Stellungnahme steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/1FTorAD> ■

Psychisch Kranke werden überdurchschnittlich lang krankgeschrieben

Am Jahr 2013 waren 13,7 Prozent aller betrieblichen Fehltagen in Deutschland auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Damit ist der Anteil der durch psychische Erkrankungen verursachten Fehltagen, der seit dem Jahr 2000 Jahr für Jahr zugenommen hatte, nicht weiter gestiegen. Das ist das Ergebnis der Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015 der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Sie beruht auf den Daten von fast 85 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland.

Der Studie zufolge stellen die psychischen Erkrankungen nach Muskel-, Skelett- und Atemwegserkrankungen den häufigsten Grund für Arbeitsunfähigkeit dar. Sie führen unverändert zu überdurchschnittlich langen Krankschreibungen. Ein psychisch Kranker fehlte 2013 im Durchschnitt 34,5 Tage und damit deutlich länger als Herz-Kreislauf-Kranke (21,3 Tage), Muskel-Skelett-Kranke (18,5 Tage) und Atemwegskranke (6,6 Tage.) ■

Gesundheitsfachberufe für mehr gemeinsames Lehren und Lernen

Für eine Verstärkung des interprofessionellen Lernens in der Ausbildung und in der Fortbildung von Gesundheitsberufen haben sich die über 40 Mitgliedsverbände der Fachberufekonferenz bei der Bundesärztekammer bei ihrem jährlichen Treffen in Berlin ausgesprochen. In gemeinsamen Veranstaltungen könnten die Sichtweisen der verschiedenen Disziplinen und Berufe bei der Behandlung und Betreuung zusammengeführt werden. Die Kommunikation in multiprofessionellen Teams oder bei der Fallbegleitung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern und ihren Angehörigen ließe sich in gemeinsamer Aus- und Fortbildung besser erlernen. Das koordinierte Zusammenwirken werde selbstverständlicher und effektiver, je früher es zum Beispiel bereits in der Ausbildung thematisiert und eingeübt werde.



"Gemeinsames Lernen schärft das Bewusstsein für den Beitrag anderer Berufsgruppen in der Patientenbetreuung und -behandlung und trägt damit zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei", sagte Dr. Max Kaplan, Vorsitzender der Fachberufekonferenz und Vizepräsident der Bundesärztekammer. In Anbetracht der medizinischen und demografischen Entwicklung gewinnen abgestimmte Betreuungs- und Behandlungskonzepte eine größere Bedeutung. Die Verbände der Fachberufe beschäftigten sich damit, wie angesichts der wachsenden Zahl multimorbider, chronisch kranker, älterer und pflegebedürftiger Patienten sowie des wissenschaftlichen Fortschritts interprofessionelle Bildungskonzepte zur besseren Kooperation und Koordination in der Patientenbehandlung beitragen. Welche Methoden des Lehrens können zum Einsatz kommen und was bewirken sie? Welche Hemmnisse bei der Implementierung neuer Ideen in gewachsenen Strukturen gibt es und wie können sie überwunden werden? Die vorgestellten Konzepte und die Empfehlungen aus Modellprojekten zeigen nach Auffassung der Teilnehmer, dass sich derzeit eine neue Sensibilität für eine interprofessionelle Lehr- und Lernkultur an den Hochschulen und in der berufsnahen Fortbildung entwickelt. ■

Genitalverstümmelungen nehmen auch in Europa zu

Der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg und Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer, Dr. Ulrich Clever, hat sich für einen behutsamen Umgang mit Frauen, die von Genitalverstümmelung betroffen sind, ausgesprochen. Der Gynäkologe sagte in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt: „Manchmal kann man sich erst im Laufe der Zeit, mit wachsendem Vertrauen, dem Thema nähern. Und dann hat man als Arzt das nächste Problem: Wie formuliert man das? Viele Frauen wollen nicht als verstümmelt gelten. Da muss man feinfühlig vorgehen.“ Clever betonte, dass die weibliche Genitalverstümmelung schwerwiegende körperliche und seelische Folgen wie Störungen beim Wasserlassen, beim Stuhlgang, bei der Sexualität oder bei Geburten habe. Mit der wachsenden Zahl von Flüchtlingen nehme dieses Problem auch in Europa zu. In Deutschland gehe man von etwa 25 000 betroffenen Frauen und Mädchen aus.

„Wenn es darum geht zu verhindern, dass Mädchen in ihre Heimatländer gebracht werden, um dort verstümmelt zu werden, ist in bestimmten Fällen eine Schweigepflichtentbindung gegenüber Jugendamt oder Polizei möglich“, berichtete Clever. Bei erwachsenen Frauen sei das schwieriger. Wenn Frauen beispielsweise nach einer Geburt eine Reinfibulation wünschen, sei das nach deutschem Straf- und Berufsrecht verboten.

Die Bundesärztekammer befasst sich in einer Arbeitsgruppe aus Bund, Ländern und Nichtregierungsorganisationen mit dem Thema Genitalverstümmelung.

Das vollständige Interview im Deutschen Ärzteblatt: <http://bit.ly/1EaoAl7> ■

Ebola: Gröhe kündigt Sonderprogramm für Afrika an

Deutschland wird Afrika mit einem Sonderprogramm in Höhe von 200 Millionen Euro beim Aufbau einer Gesundheitsversorgung unterstützen. Allein Liberia erhalte zwölf Millionen Euro. Das teilte das Bundesgesundheitsministerium anlässlich der Westafrika-Reise von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) mit.

"Der Ebola-Ausbruch hat einmal mehr gezeigt, dass Gesundheit global gedacht werden muss", sagte Gröhe. Es werde auch im Rahmen der deutschen G7-Präsidentschaft darum gehen, Lehren aus der Ebola-Epidemie zu ziehen: "Die Gesundheitssysteme vor Ort müssen so gestärkt werden, dass sie für künftige Epidemien besser gerüstet sind." Das schütze auch vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. ■

Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung

Bundesärztekammer kritisiert ökonomische Überformung der Medizin

Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“: So unmissverständlich formuliert es die (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer (BÄK). Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen. Klar ist aber auch: Jeder Arzt in Deutschland arbeitet als Teil eines Gesundheitssystems, in dem ökonomische Überlegungen eine immer größere Rolle spielen. Dies wirkt sich auch auf die medizinische Indikation aus, einen Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit. Dabei beurteilt der Arzt, ob eine konkrete medizinische Maßnahme notwendig ist, um ein Behandlungsziel zu erreichen. Der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer hat sich daher unter Federführung des Medizinethikers Prof. Dr. Giovanni Maio eingehend mit den Wechselwirkungen zwischen der Ökonomisierung der Medizin und der Indikationsstellung beschäftigt.



Indikationsstellung: Ein Kernstück der ärztlichen Legitimation

In ihrer Stellungnahme warnt die Bundesärztekammer davor, „dass die Indikation zunehmend für das Ziel einer Optimierung der Erlöse zweckentfremdet“ werde. Anreizsysteme könnten die Ärzte dazu verleiten, trotz mangelhafter Evidenz ertragreiche Diagnostiken und Behandlungen vorzunehmen, oder auf notwendige Maßnahmen zu verzichten, wenn diese nicht angemessen oder gar nicht honoriert würden.

Kolonialisierung der Medizin durch die Ökonomie

Beispiel Krankenhaus: Dort wurde die Vergütung im Jahr 2004 auf Fallpauschalen umgestellt. Doch während solche Pauschalen in den meisten anderen Ländern der Qualitätssicherung und der Budgetbewertung dienen, handelt es sich in Deutschland um ein Preissystem. Dadurch verlagerte sich

die ökonomische Verantwortung von den Kostenträgern zu den Kliniken. Hinzu kommt, dass die Bundesländer sich beharrlich weigern, ihren Investitionsverpflichtungen nachzukommen. Und schließlich bleiben die Preissteigerungen für Krankenhausleistungen schon seit Jahren hinter den Tarifsteigerungen ihrer Beschäftigten zurück. Diesen geballten wirtschaftlichen Druck geben die Krankenhäuser auch an ihre Ärzte weiter, unter anderem in Form von Bonus-Klauseln in den Arbeitsverträgen, die an die Erreichung bestimmter Fallzahlen gekoppelt sind. Maio sprach gar von einer „Kolonialisierung der Medizin durch die Ökonomie.“ Im derzeitigen System achte jede Klinik darauf, welcher Patient gut behandelbar und rentabel sei. Auch die Bundesärztekammer hat sich wiederholt gegen solche Zielvereinbarungen ausgesprochen und eine Verschärfung der gesetzlichen Vorschriften gefordert. Und im Jahr 2014 plädierte der 117. Deutsche Ärztetag für ein Vergütungssystem, das sich an den individuellen Patientenbedürfnissen orientiert.

Problemfeld "wunscherfüllende Medizin"

Ein weiteres Problem sieht die Bundesärztekammer in dem Trend zur „wunscherfüllenden Medizin“, bei der die Grenzen zwischen Heilung und reiner Körperoptimierung verschwimmen. Dazu zählen unter anderem rein ästhetisch motivierte Eingriffe, Anti-Aging-Angebote oder Behandlungen zur Verbesserung der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Die Nachfrage nach solchen Leistungen ist enorm. Schätzungen gehen von bis zu einer Million Schönheitsoperationen pro Jahr aus.

Je alltäglicher solche Eingriffe werden, desto geringer werde die „normative Kraft der medizinischen Indikation“, warnen die BÄK-Experten. Zudem könne der Einfluss der „indikationsrelativierenden Tendenzen“ Ärzte dazu verleiten, aus wirtschaftlichen Gründen medizinisch nicht indizierte Eingriffe doch vorzunehmen. Je mehr die medizinische Indikation über die Etablierung ökonomischer Anreize in ihrer Substanz angetastet werde, desto mehr werde das für die Genesung unabdingbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschüttert. Daher lehnt die Bundesärztekammer alle ökonomischen Anreize ab, welche die Freiheit des Arztes in seiner Indikationsstellung einschränken könnten. Zudem müsse die Bedeutsamkeit der Indikation als zentrale vertrauensstiftende Säule ärztlichen Handelns neu unterstrichen werden. Eine medizinische Maßnahme könne nur im Ausnahmefall ohne Indikation erfolgen.

Die Stellungnahme steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/1EEI2sz>

Mehr Verständnis für Betroffene gefordert

BÄK veröffentlicht Stellungnahme zu Disorders of Sex Development



Wir brauchen in unserer Gesellschaft mehr Verständnis für Menschen mit seltenen Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung.“ Das forderte Dr. Heidrun Gitter, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK), anlässlich der Veröffentlichung einer BÄK-Stellungnahme zu den „Disorders of Sex Development“ (DSD). Bei den von DSD Betroffenen handelt es sich um Menschen, deren biologisches Geschlecht nicht eindeutig den Kategorien „männlich“ oder „weiblich“ zuzuordnen ist.

Aufgeklärte Gesellschaft gefragt

„Insbesondere die Gleichsetzung von DSD mit Fehlbildung oder Krankheit ist nicht angemessen“, erklärte Gitter. Um die Lage der Betroffenen zu verbessern, sei eine spezielle medizinische Kompetenz, ein hoher Wissens- und Kenntnisstand der Betroffenen und die Unterstützung durch eine aufgeklärte Gesellschaft gleichermaßen gefragt. Vor diesem Hintergrund begrüßte sie ausdrücklich die Initiative der Bundesregierung, sich in einer interministeriellen Arbeitsgruppe mit dieser wichtigen Thematik zu befassen. Als einen "Schritt in die richtige Richtung" bewertete Caren Marks (SPD), Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesfamilienministerium, die Stellungnahme.

Über Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung hat sich sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb der Ärzteschaft eine intensive Diskussion entwickelt. Medizinische Maßnahmen bei DSD berühren grundlegende, die Person in ihrem Wesenskern betreffende Eigenschaften und beinhalten biologische ebenso wie soziale, kulturelle und persönliche Aspekte. So stelle die Beratung und Behandlung von Menschen mit DSD eine große Herausforderung dar, heißt es

dazu in der Stellungnahme. Es seien unterschiedliche und zum Teil gegenläufige Aspekte zu beachten und zu gewichten, um angesichts der komplexen Fragestellungen die für die jeweilige individuelle Situation geeignete Vorgehensweise zu entwickeln.

Während ein Teil der Betroffenen mit der bisherigen medizinischen Betreuung zufrieden ist, wird von einem anderen Teil die in der Vergangenheit insbesondere bei Kindern mit Varianten/Störungen der sexuellen Geschlechtsentwicklung praktizierte frühe medizinisch-chirurgische Intervention heftig kritisiert. Diese Kontroverse, die auch von den Medien aufgegriffen wurde, hat nicht nur bei den Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher und bei erwachsenen Betroffenen, sondern auch innerhalb der Ärzteschaft zu Verunsicherungen geführt.

Experten fordern bessere Vernetzung der Versorgungsangebote

Vor diesem Hintergrund hat sich ein interdisziplinärer Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer ausführlich und kritisch mit dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft bei der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit DSD auseinandergesetzt. Die Experten fordern unter anderem eine bessere Vernetzung und Kompatibilität der bestehenden Versorgungsangebote, eine Stärkung der Beratung sowie die Bildung von Kompetenzzentren. Eltern und Betroffene sollten in unabhängigen, qualifizierten Beratungsstellen betreut werden, in denen sie auch Kontakte zu anderen Betroffenen knüpfen können. Die Stellungnahme weist darauf hin, dass in Bezug auf die Versorgungssituation von Menschen mit DSD noch ein großer Forschungsbedarf bestehe. Auch in Bezug auf chirurgische Maßnahmen im Neugeborenen- und Kindesalter lägen nur wenige Studien vor. Insbesondere Untersuchungen zur langfristigen Prognose seien unzureichend. "Beim nicht-einwilligungsfähigen Kind soll die Indikation zu operativen Maßnahmen äußerst restriktiv gestellt werden", empfehlen die Autoren. Bei Neugeborenen sei eine medikamentöse Therapie nur in besonderen Fällen indiziert.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer soll zu einer Versachlichung der öffentlichen Debatte beitragen und allen, die sich mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung in Klinik und Praxis beschäftigen, einen soliden Hintergrund für ihr Denken und Handeln auf der Basis des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft geben.

Die Stellungnahme steht zum Download bereit unter <http://bit.ly/1Hrlyfb>

personalia

Dr. Günther Jonitz bleibt Präsident der Ärztekammer Berlin



Dr. med. Günther Jonitz

Dr. med. Günther Jonitz (Marburger Bund) und Dr. med. Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte) sind erneut mit großer Mehrheit zum Präsidenten und Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin gewählt worden.

Der 56-jährige Chirurg und der 66-jährige Augenarzt beginnen damit ihre fünfte Amtszeit. Daneben wählte die 46-köpfige Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin in ihrer ersten Sitzung der vierjährigen Wahlperiode am Mittwochabend acht weitere Mitglieder, darunter drei neue, in den Berliner Kammervorstand. Jonitz und Wille können sich dabei wie in der Vergangenheit auf eine Zusammenarbeit aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten in der Delegiertenversammlung stützen.

Dr. Ulrich Clever als Präsident der LÄK Baden-Württemberg bestätigt

Dr. med. Ulrich Clever aus Freiburg ist von der Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit überwältigender Mehrheit zum Präsidenten der Landesvertretung wiedergewählt worden. Der 61-jährige Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe war bereits in den letzten vier Jahren Präsident der rund 65.000 Ärztinnen und Ärzte im Land.

Neuer Vizepräsident ist Dr. Matthias Fabian (55), Facharzt für Innere Medizin aus Stuttgart. Mitglieder des Vorstandes sind kraft Amtes auch die Anfang Februar gewählten Präsidenten der vier Bezirksärztekammern: Dr. Herbert Zeuner (61), Dr. Klaus Baier (64), Dr. Michael Schulze (68), sowie Dr. Ulrich Vossaar (61).



Dr. med. Ulrich Clever

Siebte Amtszeit für Dr. Andreas Crusius in Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. Andreas Crusius bleibt auch nach 24 Jahren Amtszeit der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Er geht mit seiner Wiederwahl nunmehr in seine siebente Amtsperiode. Bei der konstituierenden Kammerversammlung erhielt der 58-jährige Internist aus Rostock insgesamt 56 von 68 abgege-



Dr. med. Andreas Crusius

benen Stimmen bei einer Enthaltung. Die Wiederwahl ist eine Bestätigung des Votums, welches die Ärzteschaft zuvor bei der Wahl der Kammerversammlung im November 2014 abgegeben hatte. Dort erhielt Crusius auf der Landesliste – mit 2.713 – bereits die meisten Stimmen.

Auch den Vizepräsidenten wurde wieder das Vertrauen ausgesprochen. Die Delegierten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bestätigten den Rostocker Chirurg Dr. med. Wilfried Schimanke (49 Stimmen) sowie den Greifswalder Anästhesist Dr. med. Andreas Gibb (66 Stimmen) in ihren Ämtern.

Impressum

BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer

RedaktionAlexander Dückers (V.i.S.d.P.)
Samir Rabbata**Druck**

Pinguin Druck GmbH, Berlin

RedaktionsanschriftPressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 BerlinTel: 030 - 40 04 56 700
Fax: 030 - 40 04 56 707
presse@baek.de
www.baek.de**Redaktionsschluss**

13.04.2015