



## TSVG: Ärzteschaft sieht Licht und Schatten



**Spahn macht Tempo bei der Pflege  
Organspende: Gelingt die Trendwende?  
HTA: Europaweite Harmonisierung bleibt umstritten**

## Auftakt

Jens Spahn macht Tempo. Fast im Wochentakt legt der Bundesgesundheitsminister neue Gesetzentwürfe vor, zuletzt einen zur Reform der Organspende. Die gute Nachricht für die schwerkranken Patienten auf den Wartelisten: Spahn greift einige langjährige Forderungen der Ärzteschaft auf. So sieht sein Entwurf verbindliche Freistellungsregeln und mehr Einfluss für die Transplantationsbeauftragten vor. Hinzu kommt eine bessere finanzielle Vergütung für die Entnahmekrankenhäuser. Per Zeitungsinterview stieß Spahn dann auch noch eine Diskussion um die Einführung der Widerspruchslösung an – auch darauf hatte die Ärzteschaft schon lange gedrungen. „Freudig überrascht“ zeigt sich daher BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery im Interview (S. 8). Licht und Schatten gibt es dagegen bei einer weiteren Gesetzesinitiative aus dem Hause Spahn, dem „Terminservice- und Versorgungsgesetz“. Schatten werfen unter anderem die geplante Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten und die Verpflichtung zu fünf „offenen Sprechstunden“ pro

Woche. Solche Maßnahmen treiben die ohnehin schon hohe Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten nur noch weiter in die Höhe, kritisiert die Bundesärztekammer (BÄK). Positiv bewertet sie dagegen, dass die Terminservicestellen zu einer neuen Servicestelle mit erweitertem Aufgabenspektrum ausgebaut werden soll. Ebenfalls auf Zustimmung trifft das Vorhaben, bestimmte Leistungen künftig extrabudgetär zu vergüten. „Die Frage, ob das ein gutes oder ein schlechtes Gesetz ist, wird in der Umsetzung zu beantworten sein“, kommentiert Montgomery (S. 3).

Und dann gibt es noch die von Spahn zum „Mega-Thema“ auserkorene Pflege. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sieht die Ausgliederung der Kosten für Pflegepersonal aus der Krankenhausfinanzierung vor. Grundsätzlich ist dieser Paradigmenwechsel richtig, findet die BÄK. Sie mahnt aber gleichzeitig an, dass auf die Pflege beschränkte Maßnahmen keine Abhilfe beim grundsätzlichen Problem des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen schaffen (S. 6). ■

## inhalt

## september 2018

### Politik & Beruf

<b>Ärzeschaft sieht Licht und Schatten</b> Terminservice- und Versorgungsgesetz	3
<b>Spahn macht Tempo bei der Pflege</b> BÄK sieht Chance auf mehr Versorgungsorientierung	6
<b>Organspende: Gelingt die Trendwende</b> Gesetzentwurf greift Forderungen der Ärzteschaft auf	8
<b>Gesundheitsakte: Die "ePA light" als Übergang?</b> BÄK fordert strengeren Datenschutz	9
<b>Neue Regeln zur Studienplatzvergabe</b> BÄK für schnelle, einheitliche Umsetzung	10
<b>BÄK-Resolution zum Schutz von Ärzten vor Gewalt</b> Statistisch 75 Straftaten täglich gegen Mediziner	11
<b>KBV-Befragung: Hohe Zufriedenheit mit Ärzten</b> Zwiespältiges Verhältnis zur Digitalisierung	11

### Nachrichten

12

### Medizin & Ethik

<b>Geschäftsgeheimnisse: BÄK interveniert erfolgreich</b> Vertrauensverhältnis bleibt gewahrt	14
<b>Patienteninformation Insomnie</b> ÄZQ legt Broschüre zu Schlafproblemen vor	14
<b>HTA: Europaweite Harmonisierung weiter umstritten</b> ÄZQ legt Broschüre zu Schlafproblemen vor	15

### Personalien

16

### Impressum

16



Quelle: Evan Kirby/Unsplash

Terminservice- und Versorgungsgesetz

## Ärzterschaft sieht Licht und Schatten

Unter dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) war es en vogue, Gesetzen den Zusatz „Stärkung“ zu verpassen. Das sollte kraftvoll und vorwärtsgewandt klingen. Das Versorgungsstärkungsgesetz, das Pflegestärkungsgesetz oder das euphemistisch betitelte Selbstverwaltungsstärkungsgesetz sind hierfür nur einige Beispiele. Sein Parteifreund und Nachfolger im Amt, Jens Spahn, hält von diesem Substantiv nichts. Zumindest kommt mit dem jüngst vorgelegten „Terminservice- und Versorgungsgesetz“ (TSVG) nun schon der dritte Entwurf aus seinem Hause ohne eine „Stärkung“ im Titel aus.

Inhaltlich ist das Vorhaben deshalb jedoch nicht weniger gehaltvoll – dies schon deshalb, weil es sich um ein klassisches Omnibusgesetz handelt, also ein Reformpaket, das eine ganze Reihe sehr unterschiedlicher Einzelmaßnahmen und Sachthemen beinhaltet. Es sollen nicht nur vermeintliche Termin- oder Wartezeitenprobleme gelöst werden, sondern auch grundsätzliche Versorgungsprobleme. Folglich muss eine

Gesamtbewertung des Entwurfs differenziert erfolgen. Viele gute Ansätze, aber auch einige No-Gos – so lässt sich der Entwurf aus ärztlicher Sicht am ehesten zusammenfassen. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery wertet den Entwurf als gute erste Vorlage. Allerdings muss sich die Politik gegen die Krankenkassenlobby durchsetzen, damit das Gesetz ein Erfolg wird.

Von großem öffentlichen Interesse und besonderer Relevanz für Ärzte sind die in dem Entwurf vorgesehenen Neuregelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten sowie zu den Terminservicestellen. Mit den Mindestsprechstundenzeiten ist man dann auch schon bei den No-Gos angekommen, oder wie der Minister bei der Vorstellung seines Entwurfs schmunzelnd sagte: „Das hier ist der „Peitschenteil“ des Gesetzes.“ Entsprechend deutlich fällt zu dieser Passage auch die Kritik der Bundesärztekammer aus. So lehnt sie die geplante Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche und die verpflichtenden fünf Stunden als

## politik &amp; beruf

sogenannte „offene Sprechstunden“ ab. „Auch wenn positiv hervorgehoben werden muss, dass zumindest ein Teil der Mehrarbeit entsprechend vergütet werden soll, konterkarieren diese Vorgaben das Prinzip der Selbstverwaltung und verkennen die wahre Ursache der eingeschränkten Versorgungskapazitäten und dadurch bedingter Wartezeiten“, heißt es in einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK). Die Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten sei bereits heute überdurchschnittlich hoch. Zudem führten der Strukturwandel im Gesundheitswesen mit mehr Ärztinnen und Ärzten in Anstellung, mehr Teilzeitarbeit, die striktere Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeitvorgaben sowie der demografische Wandel zu einer weiteren Arbeitsverdichtung.

Umso erstaunlicher ist es aus Sicht der Ärzteschaft, dass in dem Gesetz keine Maßnahmen enthalten sind, die zu einer Behebung des Ärztemangels beitragen könnten. So ist der „Masterplan Medizinstudium“ 2020 weiterhin nicht umgesetzt, zudem müssten die Zulassungsbedingungen zum Medizinstudium verbessert sowie mehr Studienplätze geschaffen werden.

#### BÄK für "sektorenübergreifende Perspektive" in der Bedarfsplanung

Bei der Bedarfsplanung spricht sich die BÄK für eine sektorenübergreifende Perspektive mit einer patientenorientierten Flexibilisierung der Planungsbereiche und Regionalisierung der Versorgung aus. Die sektorenübergreifende Expertise, die neutrale Position und die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern sollten genutzt werden, indem sie in die Weiterentwicklung und, im Rahmen sektorübergreifender Landesgremien, Ausgestaltung der Bedarfsplanung einbezogen werden.

Positiv bewertet die Bundesärztekammer, dass die bisherigen Terminservicestellen zu einer neuen Servicestelle mit großem Aufgabenspektrum weiterentwickelt werden sollen. Dies sei ein wichtiger erster Schritt zur Umsetzung eines sektorenübergreifenden Konzepts der Notfall- und Akutversorgung sowie zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Tatsächlich greift der Gesetzentwurf wichtige Punkte auf, die sich in den Konzepten der Bundesärztekammer, des Marburger Bundes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Sachverständigenrates zu diesem Thema wiederfinden.

Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts ist nach Überzeugung der Bundesärztekammer ein „standardisiertes, validiertes Ersteinschätzungsinstrument, das insbesondere zur Identifikation potentiell lebensbedrohlicher Situationen geeignet ist, sodass keine Patientengefährdungen entstehen“. Notwendig sei auch eine umfassende und

nachhaltige Information der Bürgerinnen und Bürger zu dem neuen Konzept. Zudem merkt die BÄK an, dass in den neuen Servicestellen Vorhaltekosten entstehen werden, die über die Leistungsvergütung der Krankenkassen nicht abgedeckt sind. Die erforderlichen Finanzmittel seien daher nicht nur aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch durch ergänzende Investitionen aus Steuermitteln zu gewährleisten.

#### Budgetierung: Einstieg in den Ausstieg?

Ebenfalls auf Zustimmung der Ärzteschaft trifft das Vorhaben, bestimmte Leistungen künftig extrabudgetär zu vergüten. Dazu zählen unter anderem Leistungen, die nach Vermittlung durch die Terminservicestellen erbracht werden. Verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und „weitere vergleichbare Fälle“ sind hier ausgenommen. Ebenfalls extrabudgetär vergütet werden soll die Vermittlung eines Behandlungstermins beim Facharzt durch Hausärzte, die Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten, Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für neue Patienten sowie Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden.



Sieht die Regelungen zu Mindestsprechstunden und offenen Sprechstunden problematisch: BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

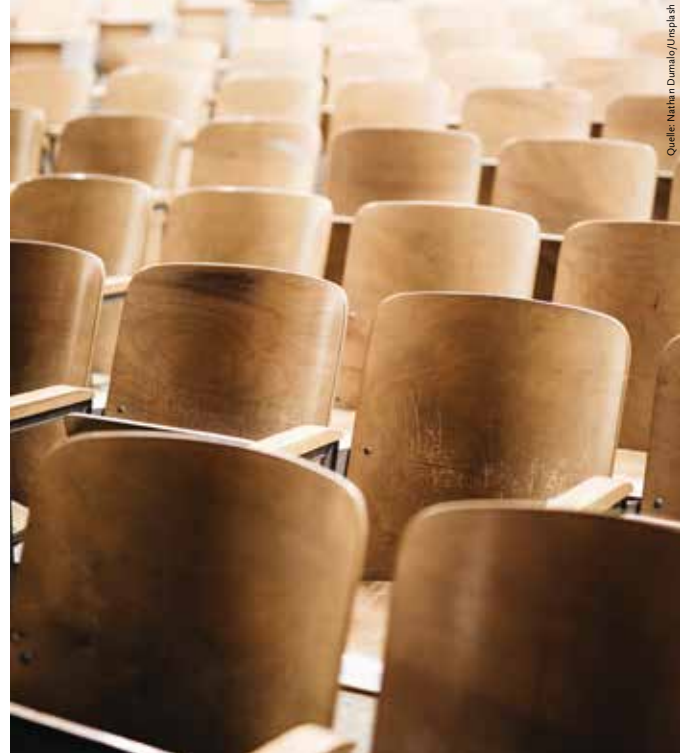
Mit dem Einstieg in die Entbudgetierung greift die Koalition eine wesentliche Forderung des diesjährigen Deutschen Ärztetages auf. Gleiches gilt für die beabsichtigten Neuregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Der Ärztetag hatte davor gewarnt, dass zunehmend medizinische Versorgungszentren von privatwirtschaftlich organisierten Konzernen durch den Kauf von Vertragsarztsitzen gegründet werden. Dies berge die Gefahr, dass die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in den Hintergrund treten

könnten gegenüber den Renditeinteressen von Konzernen, die zum Beispiel auch Medizinprodukte- und Arzneimittelherstellung betreiben. Im Blick hatten die Abgeordneten des Ärztetages dabei unter anderem die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen. Der Referentenentwurf sieht nun vor, dass die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ beschränkt werden soll.

Die BÄK führt in ihrer Stellungnahme aus, dass dadurch zumindest punktuell einer versorgungspolitisch unerwünschten Entwicklung entgegengewirkt wird. Die Beschränkung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen wird jedoch die mit der Renditeorientierung der Kapitalgeber verbundenen Risiken für die Versorgung nicht beseitigen und die beschriebene Entwicklung weder aufhalten noch rückgängig machen. Vielmehr werden Regelungen zu prüfen sein, um die Anzahl von Ärzten in MVZ auf ein sinnvolles Maß zu beschränken und um den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug durch Vorgaben zu Geschäftsanteilen und Stimmrechten zu begrenzen. „Eine zeitliche Begrenzung der Zulassung von MVZ und die Versorgungsnotwendigkeit sowie der Erhalt der Versorgungsvielfalt als Zulassungsvoraussetzung für MVZ sind dabei wichtige Aspekte“, heißt es in der Stellungnahme. Die Bundesärztekammer schlägt vor, dass sich eine wissenschaftliche Studie der Strukturen von MVZ widmen und insbesondere die Fragen beantworten sollte, wer wirtschaftlich von den MVZ profitiert und wie sich diese Strukturen auf die Versorgung auswirken.

„Licht und Schatten“ sieht BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery in dem Entwurf. „Die Frage, ob das ein gutes oder schlechtes Gesetz ist, wird in der Umsetzung zu beantworten sein“, sagte Montgomery. Problematisch schätzt er die Regelungen zu Mindestsprechstunden und offenen Sprechstunden ein. Dagegen sei die geplante einheitliche telefonische Anlaufstelle für Notfälle über die Telefonnummer 116117, kombiniert mit der 112, ein vernünftiger Ansatz. Insgesamt sei die Novelle in weiten Bereichen viel besser als gemeinhin bewertet werde. Die Politik müsse sich aber gegen die Lobby der Krankenkassen durchsetzen, forderte der Bundesärztekammerpräsident. Sonst sei das Gesetz gefährlich.

Montgomery bekräftigte seine Forderung nach mehr Medizinstudienplätzen. In dem Gesetz fehle jeglicher Hinweis darauf und auf die Verantwortung der Länder, kritisierte der BÄK-Präsident. „Da muss ein zweites Gesetz folgen.“ Er betonte, dass insbesondere für ausgedünnte Landstrichen mit einer vorwiegend älteren Bevölkerung neue Strukturen geschaffen werden müssten. Die Politik müsse erkennen, „dass das unbegrenzte Leistungsversprechen bei steigendem Behandlungsbedarf mit der heutigen Anzahl von Ärzten und der aktuellen Budgetierung auf Dauer nicht einzuhalten ist“, sagte Montgomery.



Kernproblem ungelöst: Medizinstudienplätze bleiben weiterhin Mangelware

Und wie beurteilen andere Akteure aus dem Gesundheitswesen den Referentenentwurf? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt den Ansatz des Gesetzgebers grundsätzlich, die entstehenden Mehraufwände für Ärzte auch zusätzlich zu vergüten. Gleichzeitig warnt sie vor einem Scheitern des Vorhabens, sollten sich die gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung quer stellen. Diese monierten bereits, die in dem Entwurf angelegte zusätzliche Honorierung von Ärzten für bestimmte Leistungen.

Der Hartmannbund sieht den Gesetzgeber auf dem richtigen Weg. Es sei eine wichtige Botschaft, dass das Ministerium den Ärzten für mehr Leistungen auch mehr Geld zugestehe. Man müsse jedoch genau hinschauen, ob all das, was man im Ministerium für sinnvoll hält, auch einem Machbarkeitstest im ärztlichen Alltag standhält. Der NAV-Virchow-Bund sieht in dem Entwurf eine echte Chance für die Lösung von Problemen in der ambulanten medizinischen Versorgung. Es werde anerkannt, dass die Budgetierung ärztlicher Leistungen eine wesentliche Ursache der Probleme ist. Der Marburger Bund sieht insbesondere die geplante Aufhebung von Zulassungssperren in ländlichen Gebieten als einen großen Schritt in die richtige Richtung. Die Politik müsse wieder mehr Freiheit wagen und jungen Ärztinnen und Ärzten bessere Chancen auf eine eigene Praxis ihrer Wahl geben.

Die Stellungnahme der BÄK finden Sie unter [www.baek.de/tsvg](http://www.baek.de/tsvg)

## Spahn macht Tempo bei der Pflege

BÄK sieht Chance auf weniger Wettbewerb und mehr Versorgungsorientierung

Als „Mega-Thema einer älter werdenden Gesellschaft“ hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Pflege bezeichnet. Schon im Koalitionsvertrag hatten CDU/CSU und SPD sich auf verschiedene Maßnahmen für Verbesserungen in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die pflegenden Angehörigen und Pflegekräfte verständigt. Der neue Gesundheitsminister drückt bei der Umsetzung jetzt mächtig aufs Tempo.

So hat der Deutsche Bundestag im Juni mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD, gegen die Stimmen von AfD, DIE LINKE und BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und bei Enthaltung der FDP die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe beschlossen, mit der das Pflegeberufegesetz ergänzt wird. Sie enthält Mindestanforderungen an die berufliche Ausbildung in der Pflege mit den Abschlüssen zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann, zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger einschließlich der nach zwei Jahren zu absolvierenden Zwischenprüfung.

In der Debatte im Bundestag kritisierte die Opposition insbesondere die Regelungen zur Altenpflege. Die Standards in der Altenpflege seien derart herabgesetzt worden, dass die Altenpflege damit zu einer „Pflege light“ verkomme, sagte die Abgeordnete Nicole Westig (FDP). Kritik wurde auch in Bezug auf die Kinderkrankenpflege geübt: Es sei unklar, wie

die Vielzahl aller Auszubildenden in der Pflege (40.000) die wenigen Plätze in der Kinderkrankenpflege (300 Kinderstationen) durchlaufen solle, hieß es. Tatsächlich scheint selbst in der Koalition keine Einigkeit zu herrschen. Denn auf die

Aussage des Stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD, Prof. Dr. Karl Lauterbach, dass das nicht auf die Kinderfachabteilungen beschränkt sei, sondern dass zum Beispiel auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Behindertenhilfe, die Kinderpraxen und Einrichtungen der Jugendhilfe umfasst sind, kam ein Zuruf des Berichterstatters der Unionsfraktion, Erich Irlstorfer (CSU): „Wirklich nicht! Kinderpraxen ja! Aber verabschieden Sie sich von den Behindertenwerkstätten! So nicht!“ Das Bundeskabinett hat die Verordnung am 1. August 2018 beraten, nun muss noch der Bundesrat zustimmen.

### BÄK begrüßt Ausgliederung der Kosten für Pflegepersonal

Als weiteren Baustein zur Verbesserung der Pflege hat Minister Spahn im Juni 2018 den Referentenentwurf für

ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) auf den Weg gebracht. Die mit dem vorgelegten Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen zur Stärkung der Pflege in den Kliniken hat die Bundesärztekammer (BÄK) grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Die vorgesehene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der bisherigen Krankenhausfinanzierungssystematik sei ein Paradigmenwechsel. Es böte sich die Chance, den Fokus von einem rein preisgetriebenen Wettbewerb hin zu einer deutlich stärker versorgungs-



Quelle: getty/pia.bay.com

orientierten Ausgestaltung zu setzen. Dies werde allerdings nur gelingen, wenn mit dem geplanten Schritt alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe erfasst werden. Auch die geplante vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal bewertet die BÄK positiv. Sie könnte ein probates Mittel gegen Arbeitsverdichtung und Fachkräftemangel sein. Aber eine nur auf die Pflege beschränkte Neuregelung helfe nicht bei dem grundsätzlichen Problem des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen.

Der Referentenentwurf sieht zudem vor, den mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführten Strukturfonds fortzuführen und das Volumen um jeweils eine Milliarde Euro pro Jahr aufzustocken. Auch dies geht aus Sicht der Bundesärztekammer in die richtige Richtung. Sie plädiert jedoch für eine weitere Aufstockung der Mittel um zusätzlich mindestens 500 Millionen Euro pro Jahr, da derzeit keine ausreichende Finanzierung von Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in der stationären Versorgung gegeben ist.

### Personaluntergrenzen kommen - aber nur für Pflegekräfte

Am 1. August 2018 hat das Bundeskabinett dem Gesetzentwurf mit einigen Änderungen zugestimmt. Neu ist unter anderem eine Regelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche, die ab Januar 2019 gelten soll.

Auf heftige Kritik bei der DKG stieß eine Regelung im PpSG, nach der ab dem Jahr 2020 der Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro pro Jahr wegfallen soll. Die DKG kritisierte, diese Regelung sei unverständlich und stehe im Widerspruch zu den angekündigten Verbesserungen. Im parlamentarischen Verfahren, das nach der Sommerpause begonnen hat, ist mit weiteren Änderungen zu rechnen. Das Gesetz soll im Wesentlichen am 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Da sich Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband nicht, wie gesetzlich vorgesehen, bis zum 30. Juni 2018 auf Personalgrenzwerte einigen konnten, wird im PpSG nun das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt, die Grenzwerte mittels einer Rechtsverordnung selbst festzulegen. Ein entsprechender Referentenentwurf wurde am 27. August 2018 veröffentlicht. Er sieht Untergrenzen in der Intensivmedizin, der Geriatrie, der Unfallchirurgie und der Kardiologie vor. Für jeden dieser Bereiche wird das Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften vorgegeben, wobei unter anderem zwischen Tages- und Nachtschichten sowie den Qualifikationsgraden der Mitarbeiter differenziert wird. So darf eine Pflegekraft auf der Intensivstation in der Tageschicht an einem Wochentag künftig höchstens zwei Patienten betreuen, in der Nachtschicht drei Patienten. In der Unfallchirurgie sind wochentags pro Pflegekraft zehn Patienten in der Tages- und zwanzig in der Nachtschicht erlaubt. Die Verordnung ist nach Angaben des Bundesgesundheitsmi-

nisteriums bis Ende des Jahres 2019 befristet und soll dann durch eine Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft ersetzt werden.



Für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ist die Verbesserung der Pflege ein "Mega-Thema"

Die DKG kritisierte die Vorgaben des BMG als zu restriktiv. So seien die Personalvorgaben für Intensivstationen "unrealistisch hoch", sagte DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß. Zahlreiche Kliniken mit Intensivstationen würden nicht mehr in der Lage sein, zusätzliche Patienten aufzunehmen, weil sie ansonsten die Personalvorgaben nicht mehr erfüllten.

Parallel zu den Gesetzesinitiativen haben Bundesgesundheitsminister Spahn, Bundesfamilienministerin Franziska Giffey (SPD) und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) am 3. Juli 2018 die „Konzertierte Aktion Pflege“ gestartet. Ziel der Aktion ist es, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar zu verbessern, die Pflegekräfte zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken. Hierfür sollen die Potenziale der in der Pflege beteiligten Akteure genutzt werden. So sollen bis zum Sommer 2019 konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der beruflich Pflegenden entwickelt und deren Umsetzung durch die jeweiligen Akteure verbindlich vereinbart werden.

Darüber hinaus hat Jens Spahn angekündigt, dass der Beitragssatz zur Pflegeversicherung deutlich erhöht werden muss. Nachdem zunächst von 0,2 Prozentpunkten die Rede war, schließt sich der Minister nun einer aktuellen Einschätzung der Pflegekassen an, wonach eine Erhöhung um 0,5 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2019 notwendig sein dürfte. Grund für die Erhöhung sind Ausgabensteigerungen, die auf den Reformmaßnahmen beruhen, die in der letzten Wahlperiode in Kraft gesetzt wurden.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer finden Sie unter [www.baek.de/ppsg](http://www.baek.de/ppsg)

## Organspende: Gelingt die Trendwende?

Gesetzentwurf greift wesentliche Forderungen der Ärzteschaft auf

Die Zahlen sprechen für sich: 2015: 2901. 2016: 2867. 2017: 2594. Jahr für Jahr schreiben die Tageszeitungen von einem „neuen Tiefstand“ bei den Organspenden. Nun stemmt sich die Politik endlich gegen den Trend. Das Bundesministerium für Gesundheit hat Ende August einen Referentenentwurf für die Reform der Organspende vorgelegt. „Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen in der Organspende“ (GZSO) lautet der Titel.

„Wir müssen alles versuchen, dass die Zahl der Organtransplantationen wieder steigt“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU). Zwar hätten immer mehr Menschen einen Organspendeausweis, den Krankenhäusern fehle aber häufig Zeit und Geld, um Spender zu identifizieren. Folgerichtig zielt der Entwurf nicht auf einen Bewusstseinswandel in der Bevölkerung ab, sondern auf strukturelle Verbesserungen. Eine Maßnahme sind die verbindlichen Freistellungsregeln für die Transplantationsbeauftragten, auf die sich Union und SPD schon in ihrem Koalitionsvertrag verständigt hatten. Der GZSO-Entwurf sieht nun eine Personalstelle auf 100 Intensiv- beziehungsweise Beatmungsbetten vor. Außerdem sollen Transplantationsbeauftragte deutlich mehr Einfluss erhalten, etwa durch ein Zugangsrecht zu Intensivstationen, die Anwesenheit bei der Beurteilung potenzieller Organspender oder dem Recht zur uneingeschränkten Akteneinsicht. Auch die Vergütung der Organentnahme wird neu justiert. Sie soll für die Entnahmekrankenhäuser nicht mehr länger

ein Minusgeschäft sein. Konkret sieht der Entwurf eine höhere Grundpauschale vor. Darüber hinaus soll es weitere Pauschalen für die intensivmedizinische Versorgung und einen Ausgleichszuschlag für die notwendige Infrastruktur geben. Unterm Strich sollen sich die Mehreinnahmen für die Entnahmekrankenhäuser auf das Dreifache der in den Fallpauschalen kalkulierten Kosten summieren. Zu den weiteren Maßnahmen zählen qualifizierte Ärzteteams zur Unterstützung kleinerer Krankenhäuser, ein bundesweiter neurologischer konsiliarärztlicher Bereitschaftsdienst sowie ein Berichtssystem zur Spendererkennung und -meldung.

Schon wenige Tage nach der Vorstellung des Gesetzentwurfs legte Gesundheitsminister Spahn nach. In einem Zeitungsinterview forderte er „eine breite gesellschaftliche Debatte über eine Widerspruchslösung.“ Mit ihr würde in Zukunft jeder als Organspender gelten, sofern er oder seine Angehörigen dem nicht widersprechen – eine Lösung, die sich in vielen europäischen Ländern bereits bewährt hat. Spahn will dazu allerdings keinen eigenen Entwurf vorlegen, sondern den Bundestag diskutieren lassen: „Dort gehört das Thema hin.“ Auch Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) sprach sich für eine grundlegende gesellschaftliche Debatte aus. Sie finde es richtig, dass diese im Bundestag geführt werde, sagte Regierungssprecher Steffen Seibert. FDP-Chef Christian Lindner hingegen bezeichnete die Widerspruchslösung als eine „Deformation der Selbstbestimmung“.

### 3 Fragen an Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

**Herr Prof. Dr. Montgomery, der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will mit Hilfe einer Widerspruchslösung die Zahl der Organspenden erhöhen. Hat Sie der Vorstoß überrascht?**

Freudig überrascht, ja. Als sich der Deutsche Ärztetag im Mai für die Widerspruchslösung ausgesprochen hatte, standen wir mit unserer Forderung noch recht allein da. Mittlerweile hat sich die Stimmung gedreht.

Auch die Mehrheit in der Bevölkerung ist nach Umfragen dafür. Aber natürlich stehen uns noch intensive Debatten bevor - und das bei einem so wichtigen Thema auch gut so.

**Wäre es nicht klug gewesen, die Widerspruchslösung gleich**

**in das Gesetz zur Organspendereform mit aufzunehmen?**

Ganz im Gegenteil. Es geht hier um ein hochsensibles Thema, das ethische, religiöse und rechtliche Fragen berührt. Daher muss die Debatte in der ganzen gesellschaftlichen Breite geführt und dann aus der Mitte des Bundestags heraus entschieden werden. Ein Hauruck-Verfahren würde die Menschen verunsichern. Das darf nicht passieren.

**Denken Sie, dass die Widerspruchslösung ausreicht, um die Trendwende bei den Organspenden zu schaffen?**

Nein, sie muss flankiert werden durch weitere Maßnahmen. Die Entnahmekrankenhäuser betreiben einen erheblichen Aufwand, den die aktuelle Vergütung bei weitem nicht abdeckt. Das muss sich ändern. Zusätzlich brauchen wir eine bundeseinheitliche Freistellungsregelung für die Transplantationsbeauftragten. Der Gesetzesentwurf, den Jens Spahn dazu vorgelegt hat, geht bei beiden Problemen in die richtige Richtung.



## Gesundheitsakte: Die "ePA light" als Übergang?

BÄK fordert strengen Datenschutz auch für Kassenlösungen

Schnellere und bessere Versorgung, das verspricht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) den Patienten mit seinem Terminservice- und Versorgungsgesetz

(TSVG). Im Mittelpunkt des Referentenentwurfs, der im Juli 2018 in Berlin vorgestellt wurde, stehen Sprechstundenzeiten, Terminvergabe und extrabudgetäre Vergütung (siehe Bericht Seite 3). Doch in dem 144 Seiten langen Entwurf finden sich noch zahlreiche weitere Regelungen, mit denen die Politik die gesundheitliche Versorgung neu justieren will. Unter anderem sollen die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ihren Versicherten spätestens ab dem Jahr 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen, die von der Gesellschaft für Telematik (gematik) zugelassen worden ist.

### Übergangslösung Gesundheitsakte

Während die Politik die Rahmenbedingungen vorgibt, experimentieren die Krankenkassen mit selbstgestrickten Lösungen. So haben die Techniker Krankenkasse und die AOK in den letzten Monaten eigene Anwendungen vorgestellt. Der jüngste Neuzugang ist die App „Vivy“, ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer gesetzlicher Kassen und privater Versicherungen. Was den meisten Versicherten jedoch nicht klar sein dürfte: Bei diesen Angeboten handelt es sich nicht um elektronische Patienten-, sondern um Gesundheitsakten. In Gesundheitsakten können Versicherte auf ihrem Smartphone eigene Gesundheitsdaten ablegen; dabei kann es sich beispielsweise um abfotografierte Arztbriefe handeln oder um die Daten einer Schrittzähler-App. Ärzte haben keinen Zugriff auf Gesundheitsakten. Die Kassen nutzen also lediglich eine Übergangslösung, die es ermöglichen soll, „erste Erfahrungen“ zu sammeln, wie die Bundesregierung im Juli 2018 auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mitteilte. Die Politik erhofft sich von den Kassenprojekten „wichtige Impulse“ für die ePA und die Telematikinfrastruktur.

Vielfalt belebt also das Geschäft? Grundsätzlich mag das stimmen, doch inzwischen wächst sogar bei den Krankenkassen die Sorge, dass man sich am Ende in einem Wust in-

kompatibler Systeme verheddern könnte. „Es muss eine Akte geben, die für alle Versicherten im deutschen Gesundheitssystem gleich ist“, sagt etwa Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. Schon im Mai 2018 hatte der 121. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber aufgefordert, „Wildwuchs und Insellösungen zu unterbinden.“

### BÄK setzt sich für Wahlfreiheit ein

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer (BÄK) die im TSVG geplanten Neuregelungen zur elektronischen Patientenakte. Allerdings fordert sie in einer Stellungnahme ein Wahlrecht für Patienten. „Ziel sollte es sein, dass der Versicherte sich den Anbieter seines Vertrauens aussuchen kann“, betont die BÄK. Die ePA der Krankenkasse dürfe für den Versicherten nicht alternativlos sein, diese Bindung schränke das Wahlrecht der Versicherten „in einem nicht zu akzeptierenden Maße“ ein.

Eine weitere Herausforderung ist es, die sensiblen Gesundheitsdaten vor unberechtigten Zugriffen und Missbrauch zu schützen. „Die strengen Datenschutzerfordernungen an die elektronische Patientenakte müssen auch für die Gesundheitsakten gelten“, fordert Dr. Franz-Joseph Bartmann, Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund entsprechender Projekte von kommerziellen Anbietern wie Microsoft oder Apple. Während beim gematik-Ansatz die Sicherheit höchste Priorität genieße, setzten die Gesundheitsakten der Krankenkassen auf ein abgespecktes Sicherheitskonzept.

Auch für die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) steht der Schutz der Patientendaten im Vordergrund. Bei allen notwendigen Anpassungen sei sicherzustellen, „dass Patienten auf ein geschütztes Kommunikationsnetz vertrauen können, einheitliche Standards zur Anwendung kommen und eine Weitergabe von Patientendaten an Krankenkassen oder gar kommerzielle Anbieter ausgeschlossen ist“, unterstreicht MB-Vorstandsmitglied Dr. Peter Bobbert.

Auf wenig Gegenliebe stößt in diesem Zusammenhang das Ansinnen des Gesetzgebers, Leistungs- und Abrechnungsdaten in die elektronische Patientenakte einzuspeisen. Sie böten nur einen unzureichenden und zudem zeitlich verzögerten Überblick über den Gesundheitszustand eines Patienten, gibt die Bundesärztekammer zu bedenken. Daher stelle die Aufnahme dieser Informationen in die Patientenakte „eine potentielle Fehlerquelle“ für die ärztliche Weiterbehandlung dar. Nicht die Quantität der Daten sei ausschlaggebend, sondern deren Qualität und Validität. ■

## KMK beschließt neue Regeln für Studienplatzvergabe

### BÄK fordert schnelle und bundeseinheitliche Umsetzung



Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat Eckpunkte eines neuen Staatsvertrages verabschiedet, der die Vergabe von Medizinstudienplätzen neu regeln soll. Das bisherige Vergabeverfahren soll aufgrund eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) reformiert werden. Die wichtigste Neuerung: Die Wartezeitenquote soll wegfallen. Für Anwärtler, die bereits lange auf einen Studienplatz warten, sollen „Möglichkeiten der Bonierung von Wartezeit und die Berücksichtigung der in der Wartezeit erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen in anderen Quoten geprüft“ werden.

Anlass für die anstehende Neuregelung des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium ist das Urteil des BVerfG vom 19. Dezember 2017. Die obersten Richter hatten die bisherige Vergabe von Medizinstudienplätzen als teilweise verfassungswidrig beanstandet und gefordert, das Vergabesystem bis Ende 2019 neu zu regeln. Dabei kritisierten sie insbesondere die zu langen Wartezeiten auf einen Medizinstudienplatz. Am hohen Einfluss der Abiturnote auf das Vergabesystem störten sie sich zwar grundsätzlich nicht, forderten aber eine Vergleichbarkeit der Abiturnote zwischen den Ländern sowie die Einbeziehung weiterer Auswahlkriterien in die Auswahlverfahren der Hochschulen.

Für die geforderte Neuregelung muss nun ein neuer Staatsvertrag zwischen den Ländern geschlossen werden. Ein erster Entwurf soll im Herbst 2018 vorliegen. Nach den Eckpunkten der KMK soll die Abiturbestenquote auch weiterhin maßgeblich darüber entscheiden, welche Bewerber zum Medizinstudium zugelassen werden. Dabei wird ein Anteil von mindestens 20 Prozent der nach Abzug von Vorabquoten zur Verfügung stehenden Studienplätze an die Abiturbesten ver-

geben werden. Für eine Übergangszeit wird die vom Bundesverfassungsgericht geforderte annähernde Vergleichbarkeit der Abiturnoten aller Länder über einen Ausgleichsmechanismus (Prozentrangverfahren) sichergestellt. Dieser werde entbehrlich, sobald die annähernde Vergleichbarkeit aufgrund politischer Maßnahmen im Schulbereich hergestellt sei.

Für die Auswahlentscheidungen der Hochschulen sollen neben der Abiturnote mindestens zwei weitere eignungsorientierte Kriterien herangezogen werden. Welche das sind und wie diese Kriterien zu gewichten sind, wollen die Ministerinnen und Minister noch in diesem Jahr auf der Grundlage des Entwurfs des Staatsvertrags entscheiden.

Da die Programmierung des neuen, verfassungsgemäßen Verfahrens in der vom BVerfG gesetzten Frist nicht vollständig zu leisten sei, werde es auf dem Weg zur Vollversion eine Übergangslösung geben, so die KMK. Dabei soll auf die Auswahlkriterien verzichtet werden, die einen Datenaustausch zwischen den EDV-Plattformen der Hochschulen und dem Bewerberportal der Stiftung für Hochschulzulassung nach Bewerbungsschluss erfordern.

Die Bundesärztekammer hatte sich in der Vergangenheit wiederholt für eine Reform des Vergabeverfahrens ausgesprochen und sich auch vor dem Bundesverfassungsgericht dafür stark gemacht. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery hat im Nachgang der KMK die Notwendigkeit für ein modernes Vergabeverfahren bekräftigt und das Bekenntnis zu weiteren Auswahlkriterien neben der Abiturnote begrüßt. Die Beschlüsse müssten nun schnell und bundeseinheitlich umgesetzt werden. ■

## Resolution: BÄK fordert besseren Schutz von Ärzten vor Gewalt

Statistisch gibt es 75 Gewalttaten gegen Mediziner und ihre Mitarbeiter - täglich

Die Bundesärztekammer (BÄK) fordert mehr Schutz für Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe vor gewaltsamen Übergriffen. „Ärztinnen und Ärzte sind Helfer. Sie verdienen für ihre Arbeit Respekt, Unterstützung und vor allem Schutz vor jeglicher Form verbaler und körperlicher Gewalt“, heißt es in einer Resolution, die der BÄK-Vorstand in seiner Sitzung am 23. August 2018 verabschiedet hat.

Darin fordert die Ärzteschaft, der Gewalt vorzubeugen. Gewaltprävention fange damit an, dass der Arbeit von Ärzten die Anerkennung entgegengebracht werde, die sie verdienen. „Aufklärungskampagnen müssen verdeutlichen, dass die Sicherheit von Ärzten und anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen unverzichtbare Voraussetzung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist“, heißt es in der Resolution.

Zudem spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, Gewalt gegen Ärzte gesellschaftlich zu ächten und ihr entgegenzutreten. „Ärztinnen und Ärzte setzen sich tagtäglich für das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten ein. Um ihr eigenes Wohl zu schützen, sind sie auf die Solidarität aller Bürgerinnen und Bürger angewiesen“, unterstreicht die BÄK. Hier sei jeder Einzelne gefordert, soweit es die Situation und die eigene Sicherheit zuließen.

Im August sorgte der Mord an einem Arzt in Offenburg, bei dem auch eine Praxismitarbeiterin verletzt wurde, für Entsetzen.



Die Bundesärztekammer verurteilte die Tat scharf: „Die Blut-tat von Offenburg ist der vorläufige traurige Höhepunkt einer Reihe von Angriffen auf Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe – sei es in Praxen, bei Hausbesuchen, bei Rettungseinsätzen oder in den Notfallambulanzen.“ Statistisch gesehen kommt es täglich zu 75 Akten von körperlicher Gewalt allein gegen Mediziner und ihre Praxisteamer. Dies geht aus einer Untersuchung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und NAV-Virchow-Bund hervor. Ihr zufolge hat jeder vierte Vertragsarzt in seinem Berufsleben schon Erfahrung mit körperlicher Gewalt durch Patienten gemacht.

Die Resolution im Wortlaut finden Sie unter [www.baek.de/resolutiongegengewalt](http://www.baek.de/resolutiongegengewalt) ■

## KBV Versichertenbefragung: Hohe Zufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten

Zwiespältiges Verhältnis zur Digitalisierung

Die Deutschen vertrauen ihren Ärztinnen und Ärzten. Das ist die wichtigste Erkenntnis der 10. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. So gaben 91 Prozent der Befragten an, niedergelassenen Ärzten ein hohes oder sehr hohes Vertrauen entgegenzubringen. Von solchen Vertrauenswerten seien viele Politiker „meilenweit“ entfernt, sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen bei der Präsentation der Umfrageergebnisse.

Zwiespältig stehen die Versicherten hingegen dem Thema Digitalisierung gegenüber. So interessieren sich die Patienten für die Möglichkeiten von Gesundheitsapps und nutzen Internetrecherchen als digitales Zweitmeinungsverfahren. Gleichzeitig lehnen sie aber automatisierte ärztliche Tätigkeiten oder Diagnosen ausschließlich über Apps ab. Es herrscht die Befürchtung, „digitale Technologien könnten den Zugang zu menschlicher Zuwendung erschweren und den Menschen langfristig verdrängen“, heißt es in dem Bericht.

Leichte Verschiebungen gab es bei der Inanspruchnahme von Notfallstrukturen. So ging die Zahl der Patienten, die bei einem Notfall in der Nacht oder am Wochenende ein Krankenhaus aufsuchen würden, von 40 Prozent im vergangenen Jahr auf nunmehr 33 Prozent zurück. Dagegen gaben 26 Prozent der Befragten an, sich an den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu wenden.

In Bezug auf die Wartezeiten ergab die Umfrage ein weniger dramatisches Bild, als es von Politik und Medien häufig vermittelt wird. So berichten 45 Prozent der Befragten, dass sie überhaupt keine Wartezeiten auf einen Arzttermin hatten. Davon bekamen 30 Prozent „sofort“ einen Termin, weitere 14 Prozent konnten ohne Termin direkt zum Arzt. Bei 15 Prozent betrug die Wartezeit drei Tage oder weniger, 39 Prozent der Patienten mussten sich länger gedulden. „Relevant für die Wartezeit auf einen Termin ist vor allem die Dringlichkeit einer Behandlung“, kommentierte KBV-Chef Gassen. ■

## nachrichten

## Hämophileregister: BÄK sieht einen Schritt in die richtige Richtung

Als „Schritt in die richtige Richtung“ wertet die Bundesärztekammer (BÄK) den Referentenentwurf einer Verordnung über das Deutsche Hämophileregister. Die Ärzteschaft unterstützt das Anliegen, durch das Register eine wissenschaftlich auswertbare und zur Verbesserung der Evidenzlage der Patientenversorgung nutzbare Datenbasis einzurichten. Allerdings sei der Entwurf in mehrfacher Hinsicht überarbeitungsbedürftig. Unter anderem fordert die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme eine „deutliche Entbürokratisierung des gesamten Verfahrens“.

Darüber hinaus hält die BÄK es für notwendig, das Datenverarbeitungskonzept unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten grundlegend zu überprüfen, um für Ärztinnen und Ärzte Rechts- und Verfahrenssicherheit zu schaffen. Kritisch sieht die Bundesärztekammer auch die Definition der Schnittstellen zum Deutschen Hämophileregister sowie die in dem Entwurf vorgesehene umfangreiche Aufgabenzuweisung an das Paul-Ehrlich-Institut. Diese lasse sich nicht aus dem Transfusionsgesetz oder anderen Rechtsgrundlagen ableiten, so die BÄK.

Die Stellungnahme zum Download: [www.baek.de/haemophileregister](http://www.baek.de/haemophileregister) ■

## BÄK fordert Schutz für Ärzte bei der Zollfahndung

Ärzte müssen bei Zollfahndungen in den Kreis der absolut geschützten Personengruppen aufgenommen werden. Das fordert die Bundesärztekammer (BÄK) mit Blick auf den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neustrukturierung des Zollfahndungsdienstgesetzes, den das Bundesministerium der Finanzen am 24. Juli 2018 vorgelegt hat.

Der Entwurf sieht bisher nur einen besonderen Schutz für Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände vor. Aufgrund der besonderen Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses bestehe aber auch für Ärzte ein gesteigerter Schutzbedarf, argumentiert die BÄK. Sie befürchtet, dass die nun vorgesehene Regelung „das Vertrauensverhältnis zwischen den ärztlichen Berufsheimnisträgern und Patienten, die auf deren Hilfe angewiesen sind, nachhaltig beeinträchtigen.“ Patienten müssten sich ihrem Arzt gegenüber offenbaren können, ohne die Preisgabe der Informationen an Dritte befürchten zu müssen. Darüber hinaus forderte die BÄK den Gesetzgeber dazu auf, auch im BKA-Gesetz einen besonderen Schutz für Ärzte zu verankern.

Die Stellungnahme finden Sie unter [www.baek.de/zoll](http://www.baek.de/zoll) ■

## BVA kritisiert Umgang der Krankenkassen mit Versicherten

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat den gesetzlichen Krankenkassen vorgeworfen, mit den Widersprüchen von Versicherten nicht ordnungsgemäß umzugehen und diese zum Nachteil der Patienten abzulehnen. Die Kassen würden bei der Widerspruchsbearbeitung „nur unzureichend“ Vorschriften des Sozialgesetzbuches beachten, heißt es in einem Rundschreiben der Aufsichtsbehörde an alle Kassenchefs. Es gebe „grundsätzliche verfahrensrechtliche Mängel“ in der Widerspruchsbearbeitung.

Es komme „nicht selten vor“, dass Kassen bei widerspruchsführenden Versicherten um Stellungnahme bäten oder sogar direkt nachfragten, ob sie den Widerspruch nicht zurücknehmen wollten. Anrufe bei Patienten wegen eingeleiteter Widersprüche müssten laut BVA jedoch einen konkreten Anlass haben, etwa ein neues Gutachten des Medizinischen Dienstes mit neuen Sachverhalten. Eine Nachfrage beim Versicherten „ohne relevanten Anlass“ sei nicht zulässig. Häufige Nachfragen der Krankenkassen könnten bei den Versicherten den Eindruck erwecken, der Einspruch hätte keine Erfolgsaussichten und „müsse“ somit zurückgenommen werden.



Das Widerspruchsverfahren sollte laut BVA so schnell wie möglich zum Abschluss gebracht werden, um dem Versicherten ggf. die Möglichkeiten zu eröffnen, den Rechtsweg zu verfolgen. Dies gelte insbesondere für Versicherte, deren Krankheitsbild eine rasche Entscheidung als Voraussetzung für medizinische Hilfe erfordere. Über Widersprüche müssten die Kassen laut BVA „grundsätzlich drei Monate nach Einlegung“ entschieden haben. Jeder Widerspruchsbescheid sei mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Der Versicherte müsse sich über die ihm zustehenden Rechte im Klaren sein. Patienten könnten sich neben dem Widerspruch bei ihrer Kasse auch direkt an das BVA wenden. Die Prüfung erfolge dabei unabhängig von einem etwaigen Widerspruchsverfahren, welches von der Kasse durchgeführt werde. ■

### Mehrheit der Deutschen zufrieden mit Gesundheitsversorgung

Deutschland verzeichnet laut einer internationalen Umfrage weltweit die höchste Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung. Zwei Drittel der Bundesbürger (65 Prozent) sind der Meinung, dass sie die medizinische Versorgung erhalten, die sie benötigen, wie aus einer Umfrage des Markt- und Sozialforschungsinstituts Ipsos in 28 Ländern hervorgeht. Nur elf Prozent zeigten sich gegenteiliger Meinung.

Auch bei der Beurteilung der Qualität der Gesundheitsversorgung liegt Deutschland demnach im Ländervergleich weit oben (an sechster Stelle hinter Belgien, Indien, USA, Malaysia und Australien). Gut jeder zweite Deutsche (56 Prozent) bezeichnet diese für sich und seine Familie als hervorragend, nur zwölf Prozent stimmen dem ausdrücklich nicht zu und jeder Dritte (32 Prozent) kann sich dazu nicht eindeutig äußern.

Weiter ergab die Umfrage, dass vier von zehn Bundesbürgern (40 Prozent) der Meinung sind, dass sich viele Mitbürger keine gute Gesundheitsversorgung leisten können. Jeder Vierte (27 Prozent) sieht das nicht so und jeder Dritte (33 Prozent) ist in diesem Punkt unentschieden, so die Studie.

Nur vier von zehn Befragten sind von der Angemessenheit der Kosten im Gesundheitsbereich überzeugt, fast jeder vierte (23 Prozent) findet sie ausdrücklich nicht angemessen, jeder Dritte (34 Prozent) ist in diesem Punkt unentschieden. ■

### Rücklagen der Krankenkassen steigen auf mehr als 20 Milliarden Euro

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) im 1. Halbjahr des Jahres 2018 einen Überschuss von rund 720 Millionen Euro erzielt. Demnach überschritten die Finanzreserven der Krankenkassen bis Ende Juni 2018 erstmals die Grenze von 20 Milliarden Euro. Im Durchschnitt entspreche dies mehr als einer Monatsausgabe und damit mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve.

Der Gesundheitsfonds verzeichnete im 1. Halbjahr 2018 einen saisonüblichen Ausgabenüberhang von rund 3,05 Milliarden Euro. Für das gesamte Jahr 2018 geht das BMG von einem deutlichen Überschuss für die gesetzliche Krankenversicherung und die Krankenkassen aus. Mit der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung 2019 soll sich Mitte Oktober der GKV-Schätzerkreis befassen. Nach Auswertung der Ergebnisse wird das BMG bis zum 1. November den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das kommende Jahr bekanntgeben. ■

### Mehrheit der Ärzte und Apotheker sieht Digitalisierung positiv

Jede vierte Arztpraxis (26 Prozent) verfügt bereits über einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI), 34 Prozent haben den Anschluss fest eingeplant, und 28 Prozent wollen sich derzeit nicht an die TI anschließen lassen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Forsa-Umfrage, die das Institut im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zu Cyberrisiken und Digitalisierung im Gesundheitswesen durchgeführt hat.

Grundsätzlich wird die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens von den Befragten positiv gesehen: Für 56 Prozent der Ärzte und 61 Prozent der Apotheker überwiegen die Vorteile, nur 28 bzw. 24 Prozent sehen eher Nachteile. Positiv bewertet werden vor allem eine beschleunigte und vereinfachte Abrechnung mit Krankenkassen und der bessere Austausch mit den Patienten und anderen Ärzten. Sorgen bereiten den Ärzten und Apothekern hingegen ein höheres Risiko von Cyber-Kriminalität und der Schutz der sensiblen Patientendaten.



Obwohl das E-Health-Gesetz den Arztpraxen einen Anschluss bis zum Jahresende vorschreibt und andernfalls finanzielle Sanktionen vorsieht, wollen diese Ärzte zunächst die weitere Entwicklung abwarten oder äußern Zweifel daran, dass das System aktuell funktionsfähig und mit der Datenschutzgrundverordnung vereinbar ist. Ein Viertel der Arztpraxen (26%) ist bereits an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen, ein weiteres Drittel (34%) hat den Anschluss fest eingeplant.

Überwiegend skeptisch stehen die niedergelassenen Ärzte Online-Sprechstunden gegenüber. Lediglich sechs Prozent können sich ein solches Angebot vorstellen, für 89 Prozent kommen Online-Sprechstunden grundsätzlich nicht infrage. Sie wenden insbesondere ein, dass im Rahmen einer Online-Sprechstunde der persönliche Kontakt zu den Patienten fehle (85%), eine umfassende Diagnose nicht möglich sei (74%) und keine Krankschreibungen oder Rezepte ausgestellt werden dürften (55%). ■

## medizin &amp; ethik

**BÄK interveniert erfolgreich beim Schutz von Geschäftsgeheimnissen**

Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt gewahrt

Die Bundesärztekammer (BÄK) konnte sich mit ihrer Kritik an einem Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums Gehör verschaffen. Das geplante Gesetz zur Umsetzung der EU-Richtlinie zum Schutz von Geschäftsgeheimnissen vor rechtswidrigem Erwerb sowie rechtswidriger Nutzung und Offenlegung (GeschGehG) hätte nach Überzeugung der BÄK in seiner ursprünglichen Form das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten massiv gefährden können. Aus diesem Grund hatte sich die Bundesärztekammer in ihrer schriftlichen Stellungnahme für Änderungen stark gemacht.

Zum Hintergrund: Die bereits im Jahr 2016 beschlossene EU-Richtlinie sowie der vom Bundesjustizministerium vorgelegte Referentenentwurf sehen vor, dass die Geschäftsgeheimnisse von Unternehmen künftig besser geschützt werden sollen. Zur Regelung des sogenannten „Whistleblowing“ enthält der Entwurf aber auch einen Rechtfertigungstatbestand. Danach wäre es erlaubt, Geschäftsgeheimnisse zu offenbaren, wenn dies zur Aufdeckung eines rechtmäßigen, aber unethischen „anderen Fehlverhaltens“ erforderlich ist und die offenlegende Person in der Absicht handelt, das allgemeine öffentliche Interesse zu schützen. Wäre dieser Rechtfertigungstatbestand auch auf die Regelung zur Verletzung von Privatgeheimnissen im Strafgesetzbuch übertragbar gewesen, hätte das bedeutet, dass auch das Offenbaren eines einem Arzt anvertrauten Geheimnisses dann nicht mehr strafbar und damit nicht mehr ausreichend geschützt



gewesen wäre, wenn damit im vermeintlichen öffentlichen Interesse ein Fehlverhalten aufgedeckt werden sollte. Die Bundesärztekammer hatte daher gefordert, ausdrücklich klarzustellen, dass § 4 GeschGehG Handlungen nur im Rahmen des Gesetzes zum Schutz von Geschäftsgeheimnissen rechtfertigen kann und insbesondere § 203 Strafgesetzbuch davon unberührt bleibt.

In dem nun vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf ist diesen Bedenken Rechnung getragen worden. So heißt es darin jetzt zum Anwendungsbereich: „Es bleiben unberührt: 1. Der berufs- und strafrechtliche Schutz von Geschäftsgeheimnissen, deren unbefugte Offenbarung von § 203 des Strafgesetzbuches erfasst wird [...]“ Patientinnen und Patienten können damit weiterhin sicher sein, dass alles, was sie der Ärztin oder dem Arzt anvertrauen, auch geheim bleiben muss. ■

**Patienteninformation Insomnie: Hilfe gegen schlaflose Nächte?**

ÄZQ legt neue Broschüre zum Thema Schlafprobleme vor

Viele Menschen kennen das: Man kriegt nachts kein Auge zu, obwohl man müde ist. Dann fängt man an nachzudenken, wälzt sich im Bett umher und wacht ständig auf. Tagsüber ist man gerädert und bringt nichts zustande. Wer häufig – trotz Müdigkeit – nicht schlafen kann, hat viele Fragen: Woher kommen meine Schlafprobleme? Kann mich die Schlaflosigkeit krank machen? Was kann ich selbst dagegen tun? Helfen Medikamente? Vor diesem Hintergrund hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), ein Informationsblatt zur Insomnie „Schlaflose Nächte: Warum? Was hilft?“ entwickelt.

Die neue Patienteninformation beschreibt allgemein verständlich, was eine Insomnie ist und welche Ursachen es dafür geben kann. Außerdem erfahren Betroffene, welche Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten Fachleute

aktuell empfehlen - von der Kognitiven Verhaltenstherapie über die medikamentöse Behandlung bis hin zu weiteren hilfreichen Verfahren. Daneben finden sie praktische Tipps, wie sie schon vor Beginn einer Behandlung mit einfachen Verhaltensweisen wieder besser schlafen können.

Das Informationsblatt ist in der Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ erschienen. Im Auftrag von BÄK und KBV hat das ÄZQ bislang zu über 75 Themen qualitätsgesicherte Informationen erstellt. Sie informieren evidenzbasiert über Erkrankungen oder andere Gesundheitsthemen. Zu ausgewählten Themen liegen Übersetzungen in Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch vor. Praxen und Kliniken können die Patienteninformationen kostenlos weitergeben oder auslegen.

Die Patienteninformation steht zum Download bereit unter [www.baek.de/insomnie](http://www.baek.de/insomnie) ■

## HTA: Europaweite Harmonisierung bleibt umstritten

BÄK wendet sich gegen verpflichtende Teilnahme und Ergebnisübernahme

Die von der Europäischen Kommission geplante europaweite Harmonisierung des Health Technology Assessments (HTA) bleibt umstritten.

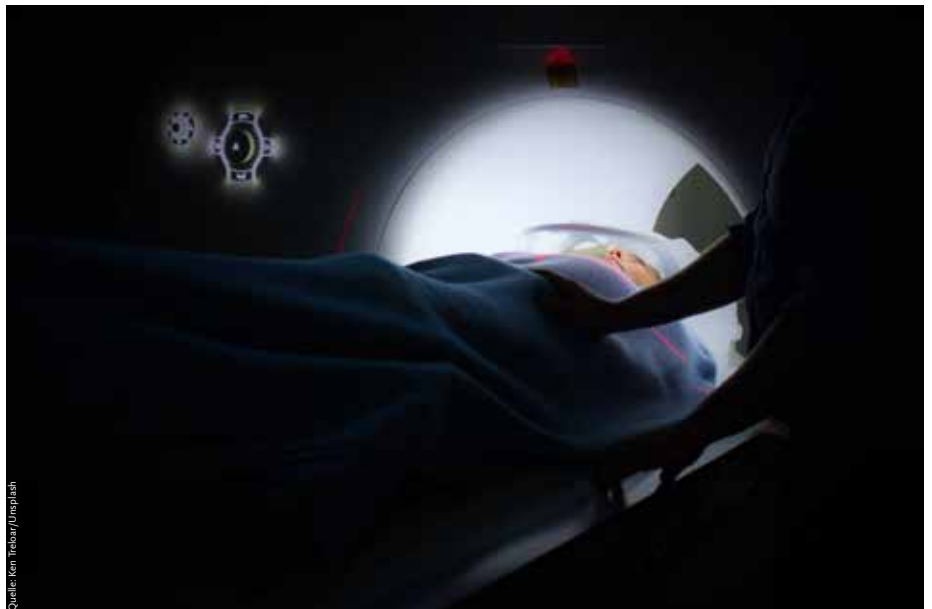
Schon im März hatte der Deutsche Bundestag in einer Subsidiaritätsrüge vor einer Abwertung der Standards zur Nutzenbewertung in Deutschland gewarnt. Nun hat die Europäische Kommission Nachbesserungsbedarf eingestanden. So zeigte sie sich offen für eine stärkere Unabhängigkeit der gemeinsamen Bewertungen und klare Anforderungen an die Inhalte der Bewertungsberichte. Diese Maßnahmen könnten das Vertrauen in gemeinsame HTA-Verfahren stärken. An der Forderung nach einer verpflichtenden Teilnahme und Ergebnisübernahme hält die Kommission jedoch fest.

Mit dem Thema Verbindlichkeit beschäftigte sich auch der Ministerrat bei einer Orientierungsdebatte am 22. Juni 2018. Starke Vorbehalte äußerten neben Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Vertreter von zwölf weiteren Mitgliedsstaaten, darunter alle größeren EU-Mitglieder (Frankreich, Großbritannien, Italien, Spanien und Polen). Nach der Sitzung des EU-Rates hat die Bundesregierung einen offenbar mit Frankreich abgestimmten möglichen Kompromissvorschlag vorgelegt, der eine grundsätzlich verpflichtende Teilnahme der Mitgliedstaaten an gemeinsamen klinischen Bewertungen vorsieht. Begründete Ausnahmen hiervon sollen möglich sein. Mitgliedstaaten sollen die Bewertungsberichte jedoch lediglich „berücksichtigen“, nicht übernehmen, und dies auch nur dann, wenn die gemeinsame Bewertung im nationalen Kontext sinnvoll ist.

### BÄK: Vorschlag orientiert sich an wirtschaftlichen Interessen der Hersteller

Die Ärzteschaft sieht das Projekt kritisch. So begrüßte die Bundesärztekammer (BÄK) in einer vorläufigen Einschätzung zwar grundsätzlich die Absicht, eine systematische, evidenzbasierte Nutzenbewertung innerhalb der EU zu fördern. Allerdings überzeuge der konkrete Vorschlag der EU-Kommission nur bedingt, denn sie habe sich entschlossen, eine Angleichung zu erzwingen. Zudem gelte die Sorge der EU-Kommission weniger den möglicherweise parallel beschäftigten HTA-Institutionen, sondern vor allem den wirtschaftlichen Interessen der Hersteller von Arznei- und

Medizinprodukten. „Artifiziell“ ist nach Auffassung der BÄK die Trennung zwischen der (zentralisierten) Bewertung des medizinischen Nutzens und der Bewertung der sozialen, ethischen oder ökonomischen Dimension auf nationaler Ebene. Ähnlich kritisch äußerten sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.



Die Bundesärztekammer hat eine Reihe von Änderungsvorschlägen erarbeitet und diese in Gesprächen mit der EU-Kommission, der Ständigen EU-Vertretung Deutschlands und verschiedenen Europaabgeordnetenbüros beraten.

Einige zentrale Forderungen der Ärzteschaft finden sich auch in den Änderungsanträgen wieder, die Ende Mai im EU-Parlament vorgestellt wurden. Dazu zählen präzisierte inhaltliche Anforderungen an die Berichte zu gemeinsamen klinischen Bewertungen, Anforderungen an die von der Industrie zu übermittelnden Informationen sowie Vorschriften, die die Transparenz der Bewertungsverfahren erhöhen und die Unabhängigkeit der Bewertungen gewährleisten sollen. Insgesamt soll sich die Kommission im EU-HTA-Verfahren auf administrative Aufgaben beschränken. Ferner soll für national durchgeführte klinische Bewertungen das EU-Verfahren nicht vorgeschrieben werden.

Die Abstimmung der Vorschläge im federführenden Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) ist aktuell für den 13. September 2018 terminiert. ■

## personalia

## Neuer Präsident der Landesärztekammer Hessen



Dr. Edgar Pinkowski

Wechsel an der Spitze der Landesärztekammer Hessen: Die Delegiertenversammlung wählte am 25. August 2018 mit großer Mehrheit den Anästhesisten Dr. Edgar Pinkowski, Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, zum neuen Präsidenten der hessischen Ärztekammer. Der bisherige Amtsinhaber, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, der die Lan-

desärztekammer über zwei Wahlperioden geleitet hatte, war nicht mehr zur Wahl angetreten.

Pinkowski wurde im ersten Wahlgang mit 45 von 78 abgegebenen Stimmen gewählt. Bei der Wahl zur neuen Vizepräsidentin setzte sich im zweiten Wahlgang die bisherige Amtsinhaberin Monika Buchalik, Liste ÄrztINNEN Hessen, mit 42 Stimmen durch. ■

## Zwei neue unparteiische Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seit dem 1. Juli 2018 zwei neue unparteiische Mitglieder: Dr. Monika Lelgemann und Prof. Dr. Elisabeth Pott.

Lelgemann wird den Ausschüssen für Methodenbewertung, Psychotherapie sowie Veranlasste Leistungen vorsitzen. Die Fachärztin für Anästhesie war von 2011 bis 2013 Erste Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin. Am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin leitete sie zwischen 2004 und 2006 den Bereich Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien. Zu ihren weiteren beruflichen Stationen zählen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und das Gesundheitsamt der Hansestadt Bremen.

Bei den Ausschüssen Allgemeine Spezialfachärztliche Versorgung, Disease Management Programme sowie bei der Qualitätssicherung übernimmt Prof. Dr. Elisabeth Pott den Vorsitz. Die Ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen wurde 1985 Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Ende 2015 ging sie in den Ruhestand; kurz danach übernahm sie jedoch ehrenamtlich den Vorsitz der Deutschen AIDS-Stiftung. ■

## Prof. Dr. Olaf Ortmann ist neuer Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

Die Delegiertenversammlung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) hat Prof. Dr. Olaf Ortmann zum neuen Präsidenten der Fachgesellschaft gewählt. Olaf Ortmann löst den bisherigen Amtsinhaber Prof. Dr. Peter Albers aus Düsseldorf ab.

„Gemeinsam mit meinen Vorstandskollegen freue ich mich sehr auf die kommende Amtszeit. Vor uns liegen interessante Themenfelder, etwa die Stärkung der Versorgungsqualität und der Versorgungsforschung in der Onkologie, sowie die

Frage, wie sich medizinische Innovationen schnell und sicher in die Regelversorgung bringen lassen. Als multidisziplinäre Fachgesellschaft sind wir für diese Aufgaben gut aufgestellt“, sagte der neu gewählte DKG-Präsident.

Ortmann leitet die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg, er ist außerdem Leiter des Onkologischen Zentrums in Regensburg und Inhaber des Lehrstuhls für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Universität Regensburg. ■

## Impressum

**BÄKground**

Informationsdienst der Bundesärztekammer

**Redaktion**

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

**Druck**

Pinguin Druck GmbH, Berlin

**Redaktionsanschrift**

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Tel: 030 - 40 04 56 700  
Fax: 030 - 40 04 56 707  
presse@baek.de  
www.baek.de

**Redaktionsschluss**

05.09.2018