

Kooperation statt Konfrontation



In der Gesundheits- und Sozialpolitik kann ein Blick auf das vergangene Jahr hilfreich sein, um künftige Entwicklungen zu erkennen und diese nach Möglichkeit mitzugestalten. Denn viele Themen, die die Ärzteschaft im Jahr 2015 bewegten, sind auch heute noch aktuell. Die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen, die Debatte über den zunehmenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen oder die intensiven Diskussionen über den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen sind nur einige Beispiele dafür. Sie zeigen, wie wichtig es ist, dass sich die Bundesärztekammer (BÄK) in die politischen Prozesse einbringt und ihre Positionen klar nach außen artikuliert. Im vergangenen Jahr kam ihr dabei einmal mehr zugute, dass sie als Interessenvertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ein von Politik, gesellschaftlichen Akteuren und Medien geschätzter Verhandlungs- und Gesprächspartner ist.

Das galt auch für das wichtigste innenpolitische Thema des vergangenen Jahres – der Bewältigung des Flüchtlingszustroms. Schätzungen zufolge kamen im Jahr 2015 mehr als eine Million Flüchtlinge nach Deutschland. Bis heute ist die Lage in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen und Registrierungsstellen angespannt. Das betrifft nicht zuletzt auch die medizinische Versorgung. Bereits im August 2015 forderte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery angesichts steigender Flüchtlingszahlen mehr Amtsärzte, medizinische Eingreifteams für die Erstaufnahmeeinrichtungen und eine Impfpflicht für Flüchtlinge. „Jeder Flüchtling sollte innerhalb von drei Tagen einen Arzt sehen“, sagte er in der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung.

Die staatlichen Stellen waren zu diesem Zeitpunkt hoffnungslos überfordert. Eine beispiellosen Welle der Hilfsbereitschaft unter Ärztinnen und Ärzten trug jedoch dazu bei, die Lage etwas zu entspannen (siehe auch Berichte S. 28 und 33). Parallel dazu begleitete die Bundesärztekammer verschiedene parlamentarische Initiativen zur Asylpolitik und setzte sich für bessere Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung ein. Dabei konnte sie auf langjährige Vorarbeiten aufbauen. Bereits im Jahr 2013 hatte der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Ulrich Clever, auf einer vielbeachteten Pressekonferenz der BÄK gewarnt, dass Migranten wichtige medizinische Leistungen vorenthalten werden. Zusammen mit der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer forderte er, bürokratische Hürden zu beseitigen, die Erkrankten den Zugang zu den ihnen zustehenden Behandlungen erschweren. Als die Flüchtlingskrise im Sommer 2015 in Deutschland offensichtlich wurde, wandte sich BÄK-Präsident Montgomery in einem von vielen Medien aufgegriffenen Video-Statement an die Politik. Er erneuerte darin die Forderung der

Ärzeschaft nach einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge, der sich im September 2015 auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) anschloss. Mit dem im Herbst 2015 verabschiedeten Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurden Krankenkassen verpflichtet, die Krankenbehandlung für Asylbegehrende zu übernehmen und eine Gesundheitskarte an sie herauszugeben, wenn sie durch die zuständige Behörde dazu aufgefordert werden. Für die BÄK ist dies ein erster wichtiger Schritt. Angesichts der nur schleppenden Umsetzung durch Länder und Kommunen fordert sie aber weiterhin eine flächendeckende Einführung der Karte. Diese sollte zudem dieselben Leistungen abdecken, die auch für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen.

Kritisch sah die BÄK zudem die ursprünglich im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses geplante Änderung der Bundesärzteordnung. Damit sollten Flüchtlinge mit medizinischer Ausbildung quasi als Hilfsärzte dazu beitragen, die medizinische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen zu gewährleisten. Die Bundesärztekammer hatte die Ministerpräsidenten der Länder und die zuständigen Bundesminister in einem Schreiben davor gewarnt, einen Hilfsberuf mit fraglicher Qualifikation und völlig ungeklärter Kompetenz- und Haftungssituation zu schaffen. Die Intervention hatte Erfolg und die Bundesärzteordnung blieb unverändert. Nun sollen entsprechend qualifizierte Flüchtlinge zwar in die Versorgung mit einbezogen werden, die Verantwortung aber verbleibt bei dem zuständigen Arzt in der Einrichtung. Die Prüfungen für eine solche Hilfstätigkeit sollen, wie von der Bundesärztekammer gefordert, die dafür zuständigen Behörden vornehmen.

Ob die vom Gesetzgeber zur Bewältigung der Krise ergriffenen Maßnahmen ausreichen, darf angesichts des auch in diesem Jahr anhaltenden Zustroms von Flüchtlingen bezweifelt werden. Für die gesundheitliche Versorgung dürfte entscheidend sein, dass der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), wie von der BÄK angemahnt, schnell personell aufgestockt wird. Der ÖGD sei angesichts der Flüchtlingskrise vollkommen in die Knie gegangen, konstatierte Montgomery kurz vor Jahresfrist in einem Interview mit der Fachpresse. „Dies ist aber kein Vorwurf. Der ÖGD ist in den vergangenen

Jahren von den Kommunen so ausgedünnt worden, dass es gar nicht besser gehen konnte.“ Mit Blick auf das zurückliegende Jahr fügte der BÄK-Präsident hinzu, dass glücklicherweise viele ehrenamtliche Kollegen eingesprungen seien. „Wir können stolz sein auf die Ärztinnen und Ärzte in unserem Land.“ Der Bundesgesundheitsminister schloss sich diesem Dank auf dem Neujahrsempfang der Ärzteschaft im Januar 2016 an.

Anspruchsvolle Debatte über Sterbehilfe

Respekt und Anerkennung zollte Gröhe auch den vielen Ärztinnen und Ärzten, die sich tagtäglich mit viel Empathie der Behandlung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen widmen. Das Thema kam auf, als Gröhe Anfang 2014 die Debatte über eine gesetzliche Neuregelung der Sterbehilfe in Deutschland anstieß. Als eines der „anspruchsvollsten und schwierigsten Gesetzesvorhaben in dieser Wahlperiode“ bezeichnete Bundestagspräsident Norbert Lammert (CDU) die Entscheidung über den zukünftigen Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid, als sich der Bundestag im Juli 2015 in erster Lesung mit dem Thema beschäftigte.

Die Bundesärztekammer bezog dabei eine klare Position und lehnte den ärztlich assistierten Suizid strikt ab. In der Diskussion kam ihr zugute, dass sie sich schon lange vor der Debatte über ein Sterbehilfegesetz intensiv mit der Rolle von Ärzten bei der Sterbebegleitung auseinandergesetzt hatte. Bereits im Jahr 2010 legte die Bundesärztekammer eine Weiterentwicklung ihrer Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vor (1). Auf die Regelungen zur Patientenverfügung folgte nach langer Vorbereitung und in Zusammenarbeit mit Ethikern, Palliativmedizinern und Juristen 2011 eine Überarbeitung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung. Der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel 2011 hatte die Novelle mit überwältigender Mehrheit beschlossen. Danach ist es Ärzten verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. In Verbindung mit den bundesweit geltenden Vorgaben aus § 1(2) der ärztlichen Berufsordnung gilt für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland die Verpflichtung, Sterbenden beizustehen.

Diese Grundaussage wird durch zum Teil länderspezifische Formulierungen des § 16 der (Muster-) Berufsordnung nicht infrage gestellt. Genau das versuchten aber die Abgeordneten Peter Hintze (CDU) und Karl Lauterbach (SPD), als sie im Bundestag für ihren Antrag warben, der im Kern vorsah, dass die Beihilfe zum Suizid zwar insgesamt verboten, aber speziell für Ärzte unter bestimmten Bedingungen ausdrücklich erlaubt werden soll. Vordergründig warnten sie vor einem standespolitischen Flickenteppich der ärztlichen Berufsordnungen. Doch lag der Verdacht nahe, dass ihnen dieses Argument vor allem dazu diene, ihr Vorhaben zu rechtfertigen, die ärztliche Berufsordnung durch eine bundesgesetzliche Regelung auszuhebeln. Der CDU-Abgeordnete und Arzt Rudolf Henke widersprach denn auch im Bundestag den Aus-

zur Tötung auf Verlangen überschritten. „Das lehnen wir ab“, bekräftigte Montgomery.

Die größten Erfolgsaussichten wurden schon früh dem Antrag der Abgeordneten Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) eingeräumt. Der Entwurf sah ein klares Verbot von Sterbehilfeorganisationen vor, verzichtete aber auf weitere gesetzliche Regelungen. Damit deckte er sich weitgehend mit den Forderungen der Ärzteschaft. Montgomery stellte sich kurz vor der abschließenden Lesung am 6. November in einem Schreiben an alle Bundestagsabgeordneten klar hinter diesen Gesetzentwurf. Zugleich wies er Behauptungen aus dem Hintze-Lauterbach-Lager zurück, der Brand-Griese-Entwurf kriminalisiere die Ärzte. Nach eingehender inhaltlicher und rechtlicher Prüfung könne die Bundesärztekammer keine Gefahr der Kriminalisierung der Ärzteschaft erkennen. „Dieses Argument dient ausschließlich der Verunsicherung der Abgeordneten und auch einiger Ärzte“, stellte der BÄK-Präsident klar. Am Ende stimmten 360 von insgesamt 602 Abgeordneten überraschend deutlich für den Brand-Griese-Entwurf. Daran dürfte auch die Bundesärztekammer ihren Anteil gehabt haben.

Kritik an Reformgesetzen

Die Medien sprachen nach der Bundestagsentscheidung zur Sterbehilfe von einer „Sternstunde des Parlamentarismus“. Tatsächlich ging dem Votum der Abgeordneten in diesem Fall kein bindender Beschluss der jeweiligen Fraktionen voraus, was im Parlamentsbetrieb und damit auch bei Gesetzesinitiativen zu gesundheitspolitischen Themen höchst selten vorkommt.

Dabei sollte man meinen, dass Demokratie vom Gegeneinander von Parlament und Regierung lebt. In der Praxis haben sich die Rollen jedoch längst vertauscht. Da die Regierungsfaktionen „ihre“ Regierung regelmäßig nicht schädigen wollen, trägt die Last der parlamentarischen Kontrolle überwiegend die Minderheit, also die Oppositionsfaktionen. Die Auswirkungen dieser Entwicklung werden besonders in Zeiten einer Großen Koalition offenkundig, in denen dem Regierungslager aus dem Parlament kaum noch Kritik am eigenen Tun entgegenschlägt. Umso wichtiger ist es, dass die von den jewei-

führungen Lauterbachs. „Es ist viel von Verunsicherung der Ärzte die Rede gewesen. Ich sehe den Grund dafür nicht; aber ich sehe in manchem, was diskutiert wird, den Grund für eine Verunsicherung der Alten, der Schwachen, der Kranken.“ Im Juni wies Montgomery in einem Interview mit dem ARD-Morgenmagazin darauf hin, dass ein guter Arzt niemals neben dem Patienten sitzen bleiben und zusehen werde, wie dieser stirbt. Im Oktober ergänzte er im Berliner Tagesspiegel: Wenn Sterbehilfe zur ärztlichen Aufgabe würde, müssten gute Mediziner „beim Patienten bleiben und es auch richtig machen“. „Sie dürften ihm nicht den Schierlingsbecher reichen, sondern müssten ihm das Gift intravenös verabreichen.“ Damit aber wäre die Grenze



ligen Reformen betroffenen Akteure ihre Expertise in die politische Arbeit einspeisen und ihre Interessen deutlich hörbar artikulieren.

Kooperation statt Konfrontation lautet dabei die Devise der Bundesärztekammer. Denn Fundamentalopposition macht nur dann Sinn, wenn eine politische Initiative schon in ihrer Zielsetzung als verfehlt angesehen werden muss. Ein Beispiel dafür ist das aus Sicht der Ärzteschaft, aber auch vieler anderer Interessengruppen völlig inakzeptable Tarifeinheitsgesetz der Bundesregierung. Es läuft auf eine Entmachtung sogenannter Spartengewerkschaften wie der Ärztegwerkschaft Marburger Bund hinaus und wird von der Ärzteschaft vollständig abgelehnt.

In den meisten anderen Fällen lassen sich zumindest Kurskorrekturen erreichen. So hielt es die BÄK auch bei den beiden gesundheitspolitischen Großprojekten des vergangenen Jahres, dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) und dem Krankenhausstrukturgesetz.

Aus Sicht der Ärzteschaft zeigte sich beim GKV-VSG die ganze Widersprüchlichkeit darin, dass es einerseits Zwangstilllegungen von Praxen, andererseits aber auch Terminservicestellen vorsah, um die angeblich zu langen Wartezeiten im ambulanten Bereich zu verkürzen. Dieses Nebeneinander sei „widersinnig“, kritisierte Montgomery in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt. Selbst Größe musste im Bundestag einräumen, dass die Versorgung mit Facharztterminen in Deutschland besser sei als in vielen Nachbarländern, was auch zahlreiche in- und ausländische Studien belegen. Der Verdross vieler Patienten über angeblich zu lange Wartezeiten ist offenbar weniger einem realen Problem geschuldet als vielmehr dem Wunsch, umgehend den Arzt ihrer Wahl aufsuchen zu können. Für Union und SPD, die die Terminservicestellen schon im Koalitionsvertrag angekündigt hatten, macht das jedoch keinen Unterschied. Für sie zählt, dass man mit diesem Thema bei den Patienten (also bei den Wählern) punkten kann. Das bestätigte indirekt sogar der damalige CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn, als er sagte: „Die Wartezeitendebatte ist ein Aufregerthema, das endlich abgeräumt werden muss.“

Die Bundesärztekammer ließ sich davon nicht entmutigen und setzte sich in zahlreichen poli-

tischen Gesprächen und in Stellungnahmen für Kurskorrekturen an dem Gesetzentwurf ein (2). Angesichts der klaren Mehrheitsverhältnisse im Bundestag waren zwar keine grundsätzlichen Änderungen an der Stoßrichtung des Gesetzes möglich, doch unter anderem die Pläne für den Zwangsaufkauf von Arztsitzen konnten auf Betreiben der Ärzteschaft entschärft werden. Der Aufkauf bleibt ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent weiterhin eine „Kann“-Regelung. Erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent greift die schärfere „Soll“-Bestimmung. Im Einzelfall entscheiden die Zulassungsausschüsse vor Ort.

Krankenhausreform: BÄK von Ländern enttäuscht

Höchst umstritten war auch die von Bund und Ländern aufwendig vorbereitete Krankenhausstrukturreform. Unter Beschuss standen vor allem die neuen Regelungen zur Stärkung der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und zum Pflegestellenförderprogramm. Auch die BÄK war mit dem von der Regierung vorgelegten Gesetzentwurf unzufrieden, was sie in ihrer schriftlichen Stellungnahme und gegenüber der Presse zum Ausdruck brachte (3): „Bund und Länder wollen ihrem erklärten Willen zur Krankenhausreform keine wirklichen Taten folgen lassen“, sagte Montgomery kurz vor der öffentlichen Anhörung im September in einem Pressestatement. Notwendig seien gesetzgeberische Maßnahmen zur umfassenden Refinanzierung der Tarifabschlüsse sowie zur Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Vor allem aber zeigte sich die Ärzteschaft schwer enttäuscht, dass es wieder nicht gelungen war, die Länder dazu zu bewegen, endlich ihren Investitionsverpflichtungen für den stationären Bereich nachzukommen. Dies artikuliert Montgomery auch auf einer von der Deutschen Krankenhausgesellschaft initiierten Demonstration gegen die Reform in Berlin.

Die Bundesärztekammer warnte zudem davor, dass die in den vergangenen Jahren erzielten Erfolge der Ärzteschaft bei der Qualitätssicherung durch das Gesetz gefährdet werden könnten. Was den Bürgern vordergründig als Plus an Behandlungssicherheit und Versorgungsqualität dargestellt werde, erweise sich bei genauerer

Betrachtung als Sammlung methodisch unausgereifter bis absehbar untauglicher Werkzeuge, die wenig mit Qualitätssicherung zu tun haben, heißt es in einem im September veröffentlichten Positionspapier der BÄK (4).

Immerhin verständigten sich Bund und Länder auch auf Druck der Ärzteschaft auf eine Reihe von Änderungen an dem Gesetzentwurf. Die geplante Streichung des Versorgungszuschlags, den die Krankenhäuser seit 2013 auf jeden DRG-Fall aufschlagen können, entfiel. Dieser Betrag soll nun entsprechend den Pflegedienstpersonalkosten auf die Krankenhäuser verteilt werden. Auch der Forderung der BÄK nach einer Refinanzierung steigender Tarifabschlüsse wurde in Teilen entsprochen. Dennoch, ein Glanzstück war diese Reform ganz sicher nicht.

Anti-Korruptionsgesetz kann die Ehrlichen schützen

Bei der Krankenhausreform zeigte sich, dass zwar die Zielrichtung eines Gesetzes richtig sein kann, die eigentliche Umsetzung aber problematisch ist. So war es bei dem im vergangenen Jahr verabschiedeten Präventionsgesetz (5), so war es bei dem sogenannten E-Health-Gesetz (6) (siehe Bericht S. 19) und so ist es in Teilen auch bei dem von Bundesjustizminister Heiko Maas (SPD) angestrebten Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen (siehe Bericht S. 23). Der Entwurf sieht unter anderem vor, einen neuen Paragraphen 299a in das Strafgesetzbuch einzufügen, der Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe bedroht. Die BÄK führte ihre Kritikpunkte an dem Entwurf in ihrer schriftlichen Stellungnahme aus (7). Darin forderte sie unter anderem klare Vorgaben des Gesetzgebers und bemängelte die zum Teil ungenaue Fassung des Straftatbestands. Der Normadressat könne nicht immer vorhersehen, welches Verhalten bei Strafe verboten ist und welches nicht. Zudem bestünden Rechtsunsicherheiten im Hinblick auf ärztliche Kooperationsformen.

Trotz der Kritik unterstützt die BÄK grundsätzlich die Initiative des Gesetzgebers. Denn der Ärzteschaft ist noch gut erinnerlich, wie in früheren Jahren Teile der Politik sowie die Krankenkassen

nicht müde wurden, den ganzen ärztlichen Berufsstand zu kriminalisieren, und ein spezielles Anti-Korruptionsgesetz nur für Ärzte einforderten. Und das, obwohl nach Erhebungen der DAK-Gesundheit nur zwölf Prozent der Fälle von Korruption im Gesundheitswesen auf die Ärzteschaft entfallen. Die BÄK hat sich deshalb immer wieder gegen solche Verunglimpfungen gewehrt und ist mit ihren Argumenten auch teilweise durchgedrungen. So ist der Gesetzentwurf aus dem Hause Maas keine lex specialis für Ärzte, sondern ein Anti-Korruptionsgesetz, das alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen in den Fokus nimmt, auch die, die bestechen, wie Montgomery in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt betonte.

Ein großer Erfolg war auch, dass die Ärzteschaft die vollständige Streichung der Bezüge zum Berufsrecht durchsetzen konnte. Damit ist dem Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes genüge getan und Rechtssicherheit für Ärzte erreicht worden. Auf einer Diskussionsveranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung sagte Montgomery, dass fast alle Ärztinnen und Ärzte anständig arbeiten und es „satt hätten, ständig für die Unehrllichen den Kopf hinzuhalten“. Strafrecht müsse hier nicht als Bedrohung verstanden werden, sondern als Schutzmaßnahme für die Ehrlichen.

Brüssel immer im Blick behalten

Vielfältig waren auch die gesundheitspolitischen Aktivitäten der Bundesärztekammer auf europäischer Ebene (siehe Berichte S. 29, 30, 31). Zwar ist dem Lissabon-Vertrag zufolge die Zuständigkeit der Europäischen Union (EU) im Bereich des Gesundheitswesens nach wie vor begrenzt, doch übt die EU durch die Binnenmarktregeln und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung und weite Bereiche des deutschen Gesundheitssystems aus. Grund genug, die Aktivitäten der EU-Ebene immer im Blick zu behalten, und wenn möglich, korrigierend auf sie einzuwirken.

Beispielhaft sind die Normungsbestrebungen auf europäischer Ebene zu nennen oder die Pläne der EU, im Zuge ihrer Binnenmarktstrategie die Regelungen freier Berufe und ihrer Selbstverwaltung durch Kammern auf den Prüfstand zu stellen. Einen ähnlichen Mechanismus sah bereits die im Jahr 2014 novellierte Berufs-

Ausblick: 119. Deutscher Ärztetag 2016 in Hamburg

Neben gesundheits- und berufspolitischen Themen wird sich der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg vom 24. bis 27. Mai 2016 mit der Preisbildung bei Arzneimitteln im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur beschäftigen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, wies im Vorfeld des Ärztetages darauf hin, dass sich die Preisbildung von Arzneimitteln häufig nicht am Innovationsgrad oder am klinischen Nutzen orientiert, sondern vielmehr widerspiegelt, was der Markt zu zahlen bereit ist. Darauf deuten auch aktuelle Analysen der in den USA zwischen 2009 und 2013 zugelassenen onkologischen Arzneimittel hin. „Da stellt sich die Frage, ob wir akzeptieren sollten, dass unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem derart belastet wird. Das wollen wir auf dem Ärztetag diskutieren“, so Montgomery.

Darüber hinaus werden die Delegierten auf der Grundlage von Erfahrungsberichten die medizinische Versorgung von Flüchtlingen beraten. In einem weiteren Schwerpunkt wird sich der Ärztetag dem wachsenden Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie aus Sicht leitender Krankenhausärzte widmen.

Weitere Informationen zum 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg können im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/119-deutscher-aerztetag-2016/ abgerufen werden.

erkenntnisrichtlinie mit ihrer Transparenzinitiative vor, nach der Berufsgruppen einer Verhältnismäßigkeitsprüfung unterzogen wurden. Das vorgetragene Ziel von Liberalisierung, Wirtschaftswachstum und Wettbewerbsangleichung verdeckt nach Auffassung der BÄK die Gefahr, dass damit die Qualität ärztlicher Dienstleistungen gesenkt werden kann. Sie hat deshalb in Stellungnahmen sowie bei Veranstaltungen und Terminen mit Parlaments- und Kommissionsvertretern immer wieder darauf hingewiesen, dass die bestehenden Vorschriften einem effektiven Schutz der Gesundheit und der Sicherung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung dienen. Werde davon abgewichen, sei dies zum Nachteil der Patienten.

Deutscher Ärztetag: Freundlich im Ton, hart in der Sache

Die im vergangenen Jahr diskutierten Reformmaßnahmen waren natürlich auch auf dem 118. Deutschen Ärztetag vom 12. bis 15. Mai 2015 in Frankfurt am Main wichtige Themen (8). Bundesgesundheitsminister Gröhe nutzte seinen Auftritt vor dem Ärzteparlament für einen Sachstandsbericht seiner Arbeit. Die Ärzteschaft ihrerseits bezog Position zu den Gesetzesplänen und sensibilisierte die Öffentlichkeit für drängende Probleme in der Gesundheitsversorgung (siehe Bericht S. 40–41).

Über die Eröffnungsveranstaltung sowie über die Plenumssitzungen, in denen unter anderem über den Umgang mit globalen Epidemien und über den Stellenwert guter Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis beraten wurde, berichteten mehr als 100 akkreditierte Journalisten. Dabei wurden die Wiederwahl des BÄK-Präsidiums sowie die Wahl der beiden „weiteren“ Vorstandsämter mit besonderem Interesse verfolgt. Zu diesen und weiteren Themen des Ärztetags veröffentlichte die BÄK zahlreiche Pressemitteilungen und hielt die Öffentlichkeit über ihren Twitterkanal auf dem Laufenden. Zudem stellte sie auf ihrer Internetseite Video-Interviews mit Referenten des Ärztetags zur Verfügung, aus denen zahlreiche Medien zitierten.

Viele Kommentatoren wiesen auf die vergleichsweise entspannte Stimmung zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsminister hin. In einem launigen Beitrag näherte sich die Süddeutsche Zeitung diesem Thema über die Namen der Tagungsräume im Frankfurter Messezentrum: „Der Raum für die Rechtsabteilung der Bundesärztekammer heißt ‚Klausur‘, der des Organisationsbüros lautet ‚Kontakt‘. Der Arbeitsraum für die Journalisten nennt sich ‚Fantasie‘ und der Saal, in dem die Delegierten der deutschen Ärzteschaft über Berufspolitik diskutieren, ‚Harmonie‘“. Der Berliner Tagesspiegel merkte an: „Die Zeiten, in denen

es für amtierende Gesundheitsminister kaum Schlimmeres gab als den jährlichen Ärztags-Auftritt, sind offenbar vorbei. [...] Bei den großen Ärgernissen der Mediziner ist Größe aber auch fein raus.“ Das Anti-Korruptionsgesetz habe Justizminister Heiko Maas „an der Backe“. Und das Tarifeinheitsgesetz verantwortete Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles (SPD).

Harmoniesucht kann man den Ärzten aber nicht unterstellen. „Freundlich im Ton, hart in der Sache“, trifft es da schon besser. Die Aufkaufregelungen des GKV-VSG bezeichnete Montgomery im Beisein des Ministers als „einen Angriff auf die ärztliche Freiberuflichkeit“. Die Terminservicestellen seien „Humbug“ und ein „rein populistischer Schachzug“. Bei der Krankenhausreform hätten sich die Länder durchgesetzt und erreicht, dass sie sich in Sachen Krankenhausinvestitionen ruhig zurücklehnen können. „So wird man den Investitionsstau nicht beseitigen – nicht einmal angehen“, sagte der BÄK-Präsident.

Anstöße zur Meinungsbildung

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

So lenkte sie Ende Juni den Blick auf einen Vorgang, den Krankenkassen und Politik wohl lieber ohne allzu viel öffentliche Aufmerksamkeit abgewickelt hätten. Es ging um die Entscheidung des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung, die gesetzlich vorgesehene Patientenberatung, mit der seit dem Jahr 2006 die Unabhängige Patientenberatung Deutschland beauftragt war, dem Unternehmen Sanvartis zu übertragen. Pikant dabei: Das Unternehmen Sanvartis war in der Vergangenheit schon für die Krankenkassen tätig, was Zweifel an dessen Unabhängigkeit aufkommen ließ. Die BÄK wies in einer gemeinsamen Pressemitteilung mit der Kassenärztlichen Bun-

desvereinigung und anderen Institutionen der Heilberufe darauf hin, dass die Neutralität der Beratung bedroht sei. Zahlreiche Medien griffen das Thema auf. „Das neue Unternehmen mag vielleicht ein gutes Call-Center betreiben, ist aber nicht unabhängig von Krankenkassen und Pharmaunternehmen“, sagte Montgomery in den ARD-Tagesthemen. In der Bild-Zeitung warnte er: „Die gesetzlichen Krankenkassen versuchen, sich die Beratungsstelle unter den Nagel zu reißen.“ Zwar konnte die Intervention der Heilberufe nicht verhindern, dass Sanvartis den Zuschlag bekam, vergeblich war die Debatte deshalb aber nicht. Krankenkassen und Patientenberatung wissen nun, dass sie unter genauer Beobachtung von Ärzteschaft, Verbraucherschützern und Medien stehen. Der Qualität der Beratung dürfte dies förderlich sein.

Auf Transparenz setzt die Bundesärztekammer auch bei einem ganz anderen Thema. Seit dem Jahr 2006 veröffentlicht sie im Rahmen einer Pressekonferenz die Ergebnisse der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Sie leistet damit einen wichtigen Beitrag für eine offene Fehlerkultur im Gesundheitswesen. „Wir sorgen für einen transparenten Umgang mit Behandlungsfehlern. Und wir sind uns unserer Verantwortung darüber bewusst, dass den betroffenen Patienten schnell und professionell geholfen werden muss“, sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, vor zahlreichen Journalisten der Publikums- und Fachmedien, als er im Juni 2015 die Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2014 vorstellte (9). Gleichzeitig warnte er davor, Ärzte, die Fehler machen, pauschal als Pfuscher zu diskreditieren.

Die Medien honorierten die Transparenzinitiative der Ärzteschaft. „Ärzte und Pflegekräfte arbeiten am Limit“, titelte die Berliner Morgenpost und berichtete, dass die Zahl der festgestellten Fehler trotz steigender Arbeitsbelastung konstant geblieben ist. Die Süddeutsche Zeitung zitierte Crusius mit den Worten: „In den Kliniken gebe es Dauerstress, 24-Stunden-Dienste, 60-Stunden-Wochen und Überstunden ohne Ende. In den Praxen sieht es nicht besser aus. [...] Kein Wunder, dass Ärzte und Pfleger am Limit arbeiten.“

Von den Medien wurde auch die Pressekonferenz von Prüfungscommission und Überwachungskommission zur Vorstellung ihres Jahresberichts zu den Überprüfungen der Transplantationszentren mit Spannung erwartet (siehe Berichte S. 34 und 35). Nach den im Jahr 2012 verschärften Vor-Ort-Prüfungen aller Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren- und Pankreastransplantationsprogramme, bei denen die Experten von Prüfungs- und Überwachungskommission mehr als 4.300 Krankenakten durchgearbeitet haben, zogen die Kommissionsvorsitzenden eine positive Bilanz. In vielen Transplantationszentren sei ein Struktur- und Kulturwandel erkennbar. Heute könne man sagen, dass diese Maßnahmen greifen, betonten sie (10). „Kontrolle wirkt“, titelte denn auch die Südwest Presse und berichtete: „Seit die Transplantationszentren besser überwacht werden, hat die Gefahr von Manipulationen abgenommen.“ Der Kölner Stadt-Anzeiger konstatierte einen „Kulturwandel in den Kliniken“ und der Mitteldeutsche Rundfunk meldete: „Gute Noten für die Transplantationsmedizin.“

Reform des Medizinstudiums noch offen

Die großen Reformvorhaben für den ambulanten und den stationären Sektor haben Union und SPD bereits erledigt, und auch sonst sind die meisten gesundheitspolitischen Punkte auf der großkoalitionären To-do-Liste abgehakt. Ein wichtiger Punkt steht indes noch aus: die Umsetzung des im Koalitionsvertrag angekündigten „Masterplan Medizinstudium 2020“. Vertreter des Gesundheits- und des Bildungsministeriums beraten seit dem letzten Frühjahr zusammen mit Verbänden und Organisationen aus dem Gesundheits- und Hochschulwesen darüber, wie die Universitäten die Allgemeinmedizin stärken können. Die Bundesärztekammer hatte im vergangenen Jahr zahlreiche Vorschläge in den Reformprozess eingespeist. In einer Stellungnahme zu dem Masterplan (11) forderte sie, dass neben der Abiturnote weitere Kriterien für

das Auswahlverfahren herangezogen werden sollten. Angesichts des sich weiter verschärfenden Ärztemangels sei es zudem dringend notwendig, die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent zu erhöhen. Um den Ärztemangel insbesondere im hausärztlichen Bereich zu mildern, sollten Medizinstudierende gleich zu Beginn des Studiums an das Gebiet der Allgemeinmedizin herangeführt werden. Dafür müssten bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingeführt werden.

Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Hamburg werden sich die Delegierten im Rahmen ihrer gesundheitspolitischen Beratungen auch mit dieser Reform beschäftigen. Der Zeitpunkt ist günstig, weil die Pläne bis dahin allmählich Fahrt aufnehmen könnten. Bis Mitte 2016 wollen Bund und Länder konkrete Vorschläge für den Masterplan erarbeiten. Die Ärzteschaft wird auch bei diesem Thema nicht nachlassen, ihre Sichtweise in die weitere Diskussion mit einzubringen. ■



- (1) www.baek.de/TB15/Sterbebegleitung
- (2) www.baek.de/TB15/GKV-VSG
- (3) www.baek.de/TB15/Krankenhaus
- (4) www.baek.de/TB15/QS
- (5) www.baek.de/TB15/Praevention
- (6) www.baek.de/TB15/E-Health
- (7) www.baek.de/TB15/Korruption
- (8) www.baek.de/TB15/118DAET
- (9) www.baek.de/TB15/Behandlungsfehlerstatistik
- (10) www.baek.de/TB15/Transplantation
- (11) www.baek.de/TB15/Medizinstudium