

Gehört wird, wer Ideen hat



Wer in der Politik etwas bewegen will, der muss leidenschaftlich für seine Sache streiten. Dieser alte Leitspruch politischer Interessenvertretung ist nach wie vor gültig. Allerdings ist es mit Leidenschaft allein nicht getan. Insbesondere wer in dem komplexen RegelungsDickicht des Sozialgesetzbuchs V etwas bewegen will, braucht zusätzlich einen langen Atem. So spielt sich das Alltagsgeschäft gemeinwohlorientierter ärztlicher Interessenvertretung nicht auf der großen politischen Bühne ab. In oft mühevoller Detailarbeit müssen zum Beispiel Gesetzes- und Verordnungsentwürfe auf ihre Praxistauglichkeit abgeklopft und der Politik – wenn nötig – eigene Regelungsvorschläge unterbreitet werden. Es gilt, die ärztliche Sichtweise, die immer auch die Belange der Patientinnen und Patienten mit einschließt, in die Politik einzubringen. Die Debatten über eine Reform des Medizinstudiums, über die Digitalisierung des Gesundheitswesens und über den dringend notwendigen Umbau der Notfallversorgung sind hierfür nur

einige Beispiele. Dabei kommt ein weiterer Leitspruch erfolgreicher politischer Interessenvertretung zum Tragen: Gehört wird, wer Ideen hat. Und diese hat die Bundesärztekammer (BÄK) auch im vergangenen Jahr immer wieder in die Politik einbringen können.

Dabei vertritt sie auch unbequeme Positionen. So wie bei der im vergangenen Jahr intensiv geführten Diskussion über die künftige Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland. Die Position der Ärzteschaft in dieser Frage ist eindeutig und beschränkt sich nicht nur auf ein simples „Nein“ zur Einheitskasse. Bereits in ihren Positionen zur Bundestagswahl hatte die Bundesärztekammer Reformen im Bereich der Privaten Krankenversicherung angemahnt. Transparenz und Vergleichbarkeit der Tarife, ein umfassender Verzicht auf unangemessene Anreize für Versicherungsvermittler sowie ein suffizienter Schutz des Versicherten vor inadäquaten Tarifsteigerungen sind unverzichtbar. Ebenso muss die Portabilität der Alterungsrückstellungen verbessert werden. Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung ist im Rahmen der gebotenen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf eine ausgewogene Verteilungssystematik zu achten. Beide Systeme sind weiterzuentwickeln und zu stärken. Sie dürfen aber keinesfalls durch die Einführung eines Einheitssystems gefährdet werden. Rückblickend betrachtet wird deutlich: Die gleichermaßen konstruktive wie konsequente Haltung der Ärzteschaft in dieser Frage dürfte mit dazu beigetragen haben, dass das Bürgerversicherungsmodell in Medien und Politik im Laufe des Jahres massiv an Zustimmung eingebüßt hat.

Ärztetag bringt Würze in den Wahlkampf

Das fing mit dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg an, auf dem das Thema intensiv diskutiert wurde. Rund 130 Journalisten berichteten

vor Ort über den Ärztetag. Die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft veröffentlichte mehr als 20 Pressemitteilungen aus Freiburg, die von regionalen und überregionalen Medien aufgegriffen wurden. Mit Videobeiträgen auf dem YouTube-Kanal der Bundesärztekammer sowie über Twitter wurden Journalisten und andere Interessierte ständig über die Beratungen auf dem Laufenden gehalten. Neben der gesundheitspolitischen Generalaussprache beschäftigten sich die Abgeordneten in Freiburg intensiv mit der Digitalisierung in der Medizin (siehe Bericht S. 40) sowie mit wichtigen innerärztlichen Themen wie der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (siehe Bericht S. 17) und der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (siehe Bericht S. 18).

Besondere Resonanz in Politik und Medien fand erwartungsgemäß die Eröffnungsveranstaltung im Freiburger Konzerthaus. Vor allem mit ihren Forderungen zur künftigen Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems gelang es der Ärzteschaft, endlich wieder mehr Würze in den Bundestagswahlkampf zu bringen. „Wer meint, dass eine Einheitsversicherung gerechter sei als unser heutiges System, der verwechselt Gleichheit auf niedrigem Niveau mit Gerechtigkeit“, zitierte die Frankfurter Allgemeine Zeitung aus der Eröffnungsrede des BÄK-Präsidenten. Der Berichterstatte der Nürnberger Zeitung konstatierte: „Die Bürgerversicherung, wie sie SPD, Linke und Grüne propagieren, ist für die Mediziner ein Schreckgespenst.“ Und er fügte hinzu: „Ärztenschaft und Minister warnen vor Neiddebatten im Wahlkampf.“

Tatsächlich nutzte der damalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sein Grußwort auf dem Deutschen Ärztetag, um die Position seiner Partei in dieser Frage klarzustellen. Bis dato waren die Unionsparteien nur halbherzig auf die Diskussion eingegangen. Damit war nun Schluss: Eine Zwangsvereinigung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung werde keines der anstehenden Probleme, von der Digitalisierung bis zur Versorgung im ländlichen Raum, lösen, sagte Gröhe. Man dürfe nicht mit „Neidparolen über unser Gesundheitssystem herziehen“. In seiner Blaupause für das Bundestagswahlprogramm lehnte der Bundesfachausschuss Gesundheit der CDU später eine „staatliche Einheitsversicherung für

alle“ ab und hob die besondere Bedeutung des Systemwettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hervor. Beides fand sich später auch im Wahlprogramm der CDU wieder.

Debatte hielt auch nach Jahreswechsel an

Wie wichtig es war, dass sich die Union zu diesen Fragen klar positionierte, war zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht abzusehen. Glaubte man die Bürgerversicherung nach der Bundestagswahl am 24. September 2017 endgültig beendet, ließen sie SPD-Fachpolitiker unmittelbar vor den Sondierungsgesprächen mit der Union wieder auferstehen und machten sie de facto zu einer Vorbedingung für eine mögliche Große Koalition.

Dass die Ärzteschaft die Bürgerversicherung entschieden ablehnen würde, war zu erwarten. Die Geschlossenheit, mit der sie auf die Forderungen reagiert hatte, dürfte dann aber doch viele beeindruckt haben. Fast alle großen Medien berichteten über den „Aufschrei“ der Ärzteschaft und schlossen sich deren Argumentation in großen Teilen an. „Unser duales Kassensystem funktioniert besser als rein staatliche Einheitssysteme in anderen Ländern“, konstatierte die Tageszeitung „Die Welt“. Und weiter: „Das deutsche Krankenversicherungssystem braucht keine derartige Radikalreform, wie sie das linke Lager anstrebt.“ Das Handelsblatt warnte vor einem „Projekt mit gefährlichen Nebenwirkungen“. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung verwies auf eine Allensbach-Umfrage, nach der 90 Prozent der Deutschen mit dem Gesundheitssystem zufrieden sind. Das Blatt prognostizierte: „Das wird sich ändern, wenn die private Konkurrenz ausgeschaltet wird.“

Bekanntermaßen schaffte es die Bürgerversicherung ebenso wenig in den Koalitionsvertrag wie die von der SPD ins Gespräch gebrachte einheitliche Honorarordnung. Diese wäre, so hatte es Bundesärztekammer-Vorstandsmitglied Dr. Klaus Reinhardt im Dezember 2017 formuliert, nichts anderes als ein Trojanisches Pferd, das die Einheitskasse in die Mauern des deutschen Gesundheitssystems getragen hätte. In einem Schreiben an die Unionspitzen warnten die Bundesärztekammer und weitere

Organisationen eindringlich vor der Einführung von Einheitshonoraren. Rückendeckung bekamen sie zudem von namhaften Gesundheitsökonomen und Juristen, die in einem von der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung initiierten Memorandum die Risiken und Nebenwirkungen einer solchen Reform darlegten (1). Tatsächlich verzichteten die Koalitionäre in spe auf Schnellschüsse in diesem sensiblen Bereich und verständigten sich auf die Gründung einer wissenschaftlichen Kommission, die Fragen der Vergütungssystematik klären soll. Im Koalitionsvertrag heißt es wörtlich: „Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“

Die Bundesärztekammer wird auch hier ihren Sachverstand einbringen.

Masterplan Medizinstudium endlich umsetzen

Die Ärzteschaft hatte im vergangenen Jahr immer wieder darauf hingewiesen, dass die Debatte über eine Bürgerversicherung von den wirklichen Herausforderungen für das Gesundheitswesen ablenkt. Dazu zählt unter anderem auch das Problem des zunehmenden Ärztemangels, insbesondere in strukturschwachen Regionen. Abhilfe wollte die letzte Regierungskoalition mit dem sogenannten Masterplan Medizinstudium 2020 schaffen, der unter anderem eine stärkere Gewichtung der Allgemeinmedizin im Studium vorsieht. Das Vorhaben ist zu begrüßen. Allein die Umsetzung durch die Bundesländer lässt auf sich warten.

Im Nachrichtenmagazin Focus forderte Montgomery im Januar 2017 zusätzlich 1.000 Studienplätze in der Humanmedizin. Das müsse bei der von Bund und Ländern geplanten Reform des Medizinstudiums berücksichtigt werden. Im Februar mahnte Montgomery Bund und Länder in der Märkischen Oderzeitung zur Eile: Die heutigen Medizinstudierenden kämen erst nach etwa 15 Jahren in der niedergelasse-

nen Praxis an. So lange dauerten Studium und Facharztausbildung.

Im März 2017 meldete die für die Reform eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe dann tatsächlich eine Einigung. Viele Forderungen der Ärzteschaft wurden in den Masterplan einbezogen, darunter veränderte Auswahlverfahren, die Stärkung der kommunikativen Kompetenz sowie mehr Praxisorientierung im Studium. Allerdings stellten die Länder die vollständige Umsetzung der Reform unter Haushaltsvorbehalt. Es wurde eine Expertenkommission eingesetzt, die die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und die Kosten untersuchen soll. Dies stieß insbesondere bei der Ärzteschaft auf Unverständnis. Im März betonte Montgomery gegenüber der Katholischen Nachrichtenagentur, dass nun die Länder ihren Beitrag für den ärztlichen Nachwuchs leisten müssten. Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Martina Wenker, sagte im Mai im Norddeutschen Rundfunk: „Warum wird erst eine Expertenkommission gegründet? Wir wissen, wie teuer ein Medizinstudienplatz ist.“ Auch der 120. Deutsche Ärztetag forderte die Länder zu konkreten Schritten auf.

Die BÄK vor dem Bundesverfassungsgericht

Im Zusammenhang mit der Debatte über den Masterplan muss auch die politische und rechtliche Diskussion des vergangenen Jahres über die Zulassungskriterien für Bewerber um einen Medizinstudienplatz betrachtet werden. Die Bundesärztekammer und Deutsche Ärztetage hatten sich seit Langem für geänderte Auswahlverfahren ausgesprochen, die nicht allein auf den Numerus Clausus abheben. „Wir brauchen nicht nur hoch lernfähige, wissenschaftlich orientierte, potenzielle Nobelpreisträger, sondern wir brauchen auch gute Ärzte, die sich durch soziale Kompetenz auszeichnen und auch bereit sind, aufs Land zu gehen“, sagte Montgomery in einem Interview mit der Rheinischen Post. Darauf hob er auch am 4. Oktober 2017 ab, als der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts darüber verhandelte, ob die Studienplatzvergabe in der Humanmedizin über den Numerus Clausus mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Zur Klärung der komplexen Materie hatte das Gericht neben Vertretern der Hochschulen und der

Studierenden auch die Bundesärztekammer geladen. Montgomery verdeutlichte, dass bei der Auswahl von Bewerbern neben der Abiturnote auch psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement und einschlägige Berufserfahrung einzubeziehen sind. Zudem forderte er mehr Transparenz bei der Studienplatzvergabe, Neuregelungen bei den Wartezeiten sowie strukturierte Eignungsprüfungen, zum Beispiel durch bundesweit einheitliche Assessment-Center.

Das richtige Signal zur richtigen Zeit

Dies tat er mit Erfolg. Denn nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2017 müssen die Hochschulen nun verpflichtet werden, neben der Abiturnote obligatorisch ein weiteres, nicht notenbasiertes Zulassungskriterium anzuwenden, das bundeseinheitlich, strukturiert und standardisiert ausgestaltet ist. Darüber hinaus darf die Festlegung auf höchstens sechs gewünschte Studienorte nicht dazu führen, dass ein Bewerber, der eigentlich erfolgreich wäre, am Ende leer ausgeht. Im Auswahlverfahren bei den Hochschulen muss eine Vergleichbarkeit der Abiturnoten über Landesgrenzen hinweg sichergestellt werden. Des Weiteren forderte das Gericht den Bundesgesetzgeber auf, die Wartezeiten auf einen Medizinstudienplatz zu begrenzen, da der Studienerfolg nach zu langer Wartezeit nicht mehr chancengleich gewährleistet werden kann.

Die Bundesärztekammer bezeichnete das Urteil in einer – von allen großen Tageszeitungen und den regionalen Medien aufgegriffenen – Mitteilung als „richtiges Signal zur richtigen Zeit“. Die Kommentatoren der Tageszeitungen schlossen sich fast ausschließlich der Bewertung des Urteils sowie den Forderungen der Ärzteschaft an. „Aberwitz mit Ansage“, titelte die Süddeutsche Zeitung: „Einerseits werden in Deutschland nicht genug Ärzte ausgebildet, um alle Patienten zu versorgen. Andererseits scheitern jedes Jahr Zehntausende junge Menschen daran, einen der äußerst seltenen Studienplätze für Humanmedizin zu ergattern.“ Als „längst überfällig“ bezeichnete auch die Bild-Zeitung das Urteil.

Parallel zur politisch-medialen Arbeit zum Bundestagswahlkampf und zu den sich daran an-



schließenden Verhandlungen über eine neue Bundesregierung setzte die Bundesärztekammer bei zahlreichen weiteren Themen eigene Akzente. Beispielhaft genannt seien hier die Regelungen zur Arzneimittelversorgung (2), Initiativen zu Präventionsthemen (3) und konkrete Gesetzgebungen, zum Beispiel im Bereich Kinderschutz (4) sowie zur Bekämpfung des Fachkräftemangels (5).

Die Ärzteschaft hat Europa immer im Blick

Vielfältig waren auch die gesundheitspolitischen Aktivitäten auf europäischer Ebene. Hier galt das Hauptaugenmerk dem Vorschlag einer Richtlinie, die Mitgliedstaaten verpflichten soll, neue oder geänderte Berufsregelungen zuvor detailliert auf ihre Verhältnismäßigkeit zu prüfen. Dass Berufsregeln verhältnismäßig sein müssen, ist selbstverständlich. Die vorgeschlagene Regelung bedeutet jedoch einen erheblichen Bürokratieaufwand für Mitgliedstaaten und Ärztekammern. Zudem schreibt sie fest, dass Mitgliedstaaten die Beweislast für die Notwendigkeit von Regulierung tragen sollen.

Der Richtlinienvorschlag zielt eigentlich auf die Stärkung des Dienstleistungswettbewerbs, unterscheidet aber nicht zwischen Heilberufen und anderen, etwa handwerklichen Berufen, obwohl heilberufliche Leistungen nicht derselben Wettbewerbslogik folgen. Um den Besonderheiten der Heilberufe und des Schutzes von Leben und Gesundheit als vom Europäischen Ge-

richtshof anerkanntes höchstes Rechtsgut gerecht zu werden, machte sich die Bundesärztekammer für eine Ausnahme der Heilberufe von der Prüfung stark. Hierzu setzte sich BÄK-Präsident Montgomery auch in persönlichen Gesprächen mit dem Berichterstatter im Europäischen Parlament, Dr. Andreas Schwab, sowie den Verantwortlichen bei der Europäischen Kommission ein. Bei verschiedenen Treffen und Veranstaltungen brachte die Bundesärztekammer das Thema gegenüber Bundesregierung und Europaabgeordneten zur Sprache.



Eine daraufhin von Schwab vorgeschlagene Ausnahme der Heilberufe fand die Unterstützung vieler Abgeordneter, darunter auch des Umwelt- und Gesundheitsausschusses, jedoch unterlag ein entsprechender Antrag im federführenden Binnenmarktausschuss knapp einem Kompromissvorschlag. Statt einer Ausnahme der Heilberufe betonte der Binnenmarktausschuss die Notwendigkeit der Regulierung der Heilberufe und rief die Mitgliedstaaten dazu auf, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen.

Das Beispiel zeigt, dass gute Argumente leider nicht immer verfangen – zumindest nicht immer direkt. So war es auch bei der von Bund und Ländern erstellten Leitlinie zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern, die trotz Warnungen der Ärzteschaft vor Gefahren für den Patientenschutz umgesetzt wurde (9). Im

Entwurf des Koalitionsvertrags steht dann aber doch, dass das Spektrum der heilpraktischen Behandlung im Sinne einer verstärkten Patientensicherheit überprüft werden soll.

Auch bei den Beratungen über das sogenannte Bundeskriminalamtgesetz konnte die Ärzteschaft trotz zahlreicher Interventionen im Bundesinnenministerium nicht mit ihren Argumenten durchdringen. Hier wird deutlich: Politische Interessenvertretung kommt dem Bohren dicker Bretter gleich. Abschrecken lassen darf man sich dadurch nicht – weiterbohren lautet die Devise.

Deutliche Kritik an Sterbehilfe-Urteil des Bundesverwaltungsgerichts

Auch bei dem sensiblen Thema Sterbehilfe ist im vergangenen Jahr eine – mit dem Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe aus dem Jahr 2015 – längst beendet geglaubte Diskussion erneut aufgeflammt. Das Bundesverwaltungsgericht hatte im März in einem Urteil befunden, Schwerkranke hätten in „extremen Ausnahmesituationen“ das Recht, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ihnen erlaubt, eine tödliche Dosis des Schlafmittels Natrium-Pentobarbital zu beziehen. Das Gericht verwies auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Dieses umfasse auch das Recht eines schwer und unheilbar Kranken, „zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll“. Der Kauf tödlicher Medikamente könne zwar nicht „grundsätzlich“ erlaubt werden. Allerdings müssten aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Ausnahmen möglich sein.

Mit ihrem Urteil warfen die Richter jedoch eine Reihe von Fragen auf: Wann liegt ein „Extremfall“ vor? Wann besteht eine „unerträgliche Leidenssituation“? Wann ist eine Entscheidung „frei und ernsthaft“? Und schließlich: Wird das BfArM nun zur Prüfungsinstanz in Sachen Selbsttötung?

Entsprechend harsch fiel die Kritik aus. Eine „so grundsätzliche ethische Frage“ wie die der ärztlich assistierten Selbsttötung dürfe nicht „auf einen bloßen Verwaltungsakt reduziert werden“, sagte BÄK-Präsident Montgomery im März in der Süddeutschen Zeitung. „Eine solche Bü-

rokratieethik ist unverantwortlich“, zitierte die Tagesschau den BÄK-Präsidenten. Dieser Kritik schloss sich Minister Gröhe an und sicherte in seiner Grußansprache zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages in Freiburg zu, alles Mögliche zu tun, damit eine staatliche Behörde nicht zum Handlanger einer Selbsttötung wird.

Auch das BfArM wurde aktiv und beauftragte den ehemaligen Verfassungsrichter Prof. Dr. Dr. Udo di Fabio mit einem Gutachten zu dem Urteil: Darin warnte di Fabio vor einer „schleichenden Etablierung einer Kultur der Euthanasie“. Eine Mitwirkung des Staates an Selbsttötungen sei „verfassungsrechtlich nicht haltbar“. Aus dem Recht auf Selbsttötung lasse sich keine staatliche Pflicht ableiten, bei einem Selbstmord zu helfen. Ansonsten dränge ein „absoluter Selbstbestimmungsanspruch die sozial-ethischen Grundentscheidungen einer demokratischen Gesellschaft zur Seite“. In diesem Jahr wird das Bundesverfassungsgericht über die Verfassungsbeschwerden entscheiden, die mehrere Ärzte und Privatpersonen gegen die Regelungen aus dem Jahr 2015 erhoben haben. Di Fabio sieht hierin eine Möglichkeit, die entstandenen „erheblichen Rechtsunsicherheiten“ zu klären.

Auch die Bundesärztekammer setzt auf Aufklärung und erarbeitete im vergangenen Jahr Hinweise und Erläuterungen zu dem Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (siehe Bericht S. 29). Ein weiteres Mal befasste sich die Ärzteschaft im November 2017 mit der Thematik, als sie zusammen mit der Päpstlichen Akademie für das Leben und dem Weltärztebund Juristen, Ethiker, Theologen und Philosophen zu einer Konferenz über die Begleitung von Menschen an ihrem Lebensende in den Vatikan einlud (siehe Bericht S. 30).

Helfer dürfen nicht zu Opfern werden

Ein weiteres sensibles Thema, das nicht nur in der Gesundheitspolitik diskutiert wurde, ist die zunehmende Gewalt gegen Ärzte und andere Gesundheitsberufe. Umfragen zufolge wurde bereits jeder zehnte Hausarzt mit aggressivem Verhalten seiner Patienten konfrontiert (6). Zwar ist auch der Gesetzgeber auf dieses Problem aufmerksam geworden, der

entsprechende Gesetzentwurf zur „Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften“ sparte Ärzte jedoch aus. Die BÄK forderte, den erfassten Personenkreis zu erweitern. „Alle im Gesundheitswesen tätigen Hilfeleistenden, zum Beispiel im Rettungsdienst, in Rettungsstellen eines Krankenhauses oder im Notfall- und Bereitschaftsdienst, müssen durch die gesetzliche Regelung geschützt werden“, hieß es in einem Schreiben der BÄK an den damaligen Bundesjustizminister Heiko Maas (SPD). Die Intervention zeigte Wirkung: In den abschließenden Ausschussberatungen erfolgte nicht zuletzt aufgrund der Appelle der Ärzteschaft eine wichtige Ergänzung. Paragraph 323c Strafgesetzbuch sah bisher vor, dass mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe sanktioniert wird, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist. Ergänzt wird diese Regelung nun um einen Absatz 2, der besagt: „Ebenso wird bestraft, wer in diesen Situationen eine Person behindert, die einem Dritten Hilfe leistet oder leisten will.“ Ausweislich der Begründung dieser Änderung wird hiervon auch die Beeinträchtigung der Tätigkeit von Ärzten und Krankenhauspersonal in der Notaufnahme erfasst.

Ausblick: 121. Deutscher Ärztetag in Erfurt

Neben gesundheits- und berufspolitischen Themen wird sich der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt vom 8. bis 11. Mai 2018 in einem Themenschwerpunkt mit der Versorgung psychischer Erkrankungen aus ärztlicher Sicht beschäftigen. Als Referenten geladen sind zu diesem Thema Dr. Iris Hauth, Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin, Prof. Dr. Stephan Zipfel, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Tübingen, und der Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München, Prof. Dr. Jochen Gensichen.

Ebenfalls auf der Agenda des diesjährigen Deutschen Ärztetages stehen unter anderem die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie die Beratungen über die Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte.

Weitere Informationen zum 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt können im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/121-deutscher-aerztetag-2018/ abgerufen werden.

Gewalt gegen Ärzte entwickelt sich auch im Ausland zu einem immer größeren Problem. Dies stellten Vertreter der mittel- und osteuropäischen Ärztekammern im September 2017 bei ihrem Treffen im slowenischen Ljubljana fest. „Die Sicherheit der Ärzte ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung“, betonte Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer, bei dem Treffen. In einer Resolution (7) forderten die Kammern eine Null-Toleranz-Politik bei Gewalt gegen Ärzte, flankiert von einer entsprechenden Gesetzgebung auf nationaler und europäischer Ebene.

Notaufnahmen in Not

Gewalt und Pöbeleien gegen Ärzte und andere Gesundheitsberufe sind insbesondere in den häufig völlig überfüllten Notaufnahmen zu beobachten. Darauf hatte Montgomery im Mai in der Bild-Zeitung hingewiesen. „Patienten wollen nicht akzeptieren, dass sie nicht sofort behandelt werden oder nicht so behandelt werden, wie sie es für richtig halten“, sagte er. Gegenüber der Nachrichtenagentur dpa stellte er klar, dass es in den Notaufnahmen nicht darum gehen dürfe, wer als erstes behandelt werden will, sondern wer als erstes behandelt werden muss. Nicht nur aus diesen Gründen war die Reform der Notfallversorgung ein gesundheitspolitisches Top-Thema des vergangenen Jahres. So hat sich die Zahl der Patienten, die die Notfallversorgungsstrukturen in Anspruch nehmen, in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Nachdem die Bundesärztekammer im April 2017 in einem Argumentationspapier Rahmen-

bedingungen für eine gute sektorenübergreifende Notfallversorgung vorgelegt hatte (8), beschäftigte sich auch der Deutsche Ärztetag mit dem Thema. Die Abgeordneten forderten eine extrabudgetäre Finanzierung und eine sektorenübergreifende Ausgestaltung der Notfallversorgung. Notfallpraxen beziehungsweise Bereitschaftspraxen sollten an dafür geeigneten Kliniken als Anlaufstellen geschaffen werden.

Viele Forderungen der Bundesärztekammer fanden sich zudem in einem im September 2017 vorgelegten Gutachtenentwurf des Gesundheits-Sachverständigenrates wieder. Im zweiten Quartal 2018 soll das endgültige Gutachten vorliegen. Die BÄK wird sich in die weiteren Diskussionen einbringen.

Anstöße zur Meinungsbildung

Häufig geht die Initiative zur öffentlichen Diskussion gesundheitspolitischer und medizinisch-ethischer Themen von der Politik aus. Anstöße zur Meinungsbildung geben aber auch die Organisationen des Gesundheitswesens selbst. Neben Statements und Kommentaren in Presse, Rundfunk und Fernsehen brachte die Bundesärztekammer in Pressekonferenzen und Tagungen eine Vielzahl von Themen gezielt in die Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit oder leistete eigene Beiträge zu bereits laufenden Debatten. Einige Beispiele hierfür waren das Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte im Vorfeld des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg, der Erfahrungsaustausch über aktuelle suchtmmedizinische Themen im November unter Leitung der beiden Vorsitzenden der BÄK-Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“, Erik Bodendieck und Dr. Josef Mischo, (siehe Bericht S. 23) sowie, ebenfalls im November, die Tagung „Chancen und Wert der ärztlichen Psychotherapie“ unter Moderation der beiden BÄK-Vorstandsmitglieder Dr. Heidrun Gitter und Dr. Ulrich Clever (siehe Bericht S. 20).

Gesundheitsunterricht an Schulen

Ein weiteres Thema, das die Bundesärztekammer im vergangenen Jahr gezielt in der Öffentlichkeit platziert hatte, war die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Der Grund: Übergewicht und Bewegungsmangel sind bei vielen Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein



Problem. Das hat nicht zuletzt der 120. Deutsche Ärztetag erkannt und gefordert, gesundheitsrelevante Themen in die Ausbildung von Lehrern und Erziehern sowie in die schulischen Lehrpläne aufzunehmen. Denkbar seien ein projektbezogener Unterricht zu Gesundheitsthemen, eigene Unterrichtseinheiten oder auch ein eigenes Schulfach „Gesundheit“, so die Abgeordneten des Ärztetages.

Die Bundesärztekammer nahm diese Forderungen in ihre Arbeit im Rahmen der vom Bundesgesundheitsministerium initiierten Allianz für Gesundheitskompetenz auf (10). Die Mitglieder der Allianz, darunter zahlreiche Verbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen, wollen in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen dazu beitragen, Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens zu entwickeln und umzusetzen. „Gesundheitskompetenz ist mehr als das Wissen über eine gesunde Lebensführung. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag angemessene Entscheidungen zur Gesundheit treffen zu können“, sagte Montgomery bei der Auftaktveranstaltung im Juni 2017 in Berlin. „Wir müssen deshalb Kinder schon früh für Gesundheitsthemen begeistern. Jetzt sind die Kultusminister der Länder gefragt, mit uns an einem Strang zu ziehen.“ Doch während das Bundesgesundheitsministerium Sympathien für die Forderungen erkennen ließ, halten sich die Länder bislang zurück. Im Sommer des Jahres 2017 haben deshalb zahlreiche Landesärztekammern das Thema im Rahmen einer koordinierten Pressearbeit aufgegriffen und unter anderem mehr Sport- und Bewegungsangebote sowie größere Freiräume für Lehrkräfte zur Vermittlung von Gesundheitsthemen gefordert. Die Initiative wurde bundesweit von zahlreichen regionalen Medien positiv aufgenommen und begleitet.

Patientensicherheit an erster Stelle

Auf maximale Transparenz setzt die Bundesärztekammer bei einem anderen wichtigen Thema. Seit dem Jahr 2006 veröffentlicht sie im Rahmen einer Pressekonferenz die Ergebnisse der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Im Jahr 2017 hat die Bundesärztekammer zudem ihre Informationen

zu den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen auf ihrer Internetseite überarbeitet (11). Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, wies bei der Vorstellung der Statistik im März 2017 (12) auf die vielfältigen Maßnahmen der Ärzteschaft zur Fehlerprophylaxe und Qualitätssicherung hin. So würden die Behandlungsfehlerdaten aufbereitet und für Fortbildungen genutzt. Im September 2017 betonte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, anlässlich des Tages der Patientensicherheit die besondere Bedeutung der Kommunikation zur Fehlerprävention. „Kommunikation kann man lernen. Und viele Ärztekammern oder Krankenhäuser bieten entsprechende Lehrgänge an“, sagte Jonitz in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt.

Was 2018 wichtig wird

Nach der Bundestagswahl ist vor den Koalitionsverhandlungen – sollte man meinen. Ganz so glatt lief es mit der Regierungsbildung nach der Bundestagswahl im vergangenen Jahr bekanntermaßen nicht. Am Ende aber stand ein Koalitionsvertrag, der – zumindest in seinem gesundheitspolitischen Kapitel – größtenteils von Pragmatismus geprägt ist. Mit vielen Forderungen konnte sich die Ärzteschaft Gehör verschaffen. Dazu zählen unter anderem die Förderungen von Landärzten und der Ausbau der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung des Ärztemangels in ländlichen Räumen. Weitere wichtige Zukunftsthemen werden mit der Förderung der sektorübergreifenden Versorgung und mit den angekündigten Neuregelungen bei der Notfallversorgung angesprochen.

Im Krankenhaussektor ist die vorgesehene verbesserte Berücksichtigung von Personalkosten im Sinne einer vollständigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen grundsätzlich zu begrüßen. Auch die damit verbundene Einleitung einer Reform der Fallpauschalenvergütung greift eine langjährige Forderung der Ärzteschaft auf.

Gleiches gilt für das Bekenntnis von Union und SPD, dass eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin notwendig ist. In



dem Bereich der Transplantationsmedizin sind die Koalitionäre den Vorschlägen der Ärzteschaft für verbindliche Freistellungsregelungen für Transplantationsbeauftragte, deren Refinanzierung und eine Erhöhung der Vergütung für die Organentnahme gefolgt.

„Der Koalitionsvertrag setzt beim Thema Gesundheit an vielen Stellen durchaus richtige Akzente“, hatte BÄK-Präsident Montgomery in einer ersten Reaktion auf die Verhandlungsergebnisse kommentiert. Richtig sei auch, dass sich Union und SPD beim Streitthema Honorierung auf die Gründung einer wissenschaftlichen Kommission verständigt haben. „Damit haben alle Beteiligten die Möglichkeit, sich noch einmal eingehend mit den verfassungsrechtlichen

Voraussetzungen für ein modernes Vergütungssystem wie auch den möglichen strukturellen und finanziellen Verwerfungen auseinanderzusetzen. Wir brauchen hier vernünftige Lösungen.“

Positiv sind auch die geplante Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, der Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die vorgesehene weitere Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung. Natürlich ließen sich noch zahlreiche weitere Punkte auf die Agenda der nächsten Bundesregierung setzen. Auch werden einige Ankündigungen, wie zum Beispiel die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten, intensive Gespräche mit der Ärzteschaft nach sich ziehen. Aber ein Koalitionsvertrag ist kein Gesetzentwurf. Änderungen im Sinne von Patienten und Ärzten sind möglich. Wichtig ist, dass nach den quälenden Monaten der Regierungsbildung keine weitere Zeit vergeudet wird, sondern die dringenden Herausforderungen, vor denen das deutsche Gesundheitswesen steht, endlich angegangen werden.

Die Bundesärztekammer wird sich mit ihrer Expertise in die weiteren politischen Beratungen einbringen. ■



- (1) www.baek.de/TB17/PMEinh
- (2) www.baek.de/TB17/AMVSOG
- (3) www.baek.de/TB17/PMAllianz1
- (4) www.baek.de/TB17/KJSG
- (5) www.baek.de/TB17/Untergrenze
- (6) www.baek.de/TB17/Survey
- (7) www.baek.de/TB17/Resolution
- (8) www.baek.de/TB17/Notfall
- (9) www.baek.de/TB17/HP
- (10) www.baek.de/TB17/PMAllianz2
- (11) www.baek.de/TB17/GuS1
- (12) www.baek.de/TB17/GuS2