

BÄK INTERN

INFORMATIONSDIENST DER BUNDESÄRZTEKAMMER



Erstes Treffen auf der politischen Bühne



Die Musik steht fest – das Libretto für das Zusammentreffen von BÄK-Präsident Hoppe und Gesundheitsminister Rösler bei der feierlichen Eröffnung des 113. Deutschen Ärztetags in der Dresdner Semperoper wird mit Spannung erwartet.

Politische Nachbeben der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen (NRW) werden wohl noch zu spüren sein, wenn zwei Tage nach dem Urnengang zwischen Rhein und Ruhr die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages am 11. Mai in Dresden zusammenkommen. Behauptet sich die bürgerliche Koalition in Düsseldorf, dürfte sich das Reformtempo der Bundesregierung deutlich erhöhen. Verliert Schwarz-Gelb die sichere Mehrheit in der Länderkammer, wird die Koalition auch in der Gesundheitspolitik ihre Strategie neu überdenken müssen. Der Auftritt von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) vor dem Ärzteparlament verspricht deshalb in jedem Fall spannend zu werden.

Vor allem aber bietet sich den Delegierten die Chance, gesundheitspolitische Akzente zu setzen. Das Treffen fällt mitten in die von Rösler

angestoßene Debatte über neue Strategien zur Bekämpfung des Ärztemangels. Nach der Wahl in NRW, die in den letzten Monaten konkrete Reformdiskussionen aus parteitaktischen Gründen erschwert hat, können vom Ärzteparlament wichtige Impulse für den weiteren Reformkurs der Regierung ausgehen. Dabei sind die Chancen gehört zu werden gut, hat sich doch gezeigt, dass die Regierung offen für Anregungen von außen ist. So basieren die diskutierten Reformideen für eine Neuregelung des Zugangs zum Medizinstudium sowie zur Reform der ärztlichen Bedarfsplanung im Wesentlichen auf Vorschlägen aus der Ärzteschaft. Nun müssen die Pläne der Regierung auf ihre Praxistauglichkeit und langfristige Wirksamkeit hin abgeklopft werden. Wichtige Fragen gilt es zu beantworten: Sollen mit neuen Auswahlkriterien für das Medizinstudium geeignetere

Kandidaten für den Arztberuf identifiziert werden oder will man allenfalls die Zahl der Studierenden nach oben schrauben? Wie kann eine sektorübergreifende Bedarfsplanung realisiert werden ohne die Wettbewerbsbedingungen zwischen ambulant und stationär zu verzerren? Das Ärzteparlament kann bei der Beantwortung dieser und weiterer Fragen wichtige Hilfestellungen leisten.

Ein reines Heimspiel wird der Ärztetag für Rösler jedoch nicht. Der Liberale wird auch unangenehme Botschaften mit im Gepäck haben und die Ärzteschaft ihrerseits wird Rösler klare Forderungen für eine patientengerechte Gesundheitsversorgung mit auf den Weg geben – allerdings verbunden mit der Zusage, den Minister und Kollegen bei der Bewältigung der anstehenden Herausforderungen nach Kräften zu unterstützen. ■

APRIL 2010

AUS DEM INHALT

„Die Attraktivität des Arztberufs muss gesteigert werden“ 2

Interview mit Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler

Die richtigen Themen zur richtigen Zeit 3

Der 113. Deutsche Ärztetag öffnet in Dresden seine Pforten

Streiks in Sicht 6

Verhandlungen von Marburger Bund und kommunalen Kliniken über Tarifverträge verlaufen zäh

Österreichische „Piefke“-Quote für Medizin bleibt 7

EuGH-Urteil gestattet Zulassungsbeschränkungen für ausländische Studienbewerber

Mehr Therapiefreiheit in der Suchtmedizin 8

BÄK legt überarbeitete Substitutionsrichtlinien vor

Miteinander Schnittstellen überwinden 9

Fachberufekonferenz diskutiert über Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Vorratsdatenspeicherung gekippt 10

Gesetzgeber lässt sich bei Neuregelungen Zeit

Autonomie am Lebensende 11

BÄK und Zentrale Ethikkommission überarbeiten Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen

„Die Attraktivität des Arztberufs muss gesteigert werden“

Interview mit Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler



Quelle: picture alliance/fapa

An vielen Stellen muss angepackt werden, um den Ärztemangel zu bekämpfen, meint Gesundheitsminister Philipp Rösler.

BÄK INTERN: Als Bundesgesundheitsminister kommen Sie zum ersten Mal zum Deutschen Ärztetag. Wie haben Sie das jährliche Delegiertentreffen in Ihrer Zeit als praktizierender Arzt wahrgenommen?

Philipp Rösler: Der Deutsche Ärztetag war immer schon eine wichtige Veranstaltung für alle Ärztinnen und Ärzte. Die zum Teil kontrovers geführten Diskussionen habe ich immer mit Interesse verfolgt. Es geht dabei um ganz alltägliche Probleme der Ärztinnen und Ärzte, aber auch um wichtige ethische Fragen. Und deshalb freue ich mich nun, mich als Bundesgesundheitsminister in die Diskussion einbringen zu können.

BÄK INTERN: Die Delegierten werden unter anderem Ihre Vorschläge zur Bekämpfung des Ärztemangels diskutieren. Manche Ärzte sind

skeptisch, dass eine Erhöhung der Studierendenzahl das Problem lösen kann. Sie verlangen bessere Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, damit mehr Absolventen in die Patientenversorgung gehen. Was meinen Sie?

Rösler: Man wird vieles anpacken müssen. Die Aufstockung der Medizin-Studienplätze ist wichtig. Und ebenso die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes. Dazu gehört, dass beispielsweise in Kliniken die Arbeitszeiten familienfreundlicher gestaltet werden. Gerade angesichts der Feminisierung des Arztberufes brauchen wir eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier sind die Klinikleitungen in der Pflicht. Diese müssen Maßnahmen ergreifen, um den

Arbeitsplatz attraktiver zu gestalten. Krankenhäuser, die in diesen Bereichen gut aufgestellt sind, haben eine deutlich bessere Chance, freie Stellen zu besetzen.

BÄK INTERN: Sie haben auch eine Neuregelung der ärztlichen Bedarfsplanung in Aussicht gestellt. Was genau schwebt Ihnen vor?

Rösler: Es ist ein Bündel an Maßnahmen. Die gesetzlichen Vorgaben sind nicht mehr zeitgemäß. Wir wollen die Planungsbereiche flexibler gestalten. Nur so kann zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden. Bei regionalen Besonderheiten sollen die Kassenärztlichen Vereini-

„Freiberuflichkeit heißt nicht, dass Sie nicht als angestellter Arzt arbeiten können. Freiberuflichkeit heißt, dass der Arzt seine medizinische Entscheidung für den Patienten in allererster Linie nach medizinischen und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien trifft.“

gungen von der Bedarfsplanung abweichen können – im Einvernehmen mit den Kassen sowie den Landesbehörden.

Krankenhausärzte, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, sollen künftig in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Zu meinen Vorschlägen gehört ebenfalls, die Mengensteuerung in unterversorgten Gebieten aufzuheben. Nehmen Sie

die Landärzte: Wenn der Nachbar seine Praxis schließt und sie deshalb noch mehr Patienten übernehmen, werden sie heute dafür bestraft, weil sie ab einer bestimmten Menge die Leistungen nicht mehr voll abrechnen können.

BÄK INTERN: Insbesondere die niedergelassenen Ärzte treibt die Sorge um, künftig im Wettbewerb mit Kliniken und finanzkräftigen Medizinischen Versorgungszentren auf der Strecke zu bleiben. Können Sie die Kollegen beruhigen?

Rösler: Medizinische Versorgungszentren werden gut angenommen, von den Patienten, aber auch von denen, die dort arbeiten. Richtig ist auch, dass wir in unterversorgten Gebieten diese noch stärker als bisher brauchen können, um die Versorgung sicherzustellen. Deswegen muss man genau darauf achten,

dass das Positive an den Medizinischen Versorgungszentren erhalten bleibt. Mir ist in diesem Zusammenhang der Aspekt der Freiberuflichkeit entscheidend.

Freiberuflichkeit heißt nicht, dass Sie nicht als angestellter Arzt arbeiten können. Freiberuflichkeit heißt, dass der Arzt seine medizinische Entscheidung für den Patienten in allererster Linie nach medizinischen und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien trifft. Daher ist es wichtig, dass die Mehrheitsverhältnisse bei den MVZ in der Hand der Kassenärzte, das heißt von Freiberuflern, liegen. Große Kapitalgesellschaften, die im Klinikbereich tätig werden, agieren mitunter nach den Regeln des Kapitalmarktes und nicht nach dem Prinzip der Freiberuflichkeit. ■

Philipp Rösler wurde 1973 in Vietnam/Khanh Hung geboren und im gleichen Jahr von einem deutschen Paar adoptiert.

- ▶ 1992: Eintritt in die FDP
- ▶ 1993: Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover
- ▶ 1996: Landesvorsitzender der Jungen Liberalen Niedersachsen, Mitglied des Landesvorstands der FDP-Niedersachsen

- ▶ 2001: Arzt und Sanitätsoffizier der Bundeswehr
- ▶ 2003: Mitglied des Niedersächsischen Landtags, Vorsitzender der FDP-Fraktion im Niedersächsischen Landtag
- ▶ 2005: Mitglied des Bundespräsidiums der FDP
- ▶ 2006: Vorsitzender der FDP Niedersachsen
- ▶ 02.2009–10.2009: Niedersächsischer Minister für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr
- ▶ seit 10.2009: Bundesminister für Gesundheit

Die richtigen Themen zur richtigen Zeit

Der 113. Deutsche Ärztetag öffnet in Dresden seine Pforten

Monatelang hat der Streit um die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Bundesregierung dominiert. Doch spätestens mit den Vorschlägen von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) zur Bekämpfung des Ärztemangels hat sich die Reformdebatte deutlich erweitert, weshalb eine Vielzahl von Themen des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden in den Fokus des öffentlichen Interesses rücken dürften. So werden bei der gesundheitspolitischen Aussprache zu Beginn des Ärzteparlaments aller Voraussicht nach die Pläne der Regierung zur Neuordnung des Medizinstudiums und zur Bedarfsplanung thematisiert. Mit Blick auf die aktuelle politische Diskussion versprechen aber auch die übrigen Schwerpunkte des Delegiertentreffens wie das Förderprogramm Versorgungsforschung, die ärztliche Weiterbildung, die Zukunft der fachärztlichen Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär sowie Telematik und Telemedizin lebhaft Debatten.

Förderinitiative Versorgungsforschung

„Wir wollen auf Augenhöhe mit Politikern diskutieren.“ Dieses Ziel formulierte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, als der 108. Deutsche Ärztetag in Berlin 2005 grünes Licht für eine Initiative der Bundesärztekammer (BÄK) zur Förderung der Versorgungsforschung gab. In Dresden werden die bisherigen Ergebnisse des mit 750.000 Euro jährlich finanzierten Projektes unter anderem vom Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK, Prof. Dr. Peter Scriba, vorgestellt und diskutiert. Dass diese Ergebnisse tatsächlich Grundlage politischer Entscheidungen sein werden, war zu Beginn der Initiative angesichts



Der Ärzteschaft eine Stimme geben – auch in diesem Jahr werden die Delegierten des Ärztetags über gesundheits- und berufspolitische Themen diskutieren und abstimmen.

des damals eher unterkühlten Verhältnisses zwischen Regierung und Ärzteschaft so nicht abzusehen. Mittlerweile stehen die Chancen gut, dass Schwarz-Gelb Ergebnisse der Versorgungsforschung bei Reformen im Gesundheitswesen mit einbezieht. Zumindest hat die Regierung in ihrem Koalitionsvertrag ein klares Bekenntnis zur Versorgungsforschung abgegeben.

Tatsächlich kann die wissenschaftliche Analyse der Versorgungssituation bei den anstehenden Aufgaben hilfreich sein. So zielt das auf sechs Jahre ausgerichtete Förderprogramm der BÄK darauf ab, Lösungen für eine bessere Patientenversorgung sowie zuverlässige Zahlen zum Ärztemangel und zur Arbeitssituation von Ärzten zu ermitteln. Zudem können die Analysen des Versorgungsalltags fundierte Informationen für die Beantwortung der Frage liefern, wie mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung und einer dauerhaften Mittelknappheit im Gesundheitswesen künftig umgegangen werden sollte.

„Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft“

Auch der Tagesordnungspunkt „Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft“, zu dem BÄK-Vizepräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery sprechen wird, ist angesichts der aktuellen politischen Debatte von besonderer Bedeutung. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), erklärte Ende Januar dieses Jahres, dass er sich für eine zügige Umsetzung eines Patientenrechtegesetzes einsetzen werde. Im Gesundheitsausschuss des Bundestages kündigte er an, das Patientenrechtegesetz bereits im kommenden Jahr über die parlamentarischen Hürden bringen zu wollen. Angesichts des Vertrauensverlustes im Gesundheitswesen sei es notwendig, das bisher zersplitterte Recht der Patienten zu bündeln, sagte Zöller. Das Ärzteparlament in Dresden wird vor allem die Frage diskutieren, ob und wie Patientenrechte eine öffentliche Schutzfunktion entfalten müssen. Die Bundesärztekammer hatte in

der Vergangenheit wiederholt auf diese Notwendigkeit hingewiesen. Aus diesem Verständnis heraus begründete sich nach Auffassung der BÄK auch der Anspruch auf Teilhabe an einer angemessenen medizinischen Versorgung. Zudem seien die individuellen Patientenrechte im Behandlungsvertrag bereits ausreichend gewährleistet. Nach Meinung der Bundesärztekammer sollte es nicht um ein Schutzgesetz gehen, sondern – soweit angesichts des Schutzniveaus der Patientenrechte im gegenwärtigen Recht überhaupt notwendig – um ein Patientengesetz, das die Rechte des Patienten auf notwendige, ausreichende und individuelle Behandlung zusammenfasst.

Diskussion über bessere Weiterbildung

Mit Spannung erwartet wurden im Vorfeld des Ärztetages auch die Ergebnisse des Projektes „Evaluation der Weiterbildung“ von BÄK und Landesärztekammern. Im Kern sind demnach die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland



mit ihrer Facharzt-Weiterbildung zufrieden. Sie beklagen aber, dass hohe Arbeitsbelastung, Bürokratie und Überstunden ihren Berufsalltag prägen.

An der Online-Befragung nahmen 32,8 Prozent der Ärzte in Weiterbildung teil. Das sind 18.858 der bundesweit 57.564 Ärzte, die sich derzeit zu Fachärzten weiterbilden lassen. Von den 16.343 Weiterbildungsbefugten füllten mehr als die Hälfte den Online-Fragebogen aus. Dieser war nach dem Vorbild eines vergleichbaren Projekts der Schwei-

Klarheit bei neuen Versorgungsstrukturen

Wie die fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär weiterentwickelt werden kann, wird Gegenstand eines Referates der Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vorsitzenden der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, Dr. Martina Wenker, sein. Die Bundesärztekammer hatte im Vorfeld des Ärztetages wiederholt betont, dass neue Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung wie Medizi-

und nur nachrangig auch von Krankenhäusern gehörten – reine Kapitalgesellschaften oder gewinnorientierte Investoren müsse der Gesetzgeber als Eigentümer von MVZ ausschließen. Denn grundsätzlich müssten entsprechend generell im Recht der Bundesärzteordnung und im Berufsrecht verankerte medizinische Kompetenzen des Arztes bei der Patientenversorgung Vorrang vor ökonomischen Interessen haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt seien ausgeglichene Wettbewerbsbedingungen zwischen Vertragsärzten und MVZ.

heitswesen und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit einer Bestandsaufnahme. Leistungserbringer und Kostenträger erörterten in den vergangenen Monaten ihre Vorstellungen mit dem Ministerium. Anfang April einigten sich die Projektpartner in der Gesellschafterversammlung gematik darauf, dass künftig die Leistungserbringer die Verantwortung für die medizinischen Anwendungen tragen. Die Kostenträger legen ihren Schwerpunkt auf die administrativen Anwendungen wie die sukzessive Einführung eines online-gestützten Versichertenstammdatenmanagements. Minister Rösler hatte bereits zu erkennen gegeben, dass er zu einer obligatorischen Online-Lösung tendiert. Gleichwohl soll dabei die Freiwilligkeit der Ärztinnen und Ärzte zur direkten Anbindung ihrer Primärsysteme berücksichtigt werden.

Nachbessern muss die Regierung nach Ansicht der Ärzteschaft auch den Paragraphen 116 b SGB V (ambulante Versorgung im Krankenhaus). In der jetzigen Gesetzesfassung bestehe die Gefahr, dass zwischen ambulantem und stationärem Sektor eine Konkurrenzsituation anstelle eines qualitätsfördernden Wettbewerbs entstehe. Deshalb sollte sich das Angebot ambulanter Leistungen im Krankenhaus lediglich auf hochspezialisierte Verfahren, die Behandlung seltener Krankheiten und Erkrankungen mit besonderem Verlauf beschränken.

Delegierte diskutieren über Telematik und Telemedizin

Einmal mehr auf der Tagesordnung des Ärzteparlaments steht die Fortentwicklung der Telematik – in diesem Jahr ergänzt durch den Themenbereich Telemedizin. Der Telematik-Beauftragte der BÄK, Dr. Franz-Joseph Bartmann, wird zu diesem Punkt sprechen. Seit dem Regierungswechsel überprüft das Bundesgesundheitsministerium den Aufbau der Telematik-Infrastruktur im Gesund-

Die Gesellschafter verständigten sich auf zunächst drei Anwendungen für die eGK. Die Bundesärztekammer verantwortet die Einführung eines Notfalldatensatzes, die Kassenärztliche Bundesvereinigung die elektronische Kommunikation zwischen Ärzten. Der GKV-Spitzenverband übernimmt die Online-Anbindung zur Aktualisierung der Versichertendaten. Für weitere Anwendungen werden erst praktikable Lösungen gesucht.

Neben der Telematik ist auch die Telemedizin Thema auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden. In vielen Regionen werden bereits Patienten besonders bei chronischen Erkrankungen telemedizinisch versorgt. Es handelt sich aber meist um Insellösungen. Nach Ansicht von Experten wäre für die weitere Entwicklung eine bundeseinheitliche Telematik-Infrastruktur als technische und datenschutzrechtliche Grundlage nötig. ■



Am 11. Mai nehmen die 250 Delegierten des 113. Deutschen Ärztetags an der Eröffnung in der Semperoper teil.

zer Ärztekammer erstellt worden. Mit Gut (2,13) bewerteten die Assistenzärzte die Betriebskultur und auch mit der Führungskultur in ihrer Abteilung sind die meisten von ihnen zufrieden. Der Vermittlung von Fachkompetenz erteilen sie die Note 2,52. Ähnlich bewerteten die Weiterbildungsbefugten die Situation in ihren Abteilungen. Die Mehrheit beider Gruppen beklagt jedoch, dass übermäßige administrative Auflagen sie von ihren Patienten fern hielten und sie ihre Aufgaben während der Arbeitszeit oftmals nicht zu ihrer vollen Zufriedenheit erfüllen könnten. Eine zweite Umfrage ist für das kommende Jahr geplant.

nische Versorgungszentren (MVZ) die Attraktivität des Arztberufes fördern können. Vor allem junge Ärztinnen und Ärzte könnten so je nach Lebenssituation entscheiden, ob sie selbständig oder zum Beispiel in einem MVZ angestellt tätig sein wollen. Doch sollten solche Versorgungskonzepte als sinnvolle Ergänzung, nicht als Alternative zum Kollektivvertragssystem betrachtet werden.

Konkret hatte BÄK-Präsident Hoppe gegenüber der Politik darauf hingewiesen, dass die derzeitige Regelung einige Schwachpunkte aufweist. So fehle eine Klarstellung, dass MVZ vorrangig in die Hände von Ärzten



Tagesordnung des 113. Deutschen Ärztetages

11. bis 14. Mai 2010 in Dresden

TOP	Thema	Referent(in)
I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	▶ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
II	Versorgungsforschung	▶ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter Scriba ▶ Prof. Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth ▶ Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Math. Hans-Konrad Selbmann
III	(Muster-)Weiterbildungsordnung	
	a) Überarbeitung der (Muster-) Weiterbildungsordnung	
	b) Bericht zur Evaluation der Weiterbildung	▶ Dr. med. H. Hellmut Koch
IV	Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft	▶ Dr. med. Frank Ulrich Montgomery ▶ Dr. med. Peter Liese MdEP (angefragt)
V	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	▶ Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
	– Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär (§ 116b SGB V)	▶ Dr. med. Martina Wenker
	– Aktuelle Diskussion zur Telematik-Infrastruktur und Zukunft der Telemedizin in Deutschland	▶ Dr. med. Franz-Joseph Bartmann
VI	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009)	
	a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2008/2009	▶ Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
	b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2008/2009	▶ Dr. med. Franz Bernhard Ensink
VII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009)	
VIII	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)	
	a) Bericht der Geschäftsführung	▶ Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
	b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission	▶ Dr. med. Franz Bernhard Ensink
IX	Wahl des Tagungsortes für den 115. Deutschen Ärztetag 2012	

Streiks in Sicht

Verhandlungen von Marburger Bund und kommunalen Kliniken über Tarifverträge verlaufen zäh

Die Zeichen stehen auf Streik. Nach den gescheiterten Tarifverhandlungen für die rund 55.000 Ärzte an kommunalen Krankenhäusern läuft die Urabstimmung des Marburger Bundes (MB) über Arbeitsniederlegungen. „Wir haben in den Verhandlungen zuletzt sehr viel Entgegenkommen gezeigt, aber irgendwann ist der Punkt erreicht, wo die andere Seite sich einen Ruck geben muss“, sagte der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke, gegenüber BÄK INTERN. Das sei nicht geschehen, deshalb habe die Große Tarifkommission des MB die Verhandlungen mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) am 8. April für gescheitert erklärt. „Wir gehen jetzt in die Urabstimmung und teilen das Ergebnis am 7. Mai mit. Ab 17. Mai könnte es dann zu ersten Streiks kommen. Sollten die Arbeitgeber bis dahin klüger geworden sein und uns einen zustimmungsfähigen Vorschlag vorlegen, werden wir uns neuen Gesprächen nicht verweigern“, so Henke.

Auf die kommunalen Krankenhäuser kommt damit nach vier Jahren erneut ein Arbeitskampf zu. Betroffenen wären bundesweit rund 800 Kli-

niken. Nur Berlin und Hamburg, wo eigene Tarifverträge gelten, sind davon ausgenommen.

Der Marburger Bund und die VKA verhandeln seit Januar über einen neuen Tarifvertrag für die Ärzte an kommunalen Kliniken. Der MB war mit der Forderung nach einer linearen Erhöhung der Gehälter der Klinikärzte um fünf Prozent sowie einer besseren Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen in die Verhandlungen gegangen. Die Arbeitgeber pochten hingegen darauf, dass sich der Ärztetarifvertrag an dem von Verdi ausgehandelten Tarifabschluss für den Öffentlichen Dienst orientieren müsse, da dieser für die anderen Krankenhausmitarbeiter gilt. „Es ist nicht akzeptabel, das Gehalt eines Arztes doppelt so hoch steigen zu lassen wie das der Krankenschwester“, sagte VKA-Verhandlungsführer Joachim Finklenburg. Verdi hatte sich Ende Februar dieses Jahres mit den Arbeitgebern auf eine dreistufige Erhöhung der Gehälter um 2,3 Prozent bei einer Gesamtlaufzeit von 26 Monaten geeinigt.

„Die VKA hat sich den unsinnigen Zwang auferlegt, ein Abschluss

für die Ärzte an den Krankenhäusern dürfe keineswegs über der Tarifeinigung für die kommunalen Amtsstuben hinausgehen. Krankenhäuser sind aber keine Rathäuser. Die Arbeit in den Krankenhäusern geht rund um die Uhr und ist mit einer steigenden Belastung verbunden. Das muss sich auch im Gehalt niederschlagen“, forderte Henke. Die Ärztegewerkschaft widersprach der Behauptung, höhere Ärztegehälter würden die kommunalen Haushalte belasten.

Kein Kompromiss nach langwierigen Verhandlungen

Dabei hatte es nach langwierigen Verhandlungen zunächst nach einem Kompromiss ausgesehen. Im Gespräch soll eine Lohnerhöhung von 2,9 Prozent bei einer Tarifvertragslaufzeit von 36 Monaten gewesen sein. In Sondierungen seien auch eine Anhebung der Bereitschaftsdienstvergütung um 16 bis 20 Prozent und höhere Nachtzuschläge für Vollarbeit in Aussicht gestellt worden, ließen die Arbeitgeber nach den gescheiterten Tarifverhandlungen verlauten. Verbesserungen bei der Bezahlung der Nachtstunden im Bereitschaftsdienst hätten die Ärzte dann aber teilweise selbst finanzieren müssen, beispielsweise durch den Wegfall des Zusatzurlaubs für Nachtarbeit. Am Ende wäre die Erhöhung der Bereitschaftsdienstvergütung auf lediglich 8 Prozent zusammengeschmolzen. „Die Tarifverhandlungen sind an mangelnder Kompromissbereitschaft und an Vorfestlegungen der kommunalen Arbeitgeber gescheitert. Wir haben uns in Sondierungen zwar aufeinander zu bewegt, aber ein verbindliches Angebot der Arbeitgeber hat es nicht gegeben. Die VKA war bis zuletzt nicht bereit, unseren Forderungen nach einer spürbaren Gehaltserhöhung für die Tages- und

Nachtarbeit der Ärzte zu entsprechen. Schlimmer noch: Man wollte uns im Volumen den Tarifvertrag der Rathäuser aufzwingen und dazu die Steigerung der Arztgehälter im Jahresdurchschnitt sogar niedriger ansetzen als für den öffentlichen Dienst. Das akzeptieren unsere Mitglieder in den kommunalen Kliniken nicht. Wer Tag und Nacht arbeitet und immer mehr Patienten zu versorgen hat, muss auch anständig bezahlt werden. Der Tarifvertrag mit den Hamburger Krankenhäusern zeigt, dass das erreichbar ist“, sagte MB-Chef Henke.

Um für den bevorstehenden Arbeitskampf bundesweit möglichst viele Ärzte zu mobilisieren, wurde ein Bundesstreikkomitee gebildet. Die Landesverbände richten Landesstreikkomitees ein. „Die Ärzte sind sehr motiviert. Natürlich ist die Ausgangslage anders als 2006, als wir uns einen eigenen Tarifvertrag erkämpfen mussten und die Not besonders groß war. Von einer wirklich leistungsgerechten Bezahlung der ärztlichen Arbeit am Tag und erst recht in der Nacht kann aber nach wie vor nicht die Rede sein. Die Arbeitslast der Ärzte steigt, auch durch die vielen unbesetzten Stellen. Eigentlich müssten die Klinikarbeitgeber selbst ein Interesse daran haben, die Wettbewerbsfähigkeit kommunaler Krankenhäuser zu erhalten. Sie bleiben aber untätig und warten häufig einfach ab, ob die vorhandenen Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken die Arbeit der fehlenden Kollegen kompensieren können. Niemand dieser hart arbeitenden Kolleginnen und Kollegen kann verstehen, dass sie sich mit einer jährlichen Gehaltserhöhung unter einem Prozent zufrieden geben sollen. Ich bin sicher, dass die Ärzte in der Urabstimmung auf diese Provokation der Arbeitgeber die entsprechende Antwort geben werden“, erklärte Henke. ■



Quelle: Marburger Bund

Nur ein Vorgeschmack – bereits am 22. März waren zum Auftakt der 4. Verhandlungsrunde rund 1.200 Ärzte zu einem Warnstreik auf der Domplatte in Köln zusammengekommen.

Österreichische „Piefke“-Quote für Medizin bleibt

EuGH-Urteil gestattet Zulassungsbeschränkungen für ausländische Studienbewerber

Viele deutsche Abiturienten nehmen vor dem Numerus clausus (NC) in der Medizin Reißaus – und das seit Jahren. Sie studieren Kieferchirurgie in Budapest oder lauschen der Einführung in die Notfallmedizin an der Medizinischen Universität Graz. Franzosen zieht es hingegen nach Belgien. Die Studierendenwanderung könnte in Zukunft allerdings schwerer werden: Der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg hat den Universitäten Belgiens und Österreichs gestattet, unter bestimmten Voraussetzungen den Zugang zum Medizinstudium für ausländische Bewerber zu begrenzen, um einem drohenden Ärztemangel im eigenen Land entgegenzuwirken. Zwar würden Zulassungsbeschränkungen gegen das Diskriminierungsverbot in der EU verstoßen. Doch seien diese immer dann zulässig, wenn ein Mitgliedstaat zu befürchten habe, andernfalls die medizinische Versorgung der eigenen Bevölkerung nicht mehr aufrecht erhalten zu können.

Teuer ausgebildet, nichts davon gehabt

Die belgische Regierung hatte – um dem Ansturm der französischen Medizinstudierende Herr zu werden – 2006 ihre Hochschulen dazu verpflichtet, die Zahl der nicht-belgischen Studierenden auf 30 Prozent zu beschränken. Das Los entscheidet, wer innerhalb der Quote den Studienplatz für Medizin bekommt. Viele Medizinstudenten kehren nach ihrem Abschluss in ihre Heimatländer zurück, um dort als Arzt zu arbeiten. Sie fehlen dann aber in dem Land, in dem sie ausgebildet wurden. Das führe zu einer übermäßigen finanziellen Belastung des Hochschulunterrichts, verteidigten die Belgier ihre Quotenregelung. Dieses Argument ließen die Luxemburger Richter jedoch nicht gelten, da finanzielle

Belastungen keine „Ungleichbehandlung zwischen ansässigen und nichtansässigen Studierenden rechtfertigen“.



Manchem ausländischen Studienbewerber bleibt in Österreich der Blick durchs Mikroskop verwehrt.

Gleichzeitig verwiesen die Richter an die nationalen Gerichte. Diese seien letztlich dafür zuständig, eine endgültige Entscheidung über die Quotenregel im eigenen Land zu treffen – vorausgesetzt, diese untersuchten, ob dank der Quote tatsächlich mehr Ärzte im eigenen Gesundheitssystem arbeiten. Außerdem sollte geprüft werden, ob nicht auch andere Maßnahmen Studenten dazu bringen könnten, sich nach dem Abschluss im Ausbildungsland niederzulassen. Erst wenn alle Instrumente wirkungslos blieben, habe die Zulassungsbeschränkung vor dem EU-Recht Bestand.

Das Urteil des EuGH wurde in Österreich mit Genugtuung vernommen. Dort gibt es – ähnlich wie in Belgien – seit gut vier Jahren eine Quotenregelung, um gegen die vielen Numerus-clausus-Flüchtlinge aus Deutschland anzukommen. Drei Viertel der Studienplätze für Medizin sind für Österreicher reserviert. 20 Prozent der Plätze gehen an Studierende aus anderen EU-Ländern und die verbleibenden fünf Prozent dürfen mit nicht-europäischen Be-

werbern besetzt werden. Zugangsregelungen zum Hochschulstudium wie den deutschen NC gibt es dort nicht. Da jedoch die Quotenregel

nach Ansicht der EU-Kommission dem Recht auf Freizügigkeit innerhalb der EU widerspreche, hatte das dem Land schließlich ein Vertragsverletzungsverfahren eingehandelt. Das Verfahren wurde jedoch bis 2012 ausgesetzt. „Wir brauchen die Quotenregelung, um den medizinischen Nachwuchs und die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, und dieses Argument wurde nun vom EuGH anerkannt“, erklärte die österreichische Wissenschaftsministerin Beatrix Karl nach der Urteilsverkündung. Von der Idee, deutsche Ärzte nach ihrem Abschluss an Österreich zu binden, hält Karl wenig. Aufgrund des eigenen Ärztemangels werbe Deutschland „massiv um ausländische und in Österreich ausgebildete deutsche Ärzte“.

Grund für die „deutsche Schwemme“ war ein Urteil des EuGH aus dem Sommer 2005. Konnten bis dato deutsche Studierende nur dann mit einem Studium in Österreich beginnen, wenn sie grundsätzlich auch in Deutschland einen Studienplatz in Medizin vorweisen konnten, so beendete der EuGH diese Praxis, indem er die Aufhebung jeg-

licher Zulassungsbeschränkungen gebot. Daraufhin führte der österreichische Nationalrat nach einem Übergangsjahr die Quote ein. Die Zahlen belegen, dass das Prinzip funktioniert: An der Medizinischen Universität Graz beispielsweise nahmen im Wintersemester 2004/05 neun deutsche Abiturienten von insgesamt 632 Studienanfängern (1,42 %) ein Medizinstudium auf. Nach dem EuGH-Urteil aus dem Jahr 2005 stieg die Zahl der deutschen Medizin-Neulinge auf 41 von insgesamt 107 (rund 38 %). Im Vergleich dazu lag der Anteil deutscher Studienanfänger gemessen an der Gesamtzahl der Abiturienten und bedingt durch die Quotenregel im vergangenen Herbst deutlich niedriger – von 344 Erstsemestern kamen nur 71 aus Deutschland.

Auf soziale Kompetenzen achten

Bundesbildungsministerin Annette Schavan (CDU) hat den Österreichern ihre Unterstützung für eine dauerhafte EU-rechtliche Verankerung der Quotenregelung für den Zugang zum Medizinstudium zugesagt. Gleichzeitig legte die Ministerin der österreichischen Regierung nahe, Zugangsregelungen zum Hochschulstudium einzuführen: „Zur Qualität des Systems einer modernen Hochschule gehört auch, dass diese Studierende selbstständig auswählen kann“, erklärte Schavan gegenüber dem „Kurier“. Kein Land sei gezwungen, auf diese Steuerung zu verzichten. In Deutschland können die Hochschulen 60 Prozent ihrer Bewerber im Rahmen von Zulassungsgesprächen auswählen. Allerdings machen viele Universitäten davon zu wenig Gebrauch. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hatte in der Vergangenheit wiederholt gefordert, bei der Auswahl von Medizinstudierenden auch auf deren soziale Kompetenzen zu achten. ■

Mehr Therapiefreiheit in der Suchtmedizin

BÄK legt überarbeitete Richtlinien zur substitions-gestützten Behandlung Drogenabhängiger vor

Um die Versorgungssituation von heroinabhängigen Patienten zu verbessern, hat die Bundesärztekammer (BÄK) ihre Richtlinien zur substitions-gestützten Behandlung von Opiatabhängigen überarbeitet. Sie wurden erstmals im Jahr 2002 vorgelegt. „Wir wollen die Gesundheitsversorgung von Drogenabhängigen weiter verbessern und noch mehr Ärztinnen und Ärzte motivieren, sich in der Behandlung suchtkrank Menschen zu engagieren“, sagte Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der

schreibungsverordnung (BtMVV) 2001 beauftragt, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zur Substitution von Opiatabhängigen in Richtlinien festzulegen.

Nach einer umfassenden Analyse der Versorgungssituation Opiatabhängiger forderte die BÄK die Landesärztekammern sowie in der Substitution tätige Fachverbände auf, dem Ausschuss „Sucht und Drogen“ der BÄK konkrete Änderungsvorschläge einzureichen. Auf dieser Basis wurde ein Ent-

stand der Bundesärztekammer hat die novellierten Richtlinien nach juristischer Prüfung durch die gemeinsame Rechtsabteilung von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung verabschiedet.

Behandlungsziele orientieren sich stärker am Therapieverlauf

Stand bislang bei der substitions-gestützten Behandlung im Vordergrund, die Suchtmittelfreiheit zu erlangen, kann mit den überarbeiteten Richtlinien das Therapieziel flexibler gestaltet werden. Eine

Substitution kann nun auch erfolgen, um die Behandlung einer begleitenden schweren Krankheit zu unterstützen oder die Risiken bei einer Schwangerschaft zu verringern. Das Therapiekonzept richtet sich stärker an der individuellen Situation des Patienten und dessen Therapieverlaufs aus. „Die aktualisierten Richtlinien erkennen an, dass die Substitutionsbehandlung in der Mehrzahl der Fälle eine Dauer-

behandelnde Arzt nun mehr Spielraum für seine Therapieentscheidungen.

Verschiedene Studien zeigen, dass sich der Erfolg einer Substitutionsbehandlung durch eine begleitende psychosoziale Betreuung und rehabilitative Maßnahmen deutlich steigern lässt. Art und Umfang dieser Maßnahmen sind in den neuen Richtlinien konkreter und detaillierter formuliert. Sie sollen sich an der individuellen Situation des Patienten ausrichten und nach den von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards durchgeführt werden. Überbrückend und zur akuten Gefahrenabwehr kann eine Substitutionsbehandlung nun auch ohne psychosoziale Betreuung stattfinden. Die neuen Richtlinien verpflichten die Landesärztekammern, eigene Beratungskommissionen einzurichten, die auch der Qualitätssicherung dienen. Die Bundesärztekammer erhofft sich von der Aktualisierung der Richtlinien, dass sich die Gesundheit betroffener Opiatabhängiger stabilisiert und gleichzeitig die Betäubungsmittelsicherheit erhöht werden kann. Auch sollen durch sie mehr Ärzte dafür gewonnen werden, die Herausforderungen der Substitutionsbehandlung anzunehmen.

Substitution mit Diamorphin

Mit dem „Gesetz zur diamorphin-gestützten Substitutionsbehandlung“ schuf der Bundestag im vergangenen Jahr die rechtlichen Voraussetzungen, um die diamorphin-gestützte Behandlung in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Für diese Therapie kommen ausschließlich schwerstabhängige Patienten in Frage. Diese müssen seit mindestens fünf Jahren abhängig sein, zwei erfolglos beendete beziehungsweise abgebrochene Sucht-

Schwerkranke Patienten müssen sich meist auf Dauer einer Substitutionsbehandlung unterziehen. Die aktualisierten BÄK-Richtlinien geben Ärzten mehr Freiräume bei der Therapie.

Bundesärztekammer. Es wurde eine grundlegende Erneuerung der Richtlinien erforderlich, weil sich die Rahmenbedingungen für die Behandlung in vielerlei Hinsicht geändert haben. So wurde inzwischen das Gesetz zur Behandlung mit Diamorphin verabschiedet und Regelungen zur Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall sowie zur Verschreibung von Substitutionsmitteln an Wochenenden und Feiertagen geändert. Die BÄK ist durch die 15. Betäubungsmittel-

wurf erstellt, der zur Grundlage für die Arbeit der vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzten Expertenkommission wurde. Mitte November 2009 legte die Kommission einen überarbeiteten Richtlinien-Entwurf vor, der innerhalb eines Stellungsnahmeverfahrens an die Landesärztekammern weitergeleitet wurde. Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat die eingegangenen Rückmeldungen gesichtet, bewertet und in den Entwurf der Expertenkommission eingearbeitet. Der Vor-

deutet, die nicht auf ein alleiniges Oberziel auszurichten ist“, betont Hessenauer. Die vorgenommenen Änderungen stärken die Entscheidungsfreiheit des Arztes innerhalb der bestehenden betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen. Sowohl bei den begleitenden Patientenkontakten, den Beigebrauchskontrollen auf weitere psychotrope Substanzen als auch hinsichtlich der Take-Home-Verordnung, die die eigenverantwortliche Einnahme des Substituts ermöglicht, erhält der



Quelle: picture-alliance/dpa

Miteinander Schnittstellen überwinden

Fachberufekonferenz diskutiert über Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

behandlungen hinter sich und das 23. Lebensjahr vollendet haben. Die Regelung sieht außerdem vor, dass eine begleitende psychosoziale Betreuung über mindestens sechs Monate stattfindet. Zudem dürfen nur geeignete Einrichtungen die Behandlung mit Diamorphin vornehmen, die bestimmte Kriterien erfüllen. Um Ärzte für die Substitution mit Diamorphin zu qualifizieren, hat die Bundesärztekammer ein sechsstündiges Qualifikationsmodul entwickelt, das bereits von einigen Landesärztekammern als Möglichkeit bei der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ angeboten wird.

Wenige Wochen nach Vorstellung der BÄK-Richtlinien hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über die Diamorphinbehandlung im Rahmen der GKV verständigt. In den dafür zugelassenen Einrichtungen müssen grundsätzlich drei Ärzte in Vollzeit angestellt und kurzfristig konsiliarischer Kontakt zu fachärztlich-psychiatrischen Kollegen möglich sein. Die Fortbildung des multidisziplinären Teams ist verbindlich geregelt. Zudem müssen bestimmte Räumlichkeiten und Öffnungszeiten über zwölf Stunden täglich gewährleistet sein. Neben der landesbehördlichen Zulassung von Diamorphin-Zentren ist auch die Zulassung durch die zuständige KV erforderlich. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, beurteilt den G-BA-Beschluss kritisch: „Mit Sorge sehe ich, dass die Forderung an die Anwesenheit des ärztlichen Personals über einen Zeitraum von täglich zwölf Stunden in der Praxis dazu führen könnte, dass die Behandlung ausschließlich in wenigen, großen Einrichtungen in Deutschland angeboten wird“, so Dyckmans. Die Rechtsprüfung durch das Gesundheitsministerium steht noch aus. ■

Bei der ärztlichen Behandlung steht der Patient im Mittelpunkt. Leider gerät dieser Aspekt oftmals in Vergessenheit, wenn es um Probleme bei der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen geht. Dass es auch anders geht, zeigte sich bei der Fortbildungstagung der Bundesärztekammer (BÄK) zur Langzeitversorgung von Schlaganfallpatienten. Gemeinsam diskutierten Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten und andere beteiligte Berufsgruppen in Berlin, wie sie die Rehabilitation und Langzeitbetreuung von Schlaganfallpatienten besser koordinieren und die Zusammenarbeit an Schnittstellen optimieren können. Die Veranstaltung ist der Auftakt einer neuen interprofessionellen Fortbildungsreihe, die von der Bundesärztekammer initiiert wurde.

Für eine bessere Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen haben sich auch die Teilnehmer der 22. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen ausgesprochen. Die BÄK hatte Vertreter von 40 Berufsverbänden geladen, um über künftige Herausforderungen zu diskutieren. Zentrale Themen waren die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen und der Fachkräftemangel, der inzwischen nicht nur die ärztliche, sondern auch die pflegerische Versorgung betrifft. „In ländlichen Regionen bleiben Arztstühle unbesetzt, Krankenhausärzte fehlen und in der pflegerischen Versorgung herrscht Personalknappheit bei gleichzeitig steigender Arbeitsbelastung“, warnte Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung bestehe akuter Handlungsbedarf. „Eine Gesellschaft des langen Lebens braucht genügend Angehörige der Gesundheits-

berufe, um eine gute Patientenversorgung sicherzustellen“, sagte Goesmann. Gegenmaßnahmen seien dringend erforderlich, auch weil die Alterstruktur der Beschäftigten die Situation zusätzlich verschärfe. Dass Engpässe bei den Fachkräften in Zukunft wahrscheinlich sind, bestätigte auch Dr. Markus Heckmann vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in einem Fachvortrag. Die Konferenzteilnehmer appellierten an die Politik, den Personalschlüssel sowie die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Gesundheitsberufe zu verbessern, damit die Arbeitsplätze für Berufseinsteiger wieder attraktiver werden.

Die Fachberufevertreter stellten klar, dass sie eigene Konzepte für Kommunikation und Prozessorganisation für eine bessere Patientenversorgung erstellen wollen. Die verschiedenen Arbeitsgruppen des Gremiums leisteten dafür in den vergangenen Monaten wichtige Vorarbeit, indem sie Aufgaben, Zustän-

digkeiten und Verantwortlichkeiten der Gesundheitsberufe unter den derzeitigen Rahmenbedingungen benannten. So verabschiedeten die Teilnehmer das Papier „Prozessverbesserung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“.

Ein weiteres Thema der Konferenz war die schleppende Umsetzung des § 63 SGB V. Demnach sollen ärztliche Tätigkeiten auf Physiotherapeuten und Pflegeberufe übertragen werden. Welche Leistungen dabei für ein Modellvorhaben in Frage kommen, soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Pflege in Richtlinien festlegen. Der G-BA hat dazu Ende 2009 die Beratungen aufgenommen. Die Vertreter der Ärzteschaft lehnen die Substitution ärztlicher Leistungen nach wie vor ab. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hingegen hat bereits einen Katalog erstellt, welche Tätigkeiten von Pflegeberufen im Krankenhaus eigenverantwortlich durchgeführt werden können. ■

Fachlicher Austausch für eine bessere Gesundheitsversorgung

Die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen wurde vor 21 Jahren auf Initiative der Bundesärztekammer ins Leben gerufen. Das Ziel dieser ständigen Einrichtung ist es, die gegenseitige Information zu verbessern, zur Klärung des Selbstverständnisses beizutragen, im Interesse der Patienten die interprofessionelle und sektorübergreifende Zusammenarbeit zu fördern und die negativen Effekte der sogenannten Schnittstellen zu beseitigen.

Die Vertreter von etwa 40 Fachverbänden treffen sich mindestens einmal im Jahr, um Informationen auszutauschen und aktuelle Angelegenheiten zu diskutieren. In

ihrer Gründungssitzung im April 1989 beschlossen die Teilnehmer „10 Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“. 1993 wurde eine Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und fünf Verbänden der Pflegeberufe zur „Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeberufen“ vorgestellt. 1994 gab es ein weiteres Papier zum Thema „Kooperationsmodelle“, dem sich die Pflegeverbände jedoch nicht anschlossen. Zu den Dauerthemen der Konferenz gehören Qualitätssicherung, geplante Gesundheitsreformen und damit zusammenhängende Themen wie beispielsweise Kostendämpfung oder Rationierung. ■

Vorratsdatenspeicherung gekippt – Gesetzgeber lässt sich mit Neuregelungen Zeit

Auch zwei Monate nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Vorratsdatenspeicherung ist unklar, wann mit einer Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen zu rechnen ist. Es bringe nichts, jetzt übereilt irgendetwas in ein neues Gesetz zu schreiben, das später auch europarechtlich keinen Bestand habe, sagte Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP). Die Vorratsdatenspeicherung gehört zu den umstrittensten Gesetzen der letzten Jahre – nicht nur in Deutschland, sondern auch auf EU-Ebene. In vielen Mitgliedstaaten wurde die Umsetzung der Richtlinie kontrovers diskutiert. Die EU-

vorgehoben. Die Karlsruher Richter entschieden, dass die Regelungen zur Vorratsdatenspeicherung, wie sie im Telekommunikationsgesetz und in der Strafprozessordnung verankert sind, mit dem Fernmeldegeheimnis nach Artikel 10 des Grundgesetzes unvereinbar sind. Zwar sei eine Speicherungspflicht in dem vorgesehenen Umfang nicht von vornherein verfassungswidrig. Es fehle aber an einer dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechenden Ausgestaltung, so die Richter. Insbesondere Datenschutz, Datensicherheit, Transparenz und Zugriffsrechte müssten anspruchsvoll und normenklar geregelt wer-

grüßte das Urteil aus Karlsruhe als wichtigen Beitrag auch zum besseren Schutz des Patient-Arzt-Verhältnisses. „Das Patientengeheimnis ist eines der wichtigsten Rechte des Patienten überhaupt“, sagte Hoppe. Die Bundesärztekammer hatte sich immer wieder mit anderen Berufsgeheimnisträgern gegen die Vorratsdatenspeicherung ausgesprochen. Denn die Kommunikationsdaten von Ärzten, Journalisten und Anwälten waren trotz massiver Proteste von der Speicherung bisher nicht ausgenommen. „Durch die vom Gesetzgeber veranlasste Vorratspeicherung von Daten wurde einmal mehr das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient infrage gestellt. Denn bereits die Information darüber, dass eine Kommunikation zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat, ist für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bedeutsam. Hieraus lassen sich Rückschlüsse auf ein Behandlungsverhältnis ziehen“, sagte Hoppe. Daher müsse jegliche berufliche Kommunikation des Arztes vor staatlichem Zugriff geschützt werden.

onym bleibenden Anrufern ganz oder überwiegend telefonische Beratung in seelischen oder sozialen Notlagen anbieten und die selbst oder deren Mitarbeiter insoweit anderen Verschwiegenheitsverpflichtungen unterliegen“, heißt es in der Urteilsbegründung.

Verfassungsklage gegen das BKA-Gesetz

Die Vorratsdatenspeicherung ist aber nur ein Teil der Telekommunikationsüberwachung durch Ermittlungsbehörden. Seit Januar 2009 in Kraft ist das umstrittene BKA-Gesetz, das dem Bundeskriminalamt (BKA) mehr Kompetenzen zur Terrorabwehr einräumt. Beschnitten wird dabei das Zeugnisverweigerungsrecht von „Berufsgeheimnisträgern“ wie Ärzten, Anwälten und Journalisten, nicht jedoch von Geistlichen und von Abgeordneten. „Nach wie vor laufen Ärzte und ihre Patienten Gefahr, Ziel staatlicher Lauschangriffe zu werden. Abhörverbote, Verschwiegenheitspflicht und Zeugnisverweigerungsrechte gehören aber zu den unabdingbaren Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung. Diese erst garantierten das für die Patienten-Arzt-Beziehung so wichtige Vertrauen. Die Kommunikation mit Ärzten muss deshalb genauso vor staatlicher Überwachung geschützt werden, wie die mit Seelsorgern, Strafverteidigern und Abgeordneten“, forderte Ärztepräsident Hoppe. Gemeinsam mit namhaften Anwälten, Journalisten und Politikern hat Hoppe vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe Klage eingereicht. Die Beschwerdeführer kritisieren besonders, dass das Zeugnisverweigerungsrecht für Ärzte, Anwälte und Journalisten nicht mehr vollständig gilt. „Wir fordern die Politik auf, den Lauschangriff auf uns Ärzte zu unterlassen“, so Hoppe. ■



Quelle: picture-alliance/dpa

Die Verfassungsrichter erklärten Anfang März das Speichern von Verbindungsdaten für verfassungswidrig.

Justizkommissarin Viviane Reding hat nun angekündigt, die Richtlinie zur Vorratsdatenspeicherung grundlegend zu überprüfen. Es geht unter anderem um die Frage, ob die Vorschrift mit dem EU-Reformvertrag vereinbar ist. Die Bestandsaufnahme auf EU-Ebene soll bis zum Herbst dieses Jahres vorliegen.

Zuvor hatte das Bundesverfassungsgericht einmal mehr in seiner Entscheidung zwischen Sicherheitsinteresse und Datenschutz die besondere Bedeutung der Grundrechte auf informationelle Selbstbestimmung und Privatsphäre her-

den, forderte das Gericht von der Regierung. Das oberste deutsche Gericht ordnete die unverzügliche Löschung aller bisher gesammelten Verbindungsdaten von Telefonkunden und Internetnutzern an. Im umfangreichsten Massenklageverfahren in der Geschichte des Gerichts hatten fast 35.000 Bürger Beschwerde gegen das seit 2008 geltende Gesetz eingelegt, das eine EU-Richtlinie umsetzt.

BÄK begrüßt Karlsruher Urteil

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe be-

Das Urteil aus Karlsruhe bietet Ärzten jetzt eine neue Chance, ihre Forderung nach einem absoluten Schutz der Arzt-Patienten-Kommunikation doch noch durchzusetzen. Die Karlsruher Richter haben immerhin bestätigt, dass sich aus den bloßen Verbindungsdaten Persönlichkeits- und Bewegungsprofile erstellen lassen. Und es sei verfassungsrechtlich geboten, „zumindest für einen engen Kreis von auf besondere Vertraulichkeit angewiesenen Telekommunikationsverbindungen ein grundsätzliches Übermittlungsverbot vorzusehen“. Beispielhaft genannt werden „Verbindungen zu Anschlüssen von Personen, Behörden und Organisationen in sozialen oder kirchlichen Bereichen, die grundsätzlich an-

Autonomie am Lebensende

BÄK und Zentrale Ethikkommission überarbeiten Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen

Für viele Menschen ist es ein Schreckensszenario nach einem Unfall oder bedingt durch eine schwere Erkrankung nicht mehr selbst entscheiden zu können, wie weit lebenserhaltende Maßnahmen gehen sollen. Deshalb entscheiden sich immer mehr dafür, Vorsorge für den Fall der Fälle zu treffen. Schätzungen zufolge haben etwa acht Millionen Menschen bereits eine Patientenverfügung verfasst. Zuvor suchten sie oftmals Rat bei einem Arzt, ob sie überhaupt eine Verfügung verfassen sollten. Wenn ja, unter welchen Bedingungen sie am Leben gehalten werden wollen oder wann medizinische Maßnahmen eingestellt werden sollen.

Um den Ärztinnen und Ärzten in Deutschland eine Orientierung zu geben, wie sie mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten im beruflichen Alltag umgehen sollten, hat die Bundesärztekammer (BÄK) gemeinsam mit der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK die bisherigen Empfehlungen überarbeitet. Nachdem das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz im vergangenen Herbst in Kraft trat, war eine Überarbeitung der Empfehlungen aus dem Jahr 2007 geboten. Diese knüpfen an die BÄK-Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung an und berücksichtigen die Änderungen des Gesetzgebers im Betreuungsrecht. „Zwar kann der Arzt dem Patienten die oftmals schwierige und als belastend empfundene Entscheidung über das Ob und Wie einer vorsorglichen Willensbekundung nicht abnehmen, wohl aber Informationen für das Abwägen der Entscheidung beitragen“, heißt es in den Empfehlungen der BÄK und der Zentralen Ethikkommission. So könne der Arzt über medizinisch mögliche und indizierte Behandlungsmaßnahmen informieren, auf die mit Prognosen verbundenen Unsicherheiten auf-

merksam machen und über seine Erfahrungen mit Patienten berichten, die sich in vergleichbaren Situationen befunden haben.

Patientenverfügungen sind verbindlich

Über die Gültigkeit von Patientenverfügungen ist in der Vergangenheit heftig gestritten worden. Nach jahrelangen öffentlichen Diskussionen und mehreren Parlamentsdebatten stimmte der Bundestag im Juni 2009 dafür, diese gesetzlich zu verankern. War bislang nicht eindeutig bestimmt, was eine Patientenverfügung ist, so legt der Gesetzgeber nun eine genaue Definition fest: Diese muss schriftlich vorliegen, kann aber jederzeit formlos widerrufen werden. Ausschließlich einwilligungsfähige Erwachsene dürfen eine Patientenverfügung verfassen, die dann für den behandelnden Arzt verbindlich ist, wenn darin nichts rechtlich Verbotenes wie die Tötung auf Verlangen oder aktive Sterbehilfe formuliert wurde.

Der Gesetzgeber unterscheidet zur medizinischen Behandlung und Betreuung von Patienten – neben der Patientenverfügung – noch zwei weitere Formen der Willensbekundung: das Aufzeigen von Überzeugungen und Wertvorstellungen sowie Behandlungswünsche. Jeder Patient kann einem Vertreter die Aufgabe übertragen, mit Blick auf die jeweilige Situation dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Dabei sind alle verfügbaren Informationen über den Patienten zu berücksichtigen – vor allem dessen frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und andere persönliche Wertvorstellungen, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln und entsprechend zu handeln.

Der Patient kann aber konkrete Behandlungswünsche über die Art, den Umfang und die Dauer sowie die Umstände seiner Behandlung in einer Patientenverfügung festlegen. Der Bevollmächtigte oder Betreuer muss diese Wünsche in den Behandlungsprozess einbringen. Basierend auf den Festlegungen, Vorstellungen und Behandlungswünschen des Patienten hat er ärztlichen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Behandlungswünsche sind immer an die ärztliche Indikation gebunden. Der Arzt ist jedoch nicht verpflichtet, den Wünschen Folge zu leisten, wenn keine Indikation für eine Behandlung mehr besteht oder das Verlangen rechtswidrig ist – wie etwa aktive Sterbehilfe.

Es können aber auch Fälle eintreten, in denen zwar eine Patientenverfügung vorliegt, doch sind darin die aufgetretenen Situationen nicht konkret beschrieben oder nicht vorhersehbar gewesen. Daraus resultierende Fehlinterpretationen von Patientenverfügungen ließen sich

reduzieren, „wenn eine bevollmächtigte Vertrauensperson als Ansprechpartner für den Arzt zur Verfügung steht“, so die BÄK. Deshalb empfiehlt die Kammer eine Kombination aus Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Hat der Patient mit einer Vorsorgevollmacht jemanden dazu bestimmt für ihn wichtige Entscheidungen zu treffen, falls er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, so soll der Bevollmächtigte nach der neuen Gesetzeslage gemeinsam mit dem Arzt den Willen des Patienten erörtern. Gerichte sollen grundsätzlich nur in Konfliktfällen eingeschaltet werden. Zudem darf niemand gezwungen werden, eine Patientenverfügung zu verfassen.

Die aktualisierten Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sind im Internet unter www.baek.de abrufbar. ■

Frauen verfassen öfter Patientenverfügungen

Dass immer mehr Frauen und Männer in Deutschland für den Krankheitsfall eine Patientenverfügung verfassen, verdeutlicht eine vor kurzem veröffentlichte Umfrage der GfK Marktforschung Nürnberg. Diese hatte im Auftrag der „Apotheken Umschau“ 1.973 Menschen ab 14 Jahren – darunter 1.016 Frauen und 957 Männer – zu ihrer Meinung über Patientenverfügungen befragt. Der Umfrage zufolge hat bereits jede fünfte Frau (19,2 %) festgelegt, welche medizinischen Maßnahmen gewünscht werden oder ob sie unterlassen werden sollen – für den Fall, dass sie ihren eigenen Willen einmal nicht mehr kund tun kann.

Bei den Männern ist dies nur jeder sechste (16,2 %). Vor allem aber bei den 50- bis 59-Jährigen ist der Geschlechterunterschied sehr deutlich. Nur jeder neunte Mann in dieser Altersstufe (10,9 %) hat eine Patientenverfügung unterzeichnet, bei den Frauen sind es mit 20,1 % fast doppelt so viele. Auch bei den 60- bis 69-Jährigen gibt es noch deutliche Differenzen (Männer: 26,3 %; Frauen: 30,8 %). Erst bei den Ab-70-Jährigen herrscht dann Gleichstand: Knapp vier von zehn Frauen und auch genau so viele Männer haben für den schlimmsten Fall entsprechende Vorkehrungen getroffen (Männer: 38,0 %; Frauen: 37,6 %). ■

Neue Geschäftsführung in Schleswig Holstein

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat Dr. Carsten Leffmann einstimmig zum neuen Hauptgeschäftsführer gewählt. Leffmann setzte sich gegen 70 Konkurrenten um die Nachfolge des Amtes von Dr. Cornelia Andreßen durch. Diese war 2009 als Staatssekretärin ins Kieler Wissenschaftsministerium berufen worden. Leffmann ist seit 2004 Geschäftsführer der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, dort leitet er auch das Ressort Qualitätssicherung. ■

LÄK Hessen stellt sich neu auf

Dr. Michael Popovic, langjähriger Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, wird zum 31.08.2010 in den Ruhestand treten. Er übt seine Tätigkeit bereits jetzt nicht mehr aus. Ab sofort besteht die Geschäftsführung aus dem ärztlichen Geschäftsführer, Dr. Roland Kaiser, dem Leiter der Rechtsabteilung, Manuel Maier, sowie dem kaufmännischen Geschäftsführer, Hans-Peter Hauck. Alle drei Geschäftsführer leiten ihre Bereiche eigenverantwortlich. ■

Neue Ministerin in Niedersachsen

Aygül Özkan (CDU) hat Ende April das Amt der Gesundheits- und Sozialministerin in Niedersachsen und damit auch gleichzeitig den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz übernommen. Sie löst Mechthild Ross-Luttman (CDU) im Rahmen einer Kabinettsumbildung ab. Die 38-jährige Özkan ist derzeit stellvertretende Vorsitzende der CDU in Hamburg. Als Bürgerrechtsabgeordnete hat die Juristin sich sowohl im Wirtschafts- als auch im Sozial- und Gleichstellungsausschuss engagiert. ■

Rolle von Ärzten im Dritten Reich weiter aufarbeiten

BÄK, KBV und BMG schreiben dritten Forschungspreis aus

Ärzte haben in der Zeit des Nationalsozialismus aktiv an der systematischen Ermordung von Kranken mitgewirkt. Außerdem haben sich führende Vertreter der Ärzteschaft an der Vertreibung ihrer jüdischen Kolleginnen und Kollegen beteiligt. Auch wenn die Mitschuld der Ärzteschaft an den Verbrechen der NS-Gewaltherrschaft im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte wissenschaftlich untersucht wurde, ist die Rolle von Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus auch mehr als 60 Jahre nach Ende der Nazi-Herrschaft noch längst nicht ausreichend aufgearbeitet. Deshalb haben die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und das Bundesgesundheitsministerium (BMG) nunmehr zum dritten Mal einen Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten zur

Geschichte der Ärzte während des Nationalsozialismus ausgeschrieben. Der Preis ist mit insgesamt 10.000 Euro dotiert.

An der Ausschreibung teilnehmen dürfen Ärzte und Psychotherapeuten als Einzelpersonen, Kooperationen und Gemeinschaften aus Ärzten und Psychotherapeuten, Studenten der Humanmedizin sowie an humanmedizinischen und medizinhistorischen Instituten tätige Wissenschaftler. Alle Arbeiten müssen in deutscher Sprache verfasst sein und können sowohl in Papierform als auch elektronisch eingereicht werden. Es werden jedoch nur Arbeiten berücksichtigt, die ab Januar 2005 erstellt oder veröffentlicht wurden. Bereits bei vorangegangenen Ausschreibungen dieses Preises eingereichte Arbeiten kön-

nen nicht erneut berücksichtigt werden. Bewerbungsschluss ist der 30. November 2010.

Eine unabhängige Jury wird die eingeschickten Arbeiten bewerten und den Gewinner ermitteln. Die BÄK, die KBV, das BMG, der Zentralrat der Juden in Deutschland sowie der Verband der jüdischen Ärzte und Psychotherapeuten haben die Mitglieder der Jury benannt: die Medizinhistoriker Prof. Dr. Dr. Heinz Schott und Prof. Dr. Robert Jütte sowie die Ärzte Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Prof. Dr. Leo Latasch und Dr. Roman Skoblo. Anfang 2011 wird die Jury die Preisträger bekannt geben.

Weitere Informationen unter: www.baek.de ■

Neues Führungsduo

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchowbundes, Dr. Klaus Bittmann, hat sein Amt vorzeitig aus persönlichen Gründen niedergelegt. Bis zur nächsten Wahl werden der Allgemeinmediziner Dr. Klaus Bogner und der Kinderchirurg Stephan Kraft den Verband kommissarisch führen. Beide sind stellvertretende Bundesvorsitzende des NAV-Virchowbun-

des. Neben seiner Führungsrolle im NAV ist Bittmann Mitglied in verschiedenen Ausschüssen der KBV, Gründer und Vorstandssprecher der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztegenossenschaften sowie Ehrenvorsitzender und Qualitätsbeauftragter der KV Schleswig-Holstein. ■

Spiro tritt zurück

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen, Dr. Till Spiro, ist im März dieses Jahres mit sofortiger Wirkung von seinem Vorstandsposten sowie von allen anderen Ämtern zurückgetreten. Spiro gab persönliche Gründe an. Die Vertreterversammlung der KV Bremen nahm die Entscheidung

mit Bedauern zur Kenntnis, das Verhältnis zu Spiro sei stets offen gewesen. Der Radiologe war seit 2004 Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen. In zahlreichen Gremien setzte er sich für die Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten im Land Bremen ein. ■

Impressum

BÄK intern
Informationsdienst der
Bundesärztekammer

Redaktion:
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Samir Rabbata,
Jana Kromer,
Johanna Braun,
Katharina Wurche

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

Tel. (030) 40 04 56-700
Fax (030) 40 04 56-707
E-Mail: presse@baek.de
Internet: www.baek.de

Druck:
Druckerei Braul,
Pankstraße 8-10, 13127 Berlin

Satz und Layout:
da vinci design GmbH,
Albrechtstraße 13, 10117 Berlin

Redaktionsschluss:
30.04.2010