Hochschule für öffentliche Verwaltung
und Finanzen Ludwigsburg

Organspenden zwischen Transplantationsgesetz und Klinikskandalen – Lösungsansätze zur Erhöhung der Spendenbereitschaft

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades einer
Bachelor of Arts (B.A.)
im Studiengang Rentenversicherung – Public Management

vorgelegt von

Carina Bieber

Studienjahr 2014/2015

Erstgutachter: Herr Prof. Günter Pfeifer
Zweitgutachter: Frau Prof. Annemarie Diebold

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV

Abbildungsverzeichnis V

Verzeichnis der Anlagen VI

1. Einleitung 1

2. Überblick über das Transplantationsgesetz (TPG) 3

2.1 Allgemeines 3

2.2 Postmortale Spende 5

2.3 Lebendspende 6

2.4 Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen 7

2.5 Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften 9

2.6 Organhandel und Strafvorschriften 10

3. Ablauf einer postmortalen Organspende 11

4. Klinikskandale 15

4.1 Manipulation von Krankendaten 15

4.2 Fehlerhafte Hirntodfeststellung 19

5. Lösungsansätze für die Erzielung einer höheren Spendenbereitschaft 20

5.1 Bereits vorhandene Ansätze 21

5.1.1 Gesetzliche Änderungen 21

5.1.1.1 Verbesserte Absicherung von Lebendspendern 21
5.1.1.2 Strafmaß bei Manipulation des Gesundheitszustandes 23
5.1.1.3 Verbesserung der Strukturen im Krankenhaus 23
5.1.1.4 Einführung der Entscheidungslösung 25
5.1.2 Aufklärung durch Kampagnen/ Fernsehen/ Öffentlichkeitsarbeit 29
5.2 Weitere denkbare Möglichkeiten 32
5.2.1 Ausweitung und Förderung der Lebendspende 32
5.2.1.1 Aufhebung der Subsidiarität 33
5.2.1.2 Legalisierung der anonymen Spende 34
5.2.1.3 Explizite Legalisierung der sog. Überkreuzspende 36
5.2.1.4 Finanzielle Anreize für Lebendspender 37
5.2.1.5 Zwischenfazit 38
5.2.2 Widerspruchslösung als Alternative zur Entscheidungslösung 39
5.2.3 Spendenbereitschaft als Bedingung für Ansprüche auf Spenderorgane 43
5.2.4 Indirekte finanzielle Anreize als Belohnung für die Bereitschaft 45

6. Fazit 47

Anlagen 50

Literaturverzeichnis 51

Eigenständigkeitserklärung 55

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BÄK	Bundesärztekammer
BSG	Bundessozialgericht
bspw.	beispielsweise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
e.D.	eigene Darstellung
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
ET	Stiftung Eurotransplant
gem.	gemäß
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
i.S.d.	im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
Nr.	Nummer
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte
TPG	Transplantationsgesetz
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zahl der Organspender in Deutschland bis 2014 2

Abbildung 2: Ablauf einer postmortalen Organspende (e.D.) 11

Abbildung 3: Vorder- und Rückseite eines Organspendeausweises 26

Abbildung 4: Einwände gegen eine Organspende 27

Abbildung 5: Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod 42

Verzeichnis der Anlagen

Anlage 1: https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany

Anlage 2: Transplantationsgesetz

Anlage 3: Informationsbroschüre „Organspende?! – Ich habe mich entschieden“

Anlage 4: Informationsbroschüre „Kein Weg zurück… Informationen zum Hirntod“

Anlage 5: http://www.n24.de/n24/Wissen/d/1645356/die-eigene-entscheidung-nach-dem-skandal.html

Anlage 6: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/1584996/organspende--druck-auf-aerzte-und-politik-waechst.html

Anlage 7: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50968/Zeitung-An-Uniklinik-Goettingen-offenbar-in-grossem-Stil-Organe-verschoben?s=Skandal+organspende

Anlage 8: http://www.aerzteblatt.de/archiv/128320/Transplantations skandal-an-der-Universitaet-Goettingen-Erschuetterndes-Mass-an-Manipulation?s=Skandal+organspende

Anlage 9: Tätigkeitsbericht der BÄK

Anlage 10: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579648/goettinger-organspendeskandal-weitet-sich-aus.html

Anlage 11: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51127/Organspende-Skandal-Staatsanwaltschaft-ermittelt-in-Regensburg?s=Skandal+organspende

Anlage 12: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579596/auch-in-regensburg-wurde-gemauschelt.html

Anlage 13: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579316/organspende-skandal--ermittlungen-wegen-toetungsdelikten.html

Anlage 14: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/1586564/organspende-skandal-erschuettert-vertrauen-der-patienten.html

Anlage 15: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55180/Organspende-Erstmals-Strafprozess-wegen-Manipulation-der-Warteliste?s=Skandal+organspende

Anlage 16: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54843/Organspende-Skandal-Vorwurf-der-Bestechlichkeit-nicht-bestaetigt?s=Skandal+organspende

Anlage 17: http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/organspende-prozess-aiman-o-darf-zu-weihnachten-aus-dem-gefaengnis-12713889.html

Anlage 18: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52874/Organspende-skandal-am-Universitaetsklinikum-Leipzig?s=Skandal+organspende

Anlage 19: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54928/Organspendenskandal-Ermittlungsverfahren-gegen-drei-Leipziger-Aerzte?s=Skandal+organspende

Anlage 20: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53081/Neue-Vorwuerfe-im-Muenchner-Organspendeskandal?s=Skandal+organspende

Anlage 21: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/2850778/bayern-schliesst-transplantationszentren.html

Anlage 22: http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/5272754/ermittlungen-gegen-herzzentrum-in-berlin.html

Anlage 23: http://www.n-tv.de/panorama/Aerzte-stellen-faelschlicherweise-Hirntod-fest-article14302796.html

Anlage 24: Faltblatt „Neue gesetzliche Regelungen im Transplantationsgesetz“

Anlage 25: Faltblatt „Ihr persönlicher Organspendeausweis“

Anlage 26: § 27 SGB V

Anlage 27: § 44a SGB V

Anlage 28: § 116b SGB V

Anlage 29: § 2 SGB VII

Anlage 30: § 7 SGB VII

Anlage 31: § 12a SGB VII

Anlage 32: § 3a EFZG

Anlage 33: http://www.rtl.de/cms/sendungen/das-jenke-experiment/organspendeausweis.html

Anlage 34: https://de-de.facebook.com/pages/Organspende-Sag-JA-zum-Leben/210024099612

Anlage 35: https://de-de.facebook.com/organspende.ja

Anlage 36: http://www.fuers-leben.de/informieren/faqs/fragen-zum-organspende-status-bei-facebook.html

Anlage 37: Kurzform BSG-Urteil vom 10.12.2003, AZ: B 9 VS 1/01 R

1. Einleitung

Die Organtransplantation ist heutzutage ein fester Bestandteil in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Sie hat sich in den letzten Jahren erheblich entwickelt und rettet Menschenleben, vorausgesetzt ihr stehen übertragbare Organe zur Verfügung. Durch diese Entwicklung ist auch der Bedarf an Spenderorganen deutlich gewachsen. In Deutschland stehen derzeit rund 10.585 Patienten und Patientinnen[1] auf der Warteliste für ein Spenderorgan.[2] Von ihnen sterben jährlich etwa 1.000, da für sie ein geeignetes Spenderorgan nicht rechtzeitig zur Verfügung steht.[3] Aufgrund dieser Zahlen lässt sich ein deutliches Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage an Spenderorganen feststellen. Im Jahr 2014 wurden in Deutschland insgesamt 3.488 Organtransplantationen durchgeführt[4], hiervon waren allerdings die wenigsten Spenderorgane aus Deutschland, wie sich aus der nachfolgenden Statistik erkennen lässt, da sich die Zahl der deutschen Organspender in den letzten Jahren deutlich verringert hat. Im Jahr 2014 wurde der bisherige Tiefpunkt mit 864 Spendern erreicht.

[1] Um den Lesefluss zu erleichtern wird auf die weibliche Form verzichtet und vorwiegend das Maskulinum verwendet, wobei immer beide Formen angesprochen werden sollen. Falls eine eindeutige Bezeichnung des Geschlechts für das Verständnis nötig ist, wird die entsprechende Form verwendet.
[2] Vgl. https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany [13.04.2015].
[3] Vgl. Middel et al: Förderung der Organspende (2012), S. 55.
[4] Vgl. https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany [13.04.2015].

Abbildung 1: Zahl der Organspender in Deutschland bis 2014 [5]

Angesichts des demografischen Wandels in Deutschland kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der Organbedarf in Zukunft verringern könnte[6], daher soll Ziel dieser Arbeit sein, Lösungsansätze aufzuzeigen, die die Spendenbereitschaft für Organe in Deutschland erhöhen, und somit den eben angesprochenen Organmangel reduzieren könnten. Hierbei sollen sich die möglichen Lösungsansätze ausschließlich auf Deutschland beschränken.

Im ersten Abschnitt soll zunächst ein kurzer Überblick über das geltende Recht zur Transplantationsmedizin, dem sog. Transplantationsgesetz, gegeben werden. Dieses befasst sich sowohl mit der Transplantation von Organen, sowie von Geweben. In dieser Ausarbeitung soll es allerdings ausschließlich um die Organtransplantation gehen. Auf den, im

[5] Entnommen aus Statista: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/70873/umfrage/anzahl-der-postmortalen-organspender-in-deutschland/ [15.04.2015].
[6] Vgl. Middel et al: Novellierungsbedarf des Transplantationsrecht (2010), S. 118.

Transplantationsgesetz verankerten Datenschutz soll in dieser Arbeit ebenfalls nicht eingegangen werden.

Danach wird kurz dargestellt, wie eine Spende in der Praxis abläuft und welche Kriterien für die sog. Hirntod-Diagnose erfüllt sein müssen.

Im zweiten Abschnitt dieser Ausarbeitung werden Klinikskandale aufgeführt, die sich in den letzten Jahren im Bereich der Transplantationsmedizin ereignet haben. Sie könnten möglicherweise auch ein Grund für die geringe Spendenbereitschaft in Deutschland sein.

Im letzen Abschnitt dieser Arbeit werden sowohl Lösungsansätze zur Erhöhung der Spendenbereitschaft angeführt, die bereits vorhanden sind und gegebenenfalls noch verbessert werden könnten, als auch weitere denkbare Lösungsansätze.

2. Überblick über das Transplantationsgesetz (TPG)

Das sog. TPG[7] trat am 01.12.1997 in Kraft und regelt die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben und stellt den Organhandel unter Strafe. Somit bietet das TPG einen klaren gesetzlichen Handlungsrahmen, bei dem Prozesse, wie die Organgewinnung und Organvermittlung verbindlich festgelegt sind. Die so geschaffene Rechtssicherheit soll der Bevölkerung eine Vertrauensbasis bieten, die immens wichtig für die Spendenbereitschaft der Menschen ist.[8] Im folgenden Abschnitt soll nun ein grober Überblick über das TPG gegeben werden.

2.1 Allgemeines

Der erste Abschnitt des TPG befasst sich mit den allgemeinen Vorschriften. In § 1 Abs. 1 TPG ist das Ziel des TPG klar definiert. Durch eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten der

[7] Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206); neugefasst durch Bek. v. 4.9.2007 I 2206; zuletzt geändert durch Art. 5d G v. 15.07.2013 I 2423.

[8] Vgl. BZgA: Die Herausforderung annehmen (2000), S. 3.

Organspende soll die Spendenbereitschaft in Deutschland gefördert werden. Jeder Bürger soll sich mit dem Themengebiet befassen und wenn möglich eine eigene Entscheidung für oder gegen eine potenzielle[9] Organspende treffen.

Weiterhin werden auch wichtige Begriffe rund um das Thema der Organspende geklärt (§ 1a TPG). Hiernach sind Organe mit Ausnahme der Haut, alle aus verschiedenen Geweben bestehenden Teile des menschlichen Körpers, die in Bezug auf Struktur, Blutgefäßversorgung und Fähigkeit zum Vollzug physiologischer Funktionen eine funktionale Einheit bilden. Ebenfalls sind Organteile und einzelne Gewebe eines Organs, die zum gleichen Zweck wie das ganze Organ im menschlichen Körper verwendet werden können, als Organe anzusehen. Als Organteile gelten beispielsweise Leberlappen und Lungenflügel.[10]

Ferner ist in § 1a TPG geregelt, welche Organe der Vermittlungspflicht unterliegen. Hierzu zählen die Organe Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm. Das TPG grenzt diese Organe, die sich beim Spender nach der Entnahme nicht wieder bilden können, als nicht regenerierungsfähige Organe ab. Neben dieser Begriffsbestimmung der nicht regenerierungsfähigen Organe, werden auch die Begriffe der Entnahme als Gewinnung von Organen und die Übertragung als Verwendung von Organen in oder an einem menschlichen Empfänger definiert.

Auch die Rangfolge der Angehörigen, denen die Entscheidungsgewalt über eine mögliche Organspende zustehen könnte, ist genau festgelegt. Als Erstes soll der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner mit der Entscheidung betraut werden, danach volljährige Kinder, die Eltern, volljährige Geschwister oder auch die Großeltern.

[9] Im Verlauf dieser Arbeit wird häufig die Rede von potenziellen Spenden, Spendern und Empfängern sein. Das hängt damit zusammen, dass zu diesem Zeitpunkt noch unklar ist, ob der Spender für eine Spende in Betracht kommt und diese stattfindet, um dem Empfänger das Organ zu transplantieren.

[10] Vgl. Breyer et al: Organmangel (2006), S. 50.

Außerdem befasst sich der erste Abschnitt des TPG mit der Aufklärung der Bevölkerung (§ 2 TPG). Vor allem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Krankenkassen sollen die Menschen über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Organspende, sowie deren Nutzen für kranke Menschen aufklären und Informationen und Organspendeausweise zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen sind verpflichtet den Versicherten alle zwei Jahre geeignete Aufklärungsunterlagen zusammen mit einem Organspendeausweis zuzusenden. So sollen die Bürger aufgefordert werden eine Erklärung, in Form einer Zustimmung, Ablehnung oder Übertragung der Entscheidungsmacht auf eine andere Person, zur Organspende abzugeben. Hierzu ist jedoch niemand verpflichtet.

2.2 Postmortale Spende

Der zweite Abschnitt des TPG befasst sich mit der Möglichkeit der postmortalen Spende. Es handelt sich hierbei um die Entnahme von Organen bei toten Spendern. Laut § 3 TPG ist eine Entnahme von Organen nur dann zulässig, wenn eine Einwilligung des Spenders vorliegt. Liegt eine solche Einwilligung nicht vor oder ist dies nicht bekannt, soll der nächste Angehörige eine Entscheidung für oder gegen die mögliche Organspende treffen, die dem mutmaßlichen Willen des Spenders entspricht (§ 4 TPG). Der Angehörige muss allerdings in den letzten zwei Jahren vor dem Tod des möglichen Spenders in persönlichem Kontakt zu dem Toten gestanden haben, um eine solche Entscheidung treffen zu dürfen.

Eine weitere Voraussetzung für die Zulässigkeit einer Organentnahme ist die Todesfeststellung des Spenders. Das TPG enthält hierzu zwei Regelungen. Zum Einen ist eine Entnahme von Organen nur zulässig, wenn der Tod des Spenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist (§ 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG) und zum Anderen ist eine Organentnahme unzulässig, wenn vor der Entnahme nicht der endgültige, nicht behebbare

Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist (§ 3 Abs. 2 Nr.2 TPG). Hiermit ist der sog. Hirntod gemeint. Für beide Feststellungen sind zwei qualifizierte Ärzte, die den Spender unabhängig voneinander untersuchen sollen, heranzuziehen. Diese Ärzte dürfen allerdings weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Spenders beteiligt sein. Sollte jedoch bereits der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf eingetreten sein und sind seitdem mehr als drei Stunden vergangen, so reicht die Todesfeststellung durch einen Arzt und von dem Prozess der Hirntodfeststellung kann abgesehen werden (§ 5 TPG).

Weiterhin sieht der Gesetzgeber im zweiten Abschnitt des TPG noch die Achtung der Würde des Organspenders vor (§ 6 TPG). Der Leichnam des Spenders muss in einem würdigen Zustand zur Bestattung übergeben werden.

2.3 Lebendspende

In dem dritten Abschnitt des TPG ist die Entnahme von Organen bei lebenden Spendern geregelt (§ 8 TPG). Sie ist nur zulässig für eine Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten oder Lebenspartner, Verlobte und andere Personen mit einem besonderen Näheverhältnis zum Spender. Hier liegt der große Unterschied zur eben beschriebenen postmortalen Spende. Es handelt sich hierbei nicht um eine anonyme Spende, wie bei der Todspende, sondern um eine gezielte Spende für eine bestimmte Person.[11] Der Gesetzgeber hat in § 8 TPG jedoch eine Subsidiaritätsklausel eingefügt. Dies bedeutet, dass eine Lebendspende nur dann vorgenommen werden darf, wenn zum Zeitpunkt der Organentnahme kein geeignetes Spenderorgan eines postmortalen Spenders zur Verfügung steht.

[11] Vgl. Beckmann et al: Organtransplantation (2008), S. 74.

Weiterhin muss das mögliche Spenderorgan des Lebendspenders nach ärztlicher Beurteilung geeignet sein, das Leben des Organempfängers zu erhalten, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erzielen oder eine Verschlechterung zu verhindern. Allerdings ist auch der zu erwartende Gesundheitszustand des Organspenders nach der möglichen Organentnahme und Übertragung zu berücksichtigen. Der Spender darf voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt werden. Wäre dies der Fall, dann müsste von einer Lebendspende abgesehen werden.

§ 8 TPG schreibt weiterhin vor, dass der Spender volljährig und einwilligungsfähig sein muss und „[…] dass er auch über mögliche mittelbare Folgen und Spätfolgen für seine Gesundheit, sowie über die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organübertragung und sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Organspende bemisst, durch einen Arzt aufzuklären ist.“[12] Eine weitere Voraussetzung für eine Lebendspende ist auch eine gutachterliche Stellungnahme der nach Landesrecht zuständigen Kommission[13], die zu prüfen hat, ob Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einwilligung des Spenders in die Lebendspende nicht auf freiwilliger Basis erfolgte oder ob das Organ Gegenstand des nach § 17 TPG verbotenen Organhandels sein könnte.

2.4 Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen

Der vierte Abschnitt des TPG befasst sich mit der Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, sowie mit der Zusammenarbeit bei der Organentnahme. Gem. § 9 Abs. 1 TPG darf eine Entnahme von Organen bei postmortalen Spenden nur in Entnahmekrankenhäusern durchgeführt werden. Entnahmekrankenhäuser sind zugelassene Krankenhäuser, die nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind,

[12] ebd., S. 75.
[13] Die Kommission besteht aus einem Arzt, der weder an der Entnahme, noch an der Übertragung des Organs beteiligt ist, aus einer Person mit der Befähigung zum Richteramt und einer in psychologischen Fragen erfahrenen Person.

Organentnahmen zu ermöglichen (§ 9a TPG). Das heißt, dass zum Einen ein Operationssaal zur Verfügung stehen muss, der dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entspricht, um die Qualität und Sicherheit der entnommenen Organe zu gewährleisten und zum Anderen muss das medizinische Personal für seine Aufgaben qualifiziert sein. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Hirntod von Patienten, die als Organspender in Betracht kommen, nach § 5 TPG festzustellen und dies der Koordinierungsstelle zu melden. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist seit dem Jahr 2000 vertraglich als Koordinierungsstellte für die Organtransplantation in Deutschland beauftragt.[14] Aufgabe der DSO ist die Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern, sowie die Organisation aller bis zur Übertragung erforderlichen Maßnahmen. Darunter fallen die Prüfung der Voraussetzungen für eine Organentnahme und deren Organisierung (§ 11 TPG), die Veranlassung von Laboruntersuchungen zur Organ- und Spendencharakterisierung, um die Risiken für die Organempfänger so gering wie möglich zu halten und die Organvermittlung zu optimieren, und die Organisierung des Organtransports zum Empfänger (§ 10a TPG).

Zusätzlich müssen die Entnahmekrankenhäuser einen Transplantationsbeauftragten bestellen, der dafür verantwortlich ist, dass die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen nachkommen und dass die Angehörigen des möglichen Spenders in einer angemessenen Weise begleitet werden (§ 9b TPG).

Laut § 9 Abs. 2 TPG darf die Übertragung von Organen verstorbener Spender und die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender nur in Transplantationszentren vorgenommen werden. Nach § 10 TPG sind diese Transplantationszentren neben der Organübertragung dazu verpflichtet, Wartelisten der zur Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen angenommenen Patienten, zu führen und

[14] Vgl. Beckmann et al: Organtransplantation (2008), S. 48.

über die Annahme weiterer Patienten, sowie über die Herausnahme von Patienten aus dieser Warteliste zu entscheiden. Die Aufnahme richtet sich vor allem nach der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung. Hierbei ist es verboten den Gesundheitszustand eines Patienten zu verschlechtern, um ihn in die Warteliste aufzunehmen oder an eine höhere Stelle der Warteliste zu platzieren. Die Wartelisten sind von den Transplantationszentren an die Vermittlungsstelle zu übermitteln. Die Stiftung Eurotransplant (ET) ist Vermittlungsstellte für Deutschland und sieben weitere europäische Länder.[15] Deren Aufgabe ist die Vermittlung von vermittlungspflichtigen Organen für geeignete Patienten, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, innerhalb des Länderverbundes. Die Wartelisten aller Transplantationszentren müssen als einheitliche Warteliste behandelt werden. Die Vermittlungsentscheidungen durch ET sind zu dokumentieren, damit eine lückenlose Rückverfolgung der Organe möglich ist (§ 12 TPG).

2.5 Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften

Laut § 16 TPG wurde der Bundesärztekammer (BÄK) die Aufgabe übertragen, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für einige Sachverhalte in Richtlinien festzustellen. Hierunter zählen vor allem die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG, die Hirntodfeststellung nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG und die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste. Weiterhin stellt die BÄK Richtlinien zu Anforderungen an die Untersuchungen des Organspenders, der entnommenen Organe und der Organempfänger, um die Risiken so gering wie möglich zu halten. Die Regeln zur Organvermittlung durch ET wird ebenfalls durch die BÄK festgelegt.

[15] Der Eurotransplant-Verbund erstreckt sich über die Länder Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn und Slowenien; vgl. hierzu https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany [23.03.2015].

2.6 Organhandel und Strafvorschriften

Die Abschnitte sechs und sieben des TPG thematisieren die Verbots- und Strafvorschriften des Gesetzes. Im Folgenden sollen nur die wichtigsten aufgegriffen werden.

Grundsätzlich ist es gem. § 17 TPG verboten mit Organen, die einer Heilbehandlung eines anderen bestimmt sind, Handel zu betreiben, sowie diese Organe zu entnehmen, auf einen anderen Menschen zu übertragen oder sich übertragen zu lassen. Wer dagegen verstößt kann mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder einer Geldstrafe bestraft werden. Alleine der Versuch ist strafbar (§ 18 TPG). Weiterhin gilt dieses Strafmaß auch für die Organentnahme und -übertragung, wenn diese stattgefunden haben, ohne dass zum Zeitpunkt der Entnahme oder Übertragung alle Voraussetzungen vorgelegen haben. So z.B. wenn bei einer postmortalen Spende ein Organ ohne die Einwilligung des Spenders oder der Angehörigen entnommen wurde oder bei einer Lebendspende der Spender nicht aufgeklärt wurde, minderjährig oder nicht einwilligungsfähig war. Außerdem ist eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder eine Geldstrafe dann denkbar, wenn absichtlich ein unrichtiger Gesundheitszustand eines Patienten dokumentiert wird um ihm einen höheren Platz auf der Warteliste zu verschaffen.

3. Ablauf einer postmortalen Organspende

Da die sog. Lebendspende, auf die im folgenden Verlauf dieser Arbeit noch eingegangen werden soll, nach der gesetzlichen Konzeption bisher nur eine Ausnahme zu der sonst üblichen postmortalen Spende darstellt[16], soll im folgenden Abschnitt ein grober Überblick über den Ablauf einer postmortalen Spende in der Praxis gegeben werden. Zur Vereinfachung der nachfolgenden Darstellung wird davon ausgegangen, dass sich der potenzielle Organempfänger bereits auf der Warteliste befindet. Auf die genauen Vorgänge soll nur bei der Hirntod-Diagnostik[17] eingegangen werden.

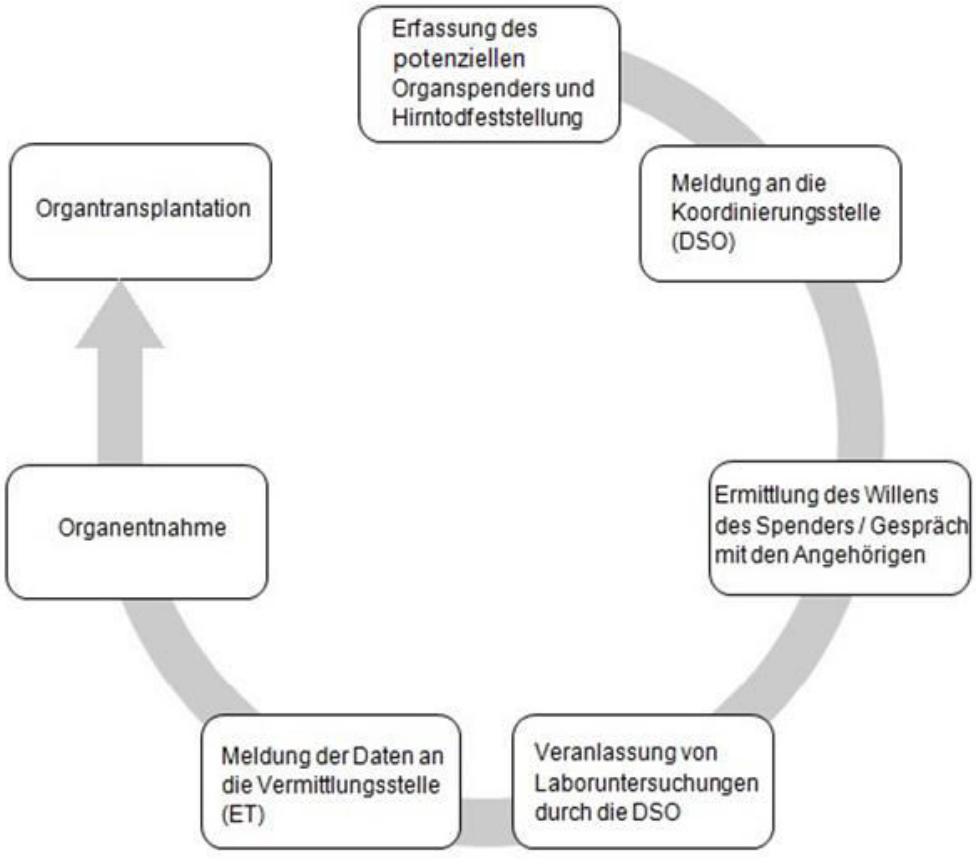


Abbildung 2: Ablauf einer postmortalen Organspende (e.D.)[18]

[16] Vgl. Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 10.
[17] Unter Diagnostik versteht man das Feststellen von Krankheiten oder Störungen, woraufhin eine Diagnose gestellt werden kann; vgl. hierzu http://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/diagnostik [18.04.2015].
[18] Vgl. BZgA: Organspende?! – Ich habe mich entschieden, S. 42f; vgl. ebenso Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 161ff.

Der erste Schritt einer Organspende ist zunächst die Erfassung des potenziellen Organspenders und dessen Hirntodfeststellung. Der Prozess beginnt damit, dass bei einem Patienten im Krankenhaus eine schwere Hirnschädigung vorliegen muss. Dies geschieht bspw. direkt durch einen Unfall oder indirekt als Folge eines Herzinfarktes.[19]

Nun beginnt das Verfahren der Todes- bzw. Hirntodfeststellung. Hierzu müssen zwei Ärzte aus Entnahmekrankenhäusern unabhängig voneinander prüfen ob der sog. Hirntod des Patienten vorliegt. Nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG versteht das Gesetz unter dem Hirntod den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Falls jedoch bereits der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf eingetreten ist und seitdem mehr als drei Stunden vergangen sind, so reicht eine bloße Feststellung des Todes durch einen Arzt, da es in diesem Fall keine Möglichkeit mehr gibt das Leben des Patienten zu erhalten.[20] Dies ist geregelt in § 5 Abs. 1 S.2 TPG. Ist dies nicht der Fall so muss eine Hirntodfeststellung nach den Richtlinien der BÄK durchgeführt werden. In der Praxis geschieht das wie folgt:

Als Erstes muss die Ursache der Hirnschädigung festgestellt werden, um sicher zu gehen, „[…] dass keine Medikamente oder Stoffwechselentgleisungen den beobachteten Ausfall der Hirnfunktionen verursacht oder mitverursacht haben.“[21] Danach muss nachgewiesen werden, dass bei dem Patienten eine nicht umkehrbare Schädigung des Hirns mit vollständigem Ausfall aller Hirnfunktionen vorliegt. Hierzu werden spezielle Reflextests durchgeführt, auf die jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden soll. Sind diese Tests im Sinne der Hirntodfeststellung positiv ausgegangen gibt es nun zwei Möglichkeiten der abschließenden Hirntodfeststellung. Entweder werden nach diesem ersten Nachweisverfahren nach einer bestimmten

[19] Vgl. ebd.
[20] Vgl. Beckmann et al: Organtransplantation (2008), S. 69.
[21] DSO/ BZgA: Kein Weg zurück… (2012), S. 28.

Beobachtungszeit die Reflextests nochmals durchgeführt, um alle Ausfallsymptome erneut zu bestätigen, oder es werden im Anschluss an das erste Verfahren bestimmte apparative Untersuchungen durchgeführt. Darunter wird bspw. die Messung der elektrischen Hirnaktivität verstanden, die bei nicht vorhandener Hirnaktivität eine sog. Null-Linie anzeigt. Wird diese Linie mindestens 30 Minuten lang angezeigt, so ist belegt, „[…] dass das Gehirn seine Funktionen unwiederbringlich verloren hat.“[22] Auch eine spezielle Ultraschalluntersuchung, die zeigt, dass das Gehirn nicht mehr durchblutet wird, bestätigt den eingetretenen Hirntod. Sind diese Tests im Sinne der Hirntodfeststellung nun positiv von beiden Ärzten durchgeführt worden, so gilt die Diagnose des Hirntodes als bestätigt und verbindlich festgestellt.[23]

Nachdem nun festgestellt wurde, dass die Gesamtfunktionen des Gehirns irreversibel erloschen sind und somit der Hirntod verbindlich festgestellt wurde, erfolgt eine Meldung des potenziellen Organspenders an die Koordinierungsstelle DSO.

Daraufhin führt der Arzt mit den Angehörigen ein Gespräch. Ziel hierbei ist es die Angehörigen über die Möglichkeit einer Organspende zu informieren und zu klären, ob der hirntote Patient zu Lebzeiten eine Entscheidung zur Organspende getroffen hat. Dies kann bspw. durch das Ausfüllen eines Organspendeausweises, aber auch durch eine mündliche Mitteilung für oder gegen eine Organspende, erfolgt sein.[24] Liegt weder eine Einwilligung, noch ein Widerspruch des Patienten vor so soll gem. § 4 TPG der nächste Angehörige eine Entscheidung nach dem mutmaßlichen Willen des potenziellen Spenders treffen. Soweit die Zustimmung des Patienten bzw. seiner Angehörigen vorliegt, „[…] wird das Herz-Kreislauf-System des Organspenders künstlich weiter aufrechterhalten […]“[25], um die Organe am Leben zu erhalten.

[22] Ebd., S. 28.
[23] Vgl. ebd. S. 16, S. 28.
[24] Vgl. BZgA: Organspende?! – Ich habe mich entschieden, S. 43.
[25] Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 163.

Als Nächstes veranlasst die DSO zum Schutz des möglichen Organempfängers verschiedene Laboruntersuchungen des Patienten, um bspw. die Blutgruppe oder auch eine denkbare Übertragung von Krankheiten festzustellen.[26]

Diese medizinischen Daten sendet die DSO dann an die Vermittlungsstelle ET. Aufgrund dieser Daten und der sog. Allokationskriterien (Erfolgsaussicht, Dringlichkeit und Chancengleichheit) sucht die ET nach § 12 Abs. 3 TPG einen geeigneten Organempfänger für das Organ, das gespendet wird.[27] Auf diese Kriterien soll im folgenden Verlauf dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden. Da es durchaus möglich ist, dass ein Organspender mehrere Organe für verschiedene Empfänger spendet, muss ET für jedes Organ den geeignetsten Empfänger suchen. Sind geeignete Organempfänger gefunden, so benachrichtigt die Stiftung ET das zuständige Entnahmekrankenhaus, sowie das jeweils zuständige Transplantationszentrum.

Die nachfolgende Organentnahme im Entnahmekrankenhaus und den Organtransport zu dem jeweiligen Transplantationszentrum werden von der DSO gem. § 11 Abs. 1a TPG vorab in Absprache mit dem Krankenhaus organisiert, um die Organe schnellstmöglich zum Transplantationszentrum transportieren zu können. Im Transplantationszentrum selbst wird dann das Spenderorgan auf den Empfänger übertragen.[28] Zu den Vorgängen zur Entnahme und Übertragung soll im Hinblick auf die Ausarbeitung nicht näher eingegangen werden.

[26] Vgl. BZgA: Organspende?! – Ich habe mich entschieden, S. 43.
[27] Vgl. ebd., S.43; vgl. ebenso Becchi et al: Organallokation (2004), S. 64.
[28] Vgl. ebd., S. 42f.

4. Klinikskandale

Sätze wie „‘Ich geb‘ doch nichts von mir her.‘ – ‘Wer weiß, ob ich schon tot bin.‘ – ‘Die wollen meine Organe doch nur verkaufen.‘ – ‘Sieht man doch in Göttingen, was die damit machen.‘“[29] sind in den letzten Jahren immer aktueller geworden. Nach Bekanntwerden der ersten beiden Klinikskandale zum Thema Organspende haben sich in den zwei darauffolgenden Wochen Angehörige möglicher Organspender in fünf Fällen gegen eine Transplantation entschieden. Dies geschah mit Hinweis auf die zu diesem Zeitpunkt publik gewordenen Organspende-Skandale, die in Deutschland Aufsehen erregt hatten.[30] Im folgenden Verlauf dieser Arbeit soll nun dargestellt werden, was passiert ist, dass einige Menschen im Bezug auf die Organspende so reagiert haben. Es soll jedoch nur auf die größten Skandale eingegangen werden, da in einigen Kliniken von ähnlichen Fällen, allerdings in geringerem Ausmaß, gesprochen wurde.

4.1 Manipulation von Krankendaten

Im Jahr 2012 geriet das Uniklinikum in Göttingen in das Visier der deutschen Medien. Berichten zufolge soll der leitende Transplantationsarzt Krankendaten absichtlich manipuliert haben, um den Patienten eine schnellere Lebertransplantation zu ermöglichen. Er habe die Patienten durch die Manipulation von Laborwerten oder der Verfälschung von Dialyseprotokollen[31] kränker dargestellt als sie es eigentlich waren. Sie sind somit auf der Warteliste für ein Spenderorgan nach oben gerutscht und wurden dadurch auch schneller bei der Organvermittlung berücksichtigt.[32] Bereits 2011 gab es Hinweise auf die Manipulation einiger Krankendaten bei Lebertransplantationen im Uniklinikum Göttingen. Daraufhin wurde der Arzt im November 2011

[29] http://www.n24.de/n24/Wissen/d/1645356/die-eigene-entscheidung-nach-dem-skandal.html [29.03.2015].
[30] Vgl. http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/1584996/organspende--druck-auf-aerzte-und-politik-waechst.html [29.03.2015].
[31] Unter dem Begriff der Dialsye wird die sog. Blutreinigung bei Menschen mit Nierenerkrankungen verstanden; vgl. hierzu http://www.fremdwort.de/suchen/synonym/dialyse [18.04.2015].
[32] Vgl. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50968/Zeitung-An-Uniklinik-Goettingen-offenbar-in-grossem-Stil-Organe-verschoben?s=Skandal+organspende [28.03.2015].

beurlaubt und es wurde ein Auflösungsvertrag geschlossen. Laut Uniklinikum Göttingen könnte das Fehlverhalten des Arztes unter Anderem durch die bisher praktizierte Erfolgsbeteiligung bei einer bestimmten Anzahl an Transplantationen begründet werden.[33] Daher wurde im Klinikum entschieden, dass die Höhe der Bezüge eines Arztes nun nicht mehr an die Zahl der Transplantationen gekoppelt sein soll.[34]

Nachdem dieser Skandal an die Öffentlichkeit gelangt war, wurde ein weiterer Arzt des bereits genannten Uniklinikums von seinem Dienst freigestellt, da er verdächtigt wurde, an den Manipulationen beteiligt gewesen zu sein oder sogar selbst zu manipulieren. Dieser Verdacht trat auf, da der Arzt bei einigen Patienten Voruntersuchungen vorgenommen hatte und daher auch Einfluss auf die Pateientendaten nehmen konnte. Weiterhin wurde kurz darauf bekannt, dass der ehemals leitende Transplantationsarzt vorher im Uniklinikum Regensburg tätig war und dort ebenfalls für Ungereimtheiten gesorgt habe.[35] Zum Einen sollen ebenfalls Krankendaten manipuliert worden sein[36] und zum Anderen seien jordanische Patienten als Patienten des Uniklinikums auf die Warteliste für ein Spenderorgan gesetzt worden. Das machte sie zu möglichen Organempfängern. Jedoch hätten sie eigentlich keinen Anspruch auf ein Spenderorgan aus dem ET-Verbund haben dürfen, da Sie sich außerhalb dieses Verbundes aufgehalten haben. Allerdings ist nur ein Fall aus dem Jahr 2005 bekannt bei dem einer Frau in Jordanien tatsächlich eine Leber transplantiert wurde, die ihr eigentlich nicht zugestanden hätte. Die Ermittlungen wurden damals jedoch eingestellt.[37] Nach Bekanntwerden der Manipulationsverdachte an den Unikliniken Göttingen und Regensburg wurden gegen beide verdächtigte Ärzte Ermittlungen wegen

[33] Vgl. http://www.aerzteblatt.de/archiv/128320/Transplantationsskandal-an-der-Universitaet-Goettingen-Erschuetterndes-Mass-an-Manipulation?s=Skandal+organspende [28.03.2015].
[34] Vgl. BÄK: Tätigkeitsbericht 2012 der BÄK (2013), S. 418.
[35] Vgl. http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579648/goettinger-organspendeskandal-weitet-sich-aus.html [28.03.2015].
[36] Vgl. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51127/Organspende-Skandal-Staatsanwaltschaft-ermittelt-in-Regensburg?s=Skandal+organspende [28.03.2015].
[37] Vgl. http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579596/auch-in-regensburg-wurde-gemauschelt.html [28.03.2015].

Bestechlichkeit und wegen des Anfangsverdachts auf Tötungsdelikte eingeleitet.[38] Es sollte geprüft werden, ob die Bevorzugung einiger Patienten bei Organtransplantationen andere Menschen das Leben gekostet haben soll.[39] Nach den Ermittlungen wurde gegen den ehemals leitenden Transplantationsarzt an der Uniklinik in Göttingen Anklage wegen versuchten Todschlags in elf Fällen erhoben, da aufgrund der Manipulation der Wartelisten andere schwer kranke Menschen möglicherweise kein Organ erhielten und daher starben. Zudem wurde ebenfalls Anklage wegen Körperverletzung mit Todesfolge in drei Fällen erhoben, da der Arzt Lebern transplantiert haben soll, obwohl die medizinischen Befunde gegen eine Transplantation gesprochen haben sollen. Der Verdacht der Bestechlichkeit hat sich jedoch nicht bestätigt. Er wurde im Januar 2013 in Untersuchungshaft genommen, da bei ihm der dringende Verdacht auf Fluchtgefahr bestand. Gegen den anderen und zwei weitere Ärzte wurde weiter ermittelt.[40] Nach einem Jahr Untersuchungshaft wurde der angeklagte Arzt gegen eine Kaution in Höhe von einer halben Million Euro entlassen. Er musste allerdings sowohl seinen Reisepass, als auch seinen Personalausweis abgeben, da bei ihm weiterhin der Verdacht auf Fluchtgefahr bestehen würde.[41] Über ein Urteil des Angeklagten, sowie über den Stand der Ermittlungen der in diesem Fall verdächtigten Personen, ist bislang noch nichts bekannt.

Die Organspende-Skandale an den Unikliniken in Regensburg und Göttingen waren die ersten Fälle einer darauf folgenden Serie an Skandalen. Kurz darauf wurde berichtet, dass auch an den Unikliniken in München, Leipzig und Berlin ähnliche Fälle von manipulierten Krankenakten aufgetreten seien.

[38] Vgl. http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579316/organspende-skandal--ermittlungen-wegen-toetungsdelikten.html [29.03.2015].
[39] http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/1586564/organspende-skandal-erschuettert-vertrauen-der-patienten.html [29.03.2015].
[40] Vgl. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55180/Organspende-Erstmals-Strafprozess-wegen-Manipulation-der-Warteliste?s=Skandal+organspende [29.03.2015]; ebenso http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54843/Organspende-Skandal-Vorwurf-der-Bestechlichkeit-nicht-bestaetigt?s=Skandal+organspende [29.03.2015].
[41] Vgl. http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/organspende-prozess-aiman-o-darf-zu-weihnachten-aus-dem-gefaengnis-12713889.html [29.03.2015].

In Leipzig sollen 38 Menschen fälschlicherweise als Dialysepatienten ausgegeben worden sein, um ihnen in der Warteliste für ein Spenderorgan einen höheren Platz auf der Warteliste zu verschaffen. Gegen drei Ärzte ist ein Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts auf versuchten Todschlag und Körperverletzung eingeleitet worden. Sie wurden daraufhin suspendiert.[42] Ein aktueller Ermittlungsstand ist derzeit jedoch nicht bekannt.

Kurz nach Bekanntwerden der eben genannten Klinikskandale wurde berichtet, dass in der Uniklinik in München Urin zu einigen Blutproben dazu gegeben worden sein soll, um die Patienten kränker erscheinen zu lassen. Zudem seien alkoholkranke Patienten auf die Warteliste für ein Spenderorgan gesetzt worden, obwohl dies gar nicht erlaubt sei und krebskranke Patienten mit Metastasenbildung[43] sollen Spenderorgane transplantiert bekommen haben.[44] Aufgrund dieser Vorkommnisse hat sich die bayrische Landesregierung dazu entschlossen, das Lebertransplantationszentrum am “Münchener Klinikum rechts der Isar“ zu schließen.[45]

Auch im deutschen Herzzentrum Berlin soll es zu manipulierten Wartelisten gekommen sein. Die Patienten sollen eine höhere Dosis an Medikamenten verschrieben bekommen haben, um so einen höheren Platz auf der Warteliste zu erlangen. Der derzeitige Ermittlungsstand ist momentan ebenfalls nicht bekannt.[46]

---

[42] Vgl. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52874/Organspendeskandal-am-Universitaetsklinikum-Leipzig?s=Skandal+organspende [29.03.2015]; vgl. ebenso http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54928/Organspendenskandal-Ermittlungsverfahren-gegen-drei-Leipziger-Aerzte?s=Skandal+organspende [29.03.2015].

[43] Unter einer Metastasenbildung versteht man die Ausbreitung gleichartiger Geschwülste eines Tumors; vgl. hierzu http://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/metastase [18.04.2015].

[44] Vgl. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53081/Neue-Vorwuerfe-im-Muenchner-Organspendeskandal?s=Skandal+organspende [29.03.2015].

[45] Vgl. http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/2850778/bayern-schliesst-transplantationszentren.html [29.03.2015].

[46] Vgl. http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/5272754/ermittlungen-gegen-herzzentrum-in-berlin.html [29.03.2015].

4.2 Fehlerhafte Hirntodfeststellung

Ende 2014 wurde von einem weiteren Organspende-Skandal berichtet. In einem Bremer Krankenhaus musste eine Organspende abgebrochen werden, da der Spender möglicherweise noch am Leben war. Der Bauch des Patienten war bereits geöffnet, jedoch soll der Hirntod nicht nach den dafür vorgesehenen Regeln festgestellt worden sein. Die Operation musste sofort eingestellt werden, da sich die Chirurgen sonst der Tötung schuldig gemacht hätten. Laut Medien sei dies kein Einzelfall bei dem der Hirntod nicht explizit nach den vorgesehenen Regeln diagnostiziert wurde.[47] Da diese Aussage allerdings keinem wissenschaftlichen Beweis unterliegt, sollte sie kritisch hinterfragt werden.

Die in der Einleitung aufgezeigte Statistik belegt jedoch, dass es 2012, also nach Bekanntwerden der Klinikskandale, keinen deutlichen Bruch in den Spenderzahlen gegeben hat. Die Zahl der Organspender hat in den letzten Jahren jedoch immer weiter abgenommen und es ist weiterhin zu erwarten, dass sie weiter sinken wird. Damit würde der Organmangel in Deutschland immer akuter werden. Daran könnten zwar einerseits die Skandale schuld sein, jedoch muss es noch andere Gründe hierfür geben. Daher sollen nun im folgenden Verlauf dieser Arbeit Lösungsansätze aufgezeigt werden, die die Spendenbereitschaft in Deutschland erhöhen könnten, um so den Organmangel zu reduzieren.

[47] Vgl. http://www.n-tv.de/panorama/Aerzte-stellen-faelschlicherweise-Hirntod-fest-article14302796.html [29.03.2015].

5. Lösungsansätze für die Erzielung einer höheren Spendenbereitschaft

Technische Fortschritte im Bereich der Transplantationsmedizin, wie z.B. die Entwicklung künstlicher Organe oder sogar die Verwendung tierischer Organe, könnten in Zukunft möglicherweise dazu beitragen, das bereits in der Einleitung thematisierte Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage an Organen auszugleichen. Bei der sog. Xenotransplantation handelt es sich bspw. um die Nutzung tierischer Organe, welche den Organempfängern anstelle von menschlichen Organen übertragen werden sollen. Bei dieser Art von Transplantation treten jedoch einige Fragen auf, wie z.B. ob das Leben der Menschen so viel mehr Wert sein sollte, als das Leben der Tiere oder ob die Überschreitung der Artgrenze nicht auch im Widerspruch zur Natur des Menschen stehen würde. Die ersten Versuche dieser Methode wurden bereits im 19. Jahrhundert durchgeführt, scheiterten jedoch allesamt und die Patienten starben meist innerhalb kürzester Zeit nach der Operation. Problematisch waren hierbei die Abstoßung der tierischen Organe durch den menschlichen Körper, wie auch die Übertragung ansteckender Krankheiten (z.B. Ebola) bzw. Krankheitserreger.[48] Auch heute ist die Forschung noch nicht so weit, um davon sprechen zu können, dass diese Probleme behoben werden konnten. Daher bleibt abzuwarten ob und inwieweit sich das Verfahren der Xenotransplantation zukünftig in die Transplantationsmedizin etabliert und ob sie den bestehenden Organmangel unter Umständen lindern oder sogar beheben könnte.

Da dies jedoch nur eine mögliche Zukunftsperspektive darstellt, sind die potenziellen Organempfänger auf die Spendenbereitschaft der Bevölkerung angewiesen. Aus diesem Grunde werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit mögliche, sowie bereits vorhandene Lösungsansätze, aufgezeigt, die die Spendenbereitschaft in Deutschland möglicherweise erhöhen könnten.

[48] Vgl. Becchi et al: Organallokation (2004), S. 261ff.

5.1 Bereits vorhandene Ansätze

Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit sollen nun bereits vorhandene Lösungsansätze zur Erhöhung der Spendenbereitschaft in Deutschland angeführt, sowie gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge gemacht werden.

5.1.1 Gesetzliche Änderungen

Die nachfolgenden Gliederungspunkte beschäftigen sich mit den gesetzlichen Änderungen, die im Zusammenhang mit der Spendenbereitschaft der deutschen Bevölkerung vorgenommen wurden.

5.1.1.1 Verbesserte Absicherung von Lebendspendern

In der Literatur wurde oftmals kritisiert, dass Lebendorganspender nach der Transplantation versicherungsrechtlich nicht ausreichend abgesichert wären. Der Gesetzgeber hat auf diese Kritik reagiert und zum 01.08.2012 Änderungen im Bereich der Krankenversicherung, Unfallversicherung und im Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) vorgenommen. Nach § 27 Abs. 1a SGB V haben Lebendspender nun, unabhängig vom eigenen Versicherungsstatus, einen Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung gegen die Krankenkasse des Organempfängers. Hierzu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sowie Krankengeld und erforderliche Fahrtkosten. Einen Anspruch auf Krankengeld haben die Spender gem. § 27 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 44a SGB V, wenn sie aufgrund einer Organspende arbeitsunfähig geworden sind. Zudem haben sie ebenfalls einen Anspruch auf die sog. spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V.[49] „Dadurch kann eine qualitativ hochwertige, spezialisierte Diagnostik und Behandlung sowie strukturierte Nachsorge gewährleistet werden.“[50] Im Sektor der privaten Krankenkassen ist die Verfahrensweise ähnlich, denn die private Krankenkasse eines Organempfängers trägt ebenfalls sämtliche Kosten des Organspenders. Weiterhin wurde auch

[49] Vgl. BZgA: Neue gesetzliche Regelungen im Transplantationsgesetz.
[50] Ebd.

eine verbesserte Absicherung der Lebendspender im Bereich der Unfallversicherung vorgenommen. Nach § 2 Abs. 1 Nr. 13b SGB VII sind nun auch Personen, die Organe spenden oder an Untersuchungen anlässlich einer möglichen Spende teilgenommen haben, kraft Gesetzes in der Unfallversicherung versichert. Zu den Versicherungsfällen der Unfallversicherung zählen laut § 7 Abs. 1 SGB VII allerdings nur Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Neu wurde hier jedoch der § 12a SGB VII eingefügt der besagt, dass alle Gesundheitsschäden, die im Zusammenhang mit der Organspende stehen, auch als Versicherungsfälle i.S.d. § 7 Abs. 1 SGB VII gelten. Damit sind die Lebendspender auch im Bereich der Unfallversicherung gut abgesichert. Auch im EFZG wurde eine neue Regelung, § 3a EFZG, eingefügt. Hiernach haben Arbeitnehmer, die aufgrund einer Organspende arbeitsunfähig und somit an ihrer Arbeitsleistung verhindert sind, einen Anspruch auf bis zu sechs Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Dieser wiederum kann sich die Beträge, durch die Krankenkasse des Organempfängers, erstatten lassen.[51]
Durch diese, vom Gesetzgeber vorgenommenen Änderungen zum 01.08.2012, haben die Lebendorganspender einen umfangreichen Versicherungsschutz erhalten, der die Risiken vor, während und nach der Transplantation absichern soll. Aufgrund dessen wäre es durchaus vorstellbar, dass sich nun mehr Menschen für eine Lebendspende bereit erklären, da sie sich um eine spätere Absicherung keine Sorgen mehr machen müssten.

Im Zusammenhang mit der verbesserten Absicherung der Lebendspender wäre es noch denkbar ein sog. Lebendspende-Register auf gesetzlicher Grundlage einzuführen, in dem die regelmäßigen Nachuntersuchungen der Spender überwacht, sowie auftretende Komplikationen und mögliche Folgen und Spätfolgen dokumentiert werden könnten. Im Hinblick auf diese wäre es möglich, so die Versorgung und Betreuung der Spender zu optimieren. Die im Jahr 2002 gegründete, gemeinnützige Stiftung

[51] Vgl. ebd.

Lebendspende hat zwar bereits auf freiwilliger Basis ein Lebendspende-Register eingeführt, jedoch erhält sie nicht genügend Informationen und Daten hierzu, um daraus aussagekräftige Rückschlüsse ziehen zu können.[52]

5.1.1.2 Strafmaß bei Manipulation des Gesundheitszustandes

Auch aufgrund der im Jahr 2012 publik gewordenen Organspende-Skandale ist der Gesetzgeber im Hinblick auf diese tätig geworden. Das TPG wurde überarbeitet und eine Gesetzesänderung durchgeführt. Mit dieser Gesetzesänderung zum 01.08.2013 ist nun die unrichtige Erhebung des Gesundheitszustandes von Patienten, um sie auf der Warteliste zu bevorzugen, strafbar. Nach § 19 Abs. 2a TPG kann der Arzt, nach momentan geltendem Recht, bei einem derartigen Verstoß mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren oder einer Geldstrafe bestraft werden. Mit dieser Gesetzesänderung sollte der Bevölkerung die Angst vor der Gefahr weiterer Manipulationen genommen werden und so auch wieder das Vertrauen in die Transplantationsmedizin gestärkt werden.

5.1.1.3 Verbesserung der Strukturen im Krankenhaus

Ebenfalls wurde in der Literatur oftmals bemängelt, dass die Krankenhäuser ihrer Mittteilungspflicht über potenzielle Organspender nicht nachkommen und dass sie eine mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit zum erforderlichen Angehörigengespräch aufweisen, obwohl die Realisierung einer Organspende enorm hiervon abhängen. Gründe hierfür seien zum Einen, dass sie keine ausreichende finanzielle Erstattung der personellen und apparativen Aufwendung erhalten würden und zum Anderen sei das Angehörigengespräch eine psychische Hürde für das Personal. Aufgrund dessen hat die DSO bereits vertraglich eine Aufwandsentschädigung für die Krankenhäuser vereinbart. Diese sei allerdings immer noch nicht hoch genug. Daher wäre es denkbar, dass man die Aufwandsentschädigung noch höher bemessen könnte, um so den Krankenhäusern einen ökonomischen Anreiz zu bieten, der

[52] Vgl. Gutmann: Für ein neues Transplantationsgesetz (2006), S. 85f.

Meldepflicht nachzukommen.[53] Im Hinblick auf die mangelnde Wahrnehmung der Mittteilungspflicht und der mangelhaften Bereitschaft zu Angehörigengesprächen wurde mit der Gesetzesänderung zum 01.08.2012 ebenfalls geregelt, dass die Entnahmekrankenhäuser mindestens einen Transplantationsbeauftragten bestellen müssen (§ 9b TPG). In der Regel kommen diese aus dem Bereich der Intensivmedizin und sind unter anderem dafür verantwortlich, dass die Angehörigen in angemessener Weise begleitet werden, dass die Krankenhäuser ihren Pflichten nachkommen und dass das ärztliche und pflegerische Personal über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird. Ihnen kommt, aufgrund ihres umfangreichen Aufgabenspektrums, eine wichtige Rolle in der Transplantationsmedizin zu. Um zu gewährleisten, dass sie ihren Aufgaben gerecht werden können, sollten die Transplantationsbeauftragten weiter gestärkt werden. Die DSO hat bspw. bereits im Jahr 2009, in dem es noch nicht gesetzlich festgeschrieben war, dass ein Transplantationsbeauftragter bestellt werden muss, ein sog. “Curriculum Organspende“ für Transplantationsbeauftragte entwickelt, bei dem sie, in einem eineinhalb-tägigen Seminar mit anschließender Prüfung, über alle relevanten Aspekte im Bereich der Transplantationsmedizin und Organspende informiert werden und so ihr Wissen auf den aktuellsten Stand gebracht wird. Dieses Wissen können sie dann, im Rahmen von internen, sowie externen Fortbildungen und Vorträgen, an die Ärzte und Pflegekräfte der Krankenhäuser weitergeben und ihnen so die Bedeutung der Organspende nahebringen.[54] Damit die Beauftragten ihren Aufgaben in angemessener Weise gerecht werden können, wäre es daher denkbar, diese im Rahmen von internen sowie externen Fortbildungen weiter auszubauen. Weiterhin müsste ebenfalls noch das Angehörigengespräch verbessert werden, da dies ein wichtiges Kriterium für die Bereitschaft einer Zustimmung bezüglich der Organentnahme eines Familienmitgliedes

[53] Vgl. Breyer et al: Organmangel (2006), S. 72, vgl. ebenso Gutmann: Für ein neues Transplantationsgesetz (2006), S. 145ff.
[54] Vgl. Middel et al: Förderung der Organspende (2012), S. 34f, S. 38, S. 84.

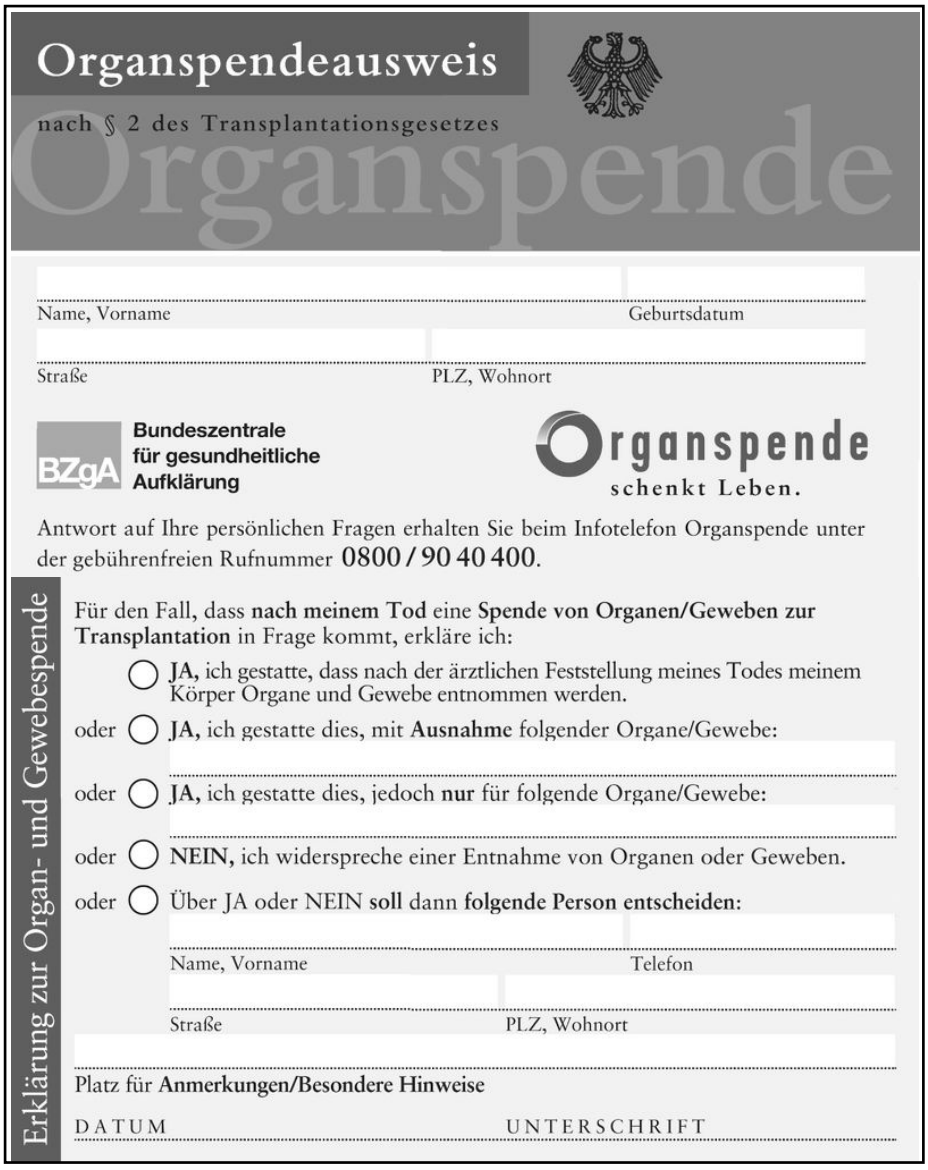
und somit ein entscheidendes Kriterium der Spendenbereitschaft der Angehörigen sein kann bzw. ist. Wie bereits vorher erwähnt, stellt dies oftmals eine psychische Hürde für das Personal dar, da zunächst erst einmal versucht wurde das Leben des Patienten zu retten und man nun den Angehörigen die Nachricht des Todes vermitteln muss und zugleich das Thema Organspende ansprechen soll. Das ärztliche und pflegerische Personal sollte daher auch im Bezug auf das Angehörigengespräch geschult werden, um die Aufgabe bestmöglich wahrnehmen zu können und wenn möglich eine gute Vertrauensbasis zwischen ihnen und den Angehörigen aufzubauen. Eine solche Vertrauensbasis könnte die Bereitschaft der Zustimmung zu einer Spende deutlich erhöhen.[55] Die eben vorgeschlagenen Schulungen des Personals könnten ebenfalls durch die Transplantationsbeauftragten wahrgenommen werden, allerdings müssten diese hierzu zunächst hinreichend ausgebildet werden.

5.1.1.4 Einführung der Entscheidungslösung

Als eine der wichtigsten Ansätze zur Erhöhung der Spendenbereitschaft wurde in einschlägiger Literatur immer angeführt, dass die Bevölkerung ausreichend informiert und aufgeklärt werden müsse, „[…] um Bedenken und Befürchtungen auszuräumen, die auf Missverständnissen oder falschen Informationen beruhen und die hier und da Einzelne von der Spende abhalten mögen.“[56]

Der Gesetzgeber ist im Hinblick auf diese Aufforderung tätig geworden und hat zum 01.11.2012 die sog. Entscheidungslösung in Deutschland eingeführt. Hiernach müssen Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, regelmäßig von den Krankenkassen über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Organspende aufgeklärt werden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, den Versicherten alle zwei Jahre Aufklärungsmaterialien und Organspendeausweise zuzusenden (§ 2 TPG).

[55] Vgl. Middel et al: Organspende und Organtransplantation in Deutschland (2011), S. 11.
[56] Middel et al: Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts (2010), S. 122.



Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Organspende schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

◯ **JA,** ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder ◯ **JA,** ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:

oder ◯ **JA,** ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:

oder ◯ **NEIN,** ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder ◯ Über JA oder NEIN **soll** dann **folgende Person entscheiden:**

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

DATUM UNTERSCHRIFT

Abbildung 3: Vorder- und Rückseite eines Organspendeausweises[57]

Die Versicherten sollen so aufgefordert werden, sich mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen und wenn möglich eine eigene Entscheidung für oder gegen eine potenzielle Spende zu treffen, wobei die Abgabe einer solchen Erklärung freiwillig ist. Je mehr Menschen sich mit dem Thema der Organspende auseinandersetzen, desto mehr Menschen könnten sich auch zu einer potenziellen Spende bereit erklären.

[57] http://www.wittschier.com/Daten/organspendeausweis.jpg [17.04.2015].

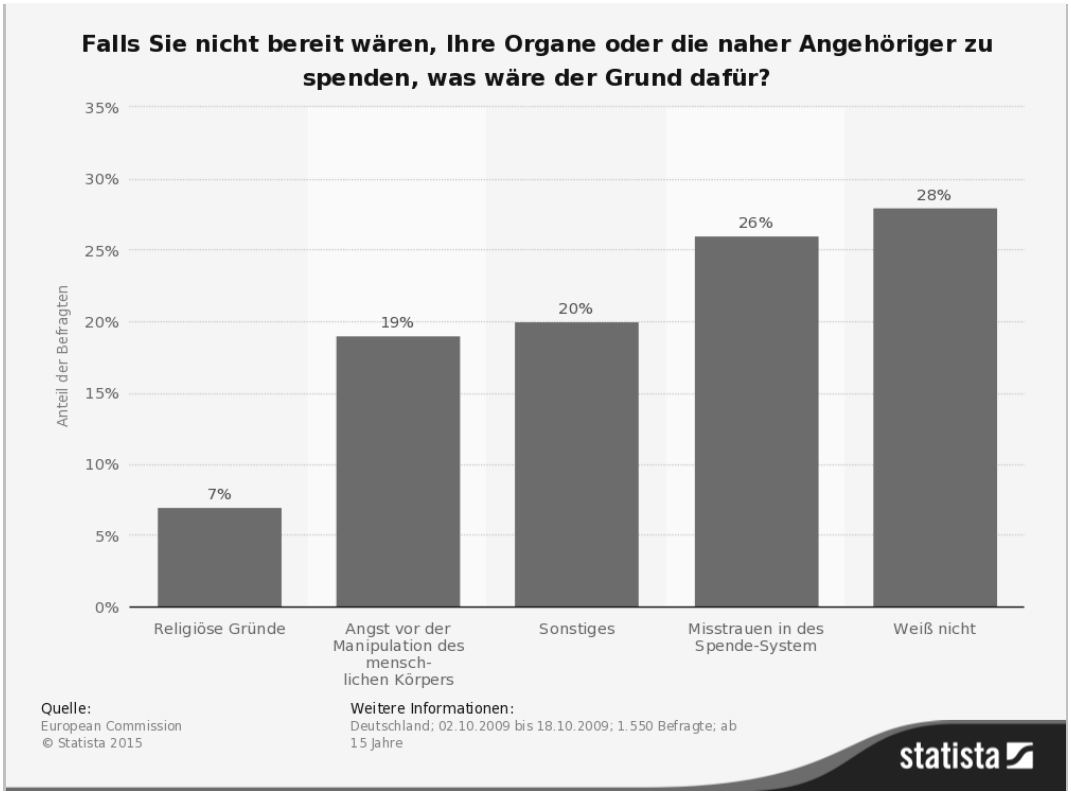


Abbildung 4: Einwände gegen eine Organspende[58]

Aus der vorangegangenen Statistik wird deutlich, dass 19% der Befragten Angst vor der Manipulation des menschlichen Körpers haben und sogar 26% der Befragten dem Spende-System in Deutschland misstrauen. Durch eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung könnten diese Bedenken und Zweifel behoben werden, da die Menschen rund um das Thema der Organspende und die damit verbundenen Prozesse informiert werden. Die Einführung der Entscheidungslösung bietet damit einen guten Ansatz für die Sicherstellung der Aufklärung der Bevölkerung. Sie ist allerdings bereits im Jahr 2012 in Kraft getreten und die vorangegangene Statistik spiegelt eine Befragung aus dem Jahr 2009 wieder, die allerdings erst im Jahr 2015 veröffentlicht wurde. Das kann bedeuten, dass die Aufklärungsmaterialien zwar ausgegeben werden, diese jedoch die Bedenken einiger Menschen nicht ausräumen. In den

[58] Entnommen aus Statista: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158908/umfrage/einwaende-die-gegen-eine-organspende-sprechen/ [15.04.2015].

Aufklärungsmaterialen werden nur kurz die Voraussetzungen für eine mögliche Organspende angesprochen, welche Organe gespendet werden können und dass einem anderen Menschen mit einer Spende geholfen werden könnte.[59] Da dies nicht besonders umfassend erscheint, wäre es ratsam die Materialien noch umfassender und informativer zu gestalten, als sie es nach derzeitigem Stand sind. Denkbar wäre hier vor allem eine explizite Aufklärung zum Thema Hirntod, da dieses eines der schwierigsten und umstrittensten Themen der Transplantationsmedizin ist. Die meisten Menschen können mit dem Begriff des Hirntodes nur wenig anfangen, da immer wieder die Frage aufkommt „Tod bei lebendigem Leib – wie kann es sein, dass ein Mensch als verstorben gilt, obwohl sein Körper noch lebendig ist?“.[60] Einige Menschen haben sogar die Befürchtung, dass sie als potenzieller Organspender nicht angemessen medizinisch behandelt werden könnten, „[…] also im Notfall zu schnell aufgegeben und voreilig für tot erklärt zu werden.“[61] Da die bereits erwähnte Hirntoddiagnostik jedoch zu den sichersten Diagnosen in der Medizin zählt, und gewährleistet werden kann, dass vorrangig versucht wird das Leben des potenziellen Spenders zu erhalten, wäre es ratsam, die Bevölkerung in diesem Zusammenhang genügend aufzuklären, damit solche Bedenken ausgeräumt und das Vertrauen in die Vorgänge der Transplantationsmedizin gestärkt werden können.[62] Zudem „[…] ist es auch von entscheidender Bedeutung, dass den Bürgern ein Organverteilungssystem vermittelt werden kann, das nicht nur transparent, sondern auch gerecht ist.“[63] Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 5 TPG hat die BÄK die Regeln zur Feststellung des Hirntodes und der Organvermittlung in Richtlinien festzustellen, die dem Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechen. „Diese werden von der „Ständigen Kommission Organtransplantation“ der BÄK erarbeitet. Neben medizinischen Experten gehören ihr Juristen, Ethiker, Patienten,

[59] BZgA: Ihr persönlicher Organspendeausweis.
[60] Kalitzkus: Dein Tod, mein Leben (2009), S. 94.
[61] Breyer et al: Organmangel (2006), S. 153.
[62] Vgl. Middel et al: Förderung der Organspende (2012), S. 73.
[63] Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 19.

Angehörige von Organspendern sowie Vertreter der Koordinierungsstelle, der Vermittlungsstelle, des GKV-Spitzenverbandes, der BÄK, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Bundes und der Länder an.“[64] Die Richtlinien werden in einem transparenten Verfahren erlassen und sind somit auch für die Öffentlichkeit zugängig.[65] Auch hierüber sollte man die Bevölkerung informieren, um das Vertrauen in das Transplantationssystem zu stärken und so die Bereitschaft zu einer möglichen Spende zu erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung auf jeden Fall einiges dazu beitragen kann, um die Spendenbereitschaft in Deutschland deutlich zu erhöhen, denn nur eine breite Aufklärung der Bevölkerung kann die vorhandenen Ängste und Bedenken der Menschen beseitigen und das Vertrauen in das Spende-System stärken.

5.1.2 Aufklärung durch Kampagnen/ Fernsehen/ Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits im vorigen Abschnitt erläutert, ist es auf jeden Fall notwendig, die Bevölkerung umfassend über das Thema der Organspende aufzuklären und die Menschen dazu zu motivieren sich mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen. Dies kann allerdings auch auf andere Weise erfolgen, als durch Erweiterungen der Informationsmaterialien der Krankenkassen. Die BZgA, die gem. § 2 TPG ebenso wie die Krankenkassen für die Aufklärung der Bevölkerung zuständig ist, hat bspw. im Jahr 2009 eine Kampagne mit dem Titel “Organpaten werden“ entwickelt. In diesem Zusammenhang wurde eine bundesweite Informationstour durchgeführt, bei der sich die Menschen dem Thema der Organspende auf eine leicht zugängliche Art nähern und gleichzeitig informiert werden konnten. So wurde z.B. ein Multi-Touch-Tisch, mit einem virtuellen Blick auf den Körper, aufgebaut, um aufzuzeigen welche Organe gespendet werden können. Außerdem wurden interaktive Säulen aufgebaut, an denen sich die Menschen über

[64] BZgA: Maßnahmen zur Verbesserung des Organspendesystems.
[65] Ebd.

den Ablauf der Organspende bis hin zur Transplantation informieren, oder ihr Wissen in Form eines Quiz testen konnten. Zudem wurden Videos von Betroffenen gezeigt, in denen berichtet wurde, was eine Organspende für einen Empfänger bedeutet bzw. bedeuten kann und es wurden persönliche Gespräche durch geschulte Mitarbeiter angeboten, die sich um die Fragen und Anliegen der Besucher dieser Informationstour kümmern sollten.[66]

In Zusammenarbeit der BZgA mit der DSO wurde ein sog. Infotelefon Organspende eingeführt, bei dem die Menschen anrufen können und die Möglichkeit haben Fragen zu stellen, die sie im Zusammenhang mit einer Organspende beschäftigen. Zudem hat die BZgA Informationsbroschüren für die Bevölkerung entworfen, in denen Fragen rund um das Thema der Organspende aufgegriffen und die Bedeutung einer Spende näher gebracht werden, sowie eine Unterrichtseinheit zum Thema Organspende entwickelt, um die Möglichkeit für Lehrkräfte zu bieten, das sensible Thema der Organspende bereits im Schulunterricht, für Schüler ab einem gewissen Alter, anzusprechen. Hierzu wurden Arbeitsblätter, Kopiervorlagen, sowie ein Film erstellt, in denen die wichtigsten Aspekte der Organspende beleuchtet werden.[67] Bisher ist es nur ein Angebot der BZgA, allerdings könnte man es in der Schule, ab einer bestimmten Altersgruppe bzw. Klasse, als Pflichtveranstaltung einführen, um zu erreichen, dass man sich bereits im Schulalter Gedanken über eine Organspende macht oder dies in seinem Elternhaus anspricht. So würden sich dann möglicherweise auch die Eltern und Verwandte mit dem Thema befassen.

Weiterhin wurde auch, entsprechend dem technischen Stand, der Internetauftritt www.organspende-info.de weiter ausgebaut. Die Menschen können sich über diese Seite rund um das Thema der Organspende informieren und haben zusätzlich auch die Möglichkeit, sich selbst als Organpate zu erklären. Auch Prominente engagieren sich inzwischen

[66] Vgl. BZgA: Aufklärung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland (2012), S. 74f.
[67] Vgl. ebd., S. 71f.

dafür, dass sich mehr Menschen für eine potenzielle Spende bereit erklären. Dies geschieht bspw. durch Plakate, die an zentralen Orten aufgehängt werden, oder auch durch kurze TV-, sowie Kinospots, in denen sie zeigen, dass sie zu dem Kreis der potenziellen Organspender gehören.[68]

Auch im Fernsehen wurde das Thema der Organspende bereits aufgegriffen. Auf dem Fernsehsender RTL hat sich bspw. Jenke von Wilmsdorff in seiner Serienreihe “Das Jenke-Experiment“ dafür eingesetzt, die Bereitschaft zur Organspende zu fördern. Sein Ziel war, dass sich 100.000 Menschen einen Organspendeausweis herunterladen und diesen ausfüllen. Nach Ausstrahlung dieser Sendung wurden tatsächlich 106.525 neue Organspendeausweise heruntergeladen.[69]

Ebenso finden sich auf dem sozialen Netzwerk “Facebook“ Seiten wie “Organspende - sag Ja zum Leben“[70] und “Organspende – Ja“[71], sowie eine neue Funktion, über die man sich in seinem Profil als Organspender ausgegeben kann.[72] Hierdurch soll die jüngere Generation angesprochen werden, sich mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen.

Die genannten Konzepte bieten eine gute Möglichkeit die Menschen dazu zu motivieren, sich in ihrem alltäglichen Leben, mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen. Daher sollten diese Ansätze weiter verfolgt und gegebenenfalls sogar ausgeweitet werden. Es könnte bspw. auch eine Briefmarkenserie zur Organspende und –Transplantation herausgegeben[73], oder auf normalen Einkaufstüten für eine Spende geworben werden, um das Thema der Organspende im alltäglichen Leben der Menschen zu etablieren.

[68] Vgl. ebd., S. 75ff.
[69] Vgl. http://www.rtl.de/cms/sendungen/das-jenke-experiment/organspendeausweis.html [12.04.2015].
[70] Vgl. https://de-de.facebook.com/pages/Organspende-Sag-JA-zum-Leben/210024099612 [12.04.2015].
[71] Vgl. https://de-de.facebook.com/organspende.ja [12.04.2015].
[72] Vgl. http://www.fuers-leben.de/informieren/faqs/fragen-zum-organspende-status-bei-facebook.html [12.04.2015].
[73] Vgl. Middel et al: Förderung der Organspende (2012), S. 31.

5.2 Weitere denkbare Möglichkeiten

Da trotz der bereits vorhandenen Lösungsansätze immer noch ein großes Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage an Spenderorganen herrscht, sollen im weiteren Verlauf dieser Arbeit nun weitere Ansätze aufgeführt werden, die denkbar wären, um die Spendenbereitschaft in Deutschland zu erhöhen und so das eben benannte Missverhältnis wieder auszugleichen. Bis auf den Gliederungspunkt der Ausweitung der Lebendspende sollen sich alle Ansätze auf die postmortale Spende beziehen. Die genaue und explizite Umsetzung, sowie damit entstehende Problematiken dieser Lösungsansätze, sollen in dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt werden, da es zunächst nur um die Erörterung grundsätzlicher Ansätze gehen soll.

5.2.1 Ausweitung und Förderung der Lebendspende

Ein denkbarer Lösungsansatz um die Spendenbereitschaft in Deutschland zu erhöhen, wäre bspw. die Ausweitung und die Förderung der Lebendspende. Würde sich das Feld der Lebendspende ausweiten und grundsätzlich immer die Möglichkeit dieser Spende bestehen, könnten sich deutlich mehr Menschen, unabhängig ihrer Beweggründe, für eben jene entscheiden. Vorteilhaft bei der Lebendorganspende ist, dass sie auf freiwilliger Basis geschieht und nach vorheriger Aufklärung und Zustimmung durch den Arzt. Nur wenn sich der potenzielle Spender nach ärztlicher Beurteilung auch zu einer Spende eignet, ist diese zulässig. Weiterhin kann auch der Zeitpunkt für die Organtransplantation genau festgelegt werden. So können sowohl der Spender, als auch der Empfänger, optimal auf die Operation vorbereitet werden. Auch die Transportwege der Organe entfallen, da die Entnahme, sowie die Übertragung des Organs, in ein und demselben Transplantationszentrum stattfinden. Dadurch nimmt die Qualität des Organs kaum ab. Nach ärztlicher Beurteilung ist die medizinische Erfolgsaussicht bei einer Lebendorganspende höher als bei einer postmortalen Organspende, da es sich bei der Spende um ein gesundes und gut funktionierendes Organ handelt und sich die Gefahr der Qualitätsabnahme durch einen langen

Transportweg nicht ergibt.[74] Außerdem würde nach ärztlicher Einschätzung eine verminderte Gefahr einer nachhaltigen Gesundheitsschädigung des Spenders, vor allem bei der Spende von Nieren, bestehen.[75] Daher sollen nun im Folgenden Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie die Lebendspende ausgeweitet, bzw. gefördert werden könnte.

5.2.1.1 Aufhebung der Subsidiarität

Nach § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG ist eine Lebendspende nur dann in Betracht zu ziehen, wenn zum Zeitpunkt der Organentnahme kein geeignetes Organ eines verstorbenen Spenders zur Verfügung steht. Hier hat der Gesetzgeber also eine sog. Subsidiaritätsklausel[76] eingefügt, die besagt, dass die postmortale Spende der Lebendspende vorgehen muss. Diese gesetzliche Regelung stellt somit das zentrale Hindernis für die Ausweitung bzw. Förderung der Lebendspende dar. Die Begründung dieser Regelung liegt darin, „dass bei einer Lebendspende eine gesunde Person durch eine Operation, die nicht ihr selbst dient, dem Risiko des Todes bzw. einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgesetzt wird und dass dies nach Möglichkeit vermieden werden soll.“[77] Jedoch sollte man erwachsenen Personen nicht verbieten ein Organ zu spenden, wenn sie dies in Betracht ziehen und es ihrem eigenen Willen entspricht. Zudem ist der zu erwartende medizinische Erfolg bei der Lebendspende, vor allem bei der Spende von Nieren, höher, als bei der postmortalen Spende. Würde man nun die Nachrangigkeitsregel aufheben und der deutschen Bevölkerung vermitteln, dass die Lebendorganspende unter nahen Angehörigen nicht mehr nur als Ausnahme anzusehen ist, sondern als gesellschaftliche Selbstverständlichkeit, könnte man somit die Spendenbereitschaft möglicherweise deutlich erhöhen, da die Spende dann als “normal“ angesehen wird. Diese Vermittlung der

[74] Vgl. Fuchs: Organspende (2012), S. 88.
[75] Vgl. Middel et al: Organspende und Organtransplantation in Deutschland (2011), S. 14.
[76] Dies bedeutet, dass eine Lebendspende nur dann vorgenommen werden darf, wenn zum Zeitpunkt der Organentnahme kein geeignetes Spenderorgan eines postmortalen Spenders zur Verfügung steht.
[77] Breyer et al: Organmangel (2006), S. 124.

Selbstverständlichkeit einer Lebendspende könnte dann bspw. durch Werbekampagnen oder Ähnliches realisiert werden. Sollte es gegebenenfalls jedoch zu einer Ablehnung der Spende kommen, müsste der behandelnde Arzt zusätzlich die Position eines Vermittlers einnehmen. Es muss dabei gewährleistet werden, dass das innerfamiliäre Verhältnis durch diese Ablehnung nicht belastet wird. Dies könnte sich dann bspw. darin äußern, dass der Arzt dem Patienten erklären würde, dass der Angehörige aus medizinischen Gründen nicht als Spender geeignet ist, obwohl dies in Wirklichkeit gegeben wäre.[78]

Durch die erweiterte Möglichkeit der Lebendorganspende, aufgrund der Aufhebung der Subsidiaritätsklausel, zuzüglich der Vermittlung der Selbstverständlichkeit einer solchen Spende, würde einigen Menschen die Chance gegeben werden, sich für eine Lebendspende bereit zu erklären. Dies könnte dann die Spendenbereitschaft in Deutschland deutlich erhöhen.

5.2.1.2 Legalisierung der anonymen Spende

Weiterhin könnte man die Lebendspende ausweiten, wenn man die sog. anonyme Spende legalisieren würde. Gem. § 8 Abs. 1 S. 2 TPG ist eine Lebendorganspende bisher nur zwischen nahen Angehörigen und anderen Personen, die in persönlicher Verbundenheit mit dem Empfänger stehen, zulässig. Der Gesetzgeber begründet diese Regelung damit, dass bei der Lebendspende zum Einen die Freiwilligkeit gewährleistet werden soll, da sie immer ein gesundheitliches Risiko für den Spender darstellt und zum Anderen um einen möglichen Organhandel auszuschließen. Allerdings ist es hierbei fraglich, ob man bei der Spende unter Angehörigen nur von Freiwilligkeit sprechen kann, oder ob man, durch eine möglicherweise vorhandene Abhängigkeit, eher auch von einer zweckgerichteten Spende reden müsste. Hiervon wäre bei einer anonymen Spende keinesfalls auszugehen, da sich die Beteiligten nie kennenlernen würden. Daher könnte man sich hier eher sicher sein, dass

[78] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 147f.

die Spende altruistisch[79] und freiwillig motiviert wäre.[80] Außerdem muss man sich bei der anonymen Spende auch die Frage stellen, warum man Menschen, die möglicherweise bereit wären, fremden Menschen ein Organ aufgrund von Nächstenliebe oder aus sonstigen Beweggründen, die Möglichkeit einer Spende gesetzlich verwehren sollte. Zum Thema Organhandel lässt sich sagen, dass dieser bereits durch das Organhandelsverbot im TPG ausgeschlossen wurde und im Hinblick auf die Lebendspende zudem die zuständige Kommission überprüfen muss, ob es Anhaltspunkte für Organhandel gibt. Da der Ausschluss des Organhandels also schon ausreichend durch das TPG gewährleistet ist, ist es nicht erforderlich diesen zudem noch über die Regelung mit dem speziellen Spenderkreis bei der Lebendorganspende auszuschließen.[81] Weiterhin muss diese Kommission nach § 8 Abs. 3 S. 2 TPG ebenfalls prüfen, ob die Einwilligung zur Spende möglicherweise nicht freiwillig erfolgt ist.

Die Daten der potenziellen Spender könnten dann in einen sog. Lebendorganspende-Pool eingetragen werden, damit sie benachrichtigt werden können, wenn ein passender Empfänger gefunden wurde.[82]

Da die Freiwilligkeit der anonymen Lebendorganspende also weiterhin gewährleistet sein würde und die Menschen selbst entscheiden könnten, ob sie an einer solchen Spende teilnehmen wollen oder nicht, sollte darüber nachgedacht werden sie zu legalisieren und so den Spenderkreis für eine Lebendspende zu erweitern. Dies wäre auch ein möglicher Ansatz um die Spendenbereitschaft zu fördern, da dann erst die Möglichkeit einer anonymen Lebendspende bestehen würde und sich die Menschen selbst entscheiden könnten, ob sie sich dazu bereiterklären wollen ihre Organe fremden Menschen zur Verfügung zu stellen oder nicht.

[79] Unter einer altruistischen Spende versteht man eine Spende, die aus Uneigennützigkeit und Selbstlosigkeit motiviert ist; vgl. hierzu http://www.fremdwort.de/suchen/synonym/altruistisch [18.04.2015].
[80] Vgl. ebd., S. 141f.
[81] Vgl. Middel et al: Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts (2010), S. 147.
[82] Vgl. Middel et al: Organspende und Organtransplantation in Deutschland (2011), S. 55f.

5.2.1.3 Explizite Legalisierung der sog. Überkreuzspende

Wie bereits beschrieben ist eine Lebendspende momentan nur zwischen nahen Angehörigen und Personen mit einem besonderen Näheverhältnis zulässig. Oftmals ist es jedoch so, dass es Menschen gibt, die bereit sind ihrem Partner ein Organ zu spenden, dies jedoch aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Daher wäre eine weitere Lösung die Legalisierung sog. Cross-Over-Spenden (Überkreuzspenden). Hierbei handelt es sich um die Spende zwischen zwei Paaren A und B, wobei jeweils einer der Partner A und B auf eine Organspende angewiesen ist und der andere potenzielle Spender A und B zwar bereit wäre ihm ein Organ zu spenden, dies jedoch aus medizinischen Gründen unmöglich ist. Passt nun jedoch Partner A zu Spender B und Partner B zu Spender A, könnte der Spender A dem Partner B und Spender B dem Partner A ein Organ spenden. Diese Konstellation ist momentan jedoch nicht im TPG vorgesehen. Daher wäre einer weitere Möglichkeit zur Erhöhung der Spendenbereitschaft die gesetzliche Erlaubnis dieser Spende. Zwar hat das Bundessozialgericht (BSG) im Jahr 2003[83] entschieden, dass eine solche Spende zulässig ist, allerdings aber nur wenn ein persönliches Näheverhältnis zwischen Spender und Empfänger besteht. Dieses Näheverhältnis könne laut BSG auch entstehen, wenn die Paare sich erst bei einem Treffen zur Organtransplantation kennenlernen. Zum Zeitpunkt der Transplantation müssen Spender und Empfänger jedoch eine besondere Verbundenheit vorweisen können, die auch darüber hinaus erwartet werden kann. So könnte beiden potenziellen Empfängern geholfen werden. Zudem hat das BSG auch entschieden, dass die Cross-Over-Spende keinen Organhandel i.S.d. § 17 TPG darstellt. Da jedoch die meisten Menschen keine Kenntnis und Information zur Cross-Over-Spende haben, wäre es denkbar, dass man diese Art der Organspende explizit im Gesetz für zulässig erklärt. Die beiden Spender handeln hierbei freiwillig und sind bereit ein Organ zu spenden, um ihrem Partner zu

[83] BSG-Urteil des 9. Senats am 10.12.2003, AZ: B 9 VS 1/01 R.

einem funktionierenden Organ und damit zu erhöhter Lebensqualität zu verhelfen.[84]

5.2.1.4 Finanzielle Anreize für Lebendspender

Der Versicherungsschutz für Lebendorganspender wurde, wie bereits ausgeführt, deutlich verbessert. Daher ist nun eine weitere Überlegung, um die Form der Spende zu fördern, ob man finanzielle Anreize für eine Lebendspende schaffen sollte. Möglich wäre hier z.B. eine sog. Anerkennungszahlung für Spender, die Verwandten ein Organ gespendet haben. Da die Spende durch den stationären Aufenthalt bei der Organentnahme und auch durch die Nachsorge einige Zeit in Anspruch nimmt, könnte dies durch eine Anerkennungszahlung entschädigt werden.[85] „Zusätzlich kann es ein psychologischer Vorteil sein, wenn der Empfänger weiß, dass der Spender wenigstens einen finanziellen Ausgleich für sein Opfer erhalten hat. Der Entwicklung von Schuldgefühlen, von denen in der Literatur häufig berichtet wird, könnte auf diese Weise entgegengewirkt werden.“[86] Möglicherweise würden sich so mehr Menschen überlegen, ein Organ an Verwandte zu spenden, da sie nun sowohl einem Angehörigen helfen könnten und zudem noch eine Anerkennungszahlung bekämen.

Weiterhin wäre es denkbar, dass die Krankenversicherung den Lebendspendern eine Aufwandsentschädigung zahlen könnte. Diese wäre staatlich festgelegt und daher nicht verhandelbar. Somit könnte man hier nicht von einem Organhandel sprechen, sondern eher von einem staatlichen Organankauf, da die Entschädigung jedem Lebendspender zustehen würde. Begründet werden könnte dies dadurch, dass z.B. eine Nierentransplantation, gegenüber einer sonst erforderlichen Dialyse, eine Kostenersparnis für die Krankenkasse darstellt. Ein Teil dieser Ersparnis könnte dem Spender ausbezahlt werden, als Entschädigung für die

[84] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 144ff, vgl. ebenso Middel et al: Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts (2010), S. 151ff.
[85] Vgl. Breyer et al: Organmangel (2006), S. 172.
[86] Ebd., S. 172.

Risiken, die er im Falle einer Transplantation in Kauf nimmt. Diese wären bspw. das Risiko bei der Operation zu sterben oder auch bleibende gesundheitliche Schäden davon zu tragen. Auch das Prinzip der Freiwilligkeit, die dem Gesetzgeber bei der Lebendspende wichtig ist, würde ebenfalls durch die erforderliche Prüfung der Kommission gesichert sein, da die Menschen sich selbst entscheiden müssten, ob sie ein solches Angebot annehmen möchten oder nicht.[87] Es wäre ebenso denkbar, dass sich eine Person, die zur Lebendspende bereit wäre, selbst entscheiden kann, ob sie eine Aufwandsentschädigung erhalten möchte, oder ob sie dem potenziellen Empfänger ihr Organ ohne eine solche Entschädigung zur Verfügung stellen will.[88]

Zudem wäre es auch noch vorstellbar, wenn man Lebendorganspendern nicht direkte finanzielle Entschädigungen zukommen lassen würde, sondern lediglich Belohnungen z.B. Vergünstigungen, Gutscheine oder Ähnliches. Dies könnte einen möglichen Kompromiss, zwischen Organverkauf aus Eigennutz (finanzielle Gründe) und der altruistischen Spende darstellen.

Die Zulässigkeit der genannten möglichen finanziellen Anreize müssten jedoch durch das TPG erlaubt werden, da diese nach derzeitigem Stand noch entgegen der Organhandelsvorschrift des TPG steht. Diese sieht ein angemessenes Entgelt bisher nur insbesondere für die Prozesse, die mit einer Organtransplantation einhergehen, vor. Alles andere würde einem Organhandel gleich kommen.

5.2.1.5 Zwischenfazit

Die Ausweitung der Lebendspende wäre ein Lösungsansatz der die Spendenbereitschaft in Deutschland erhöhen könnte. Sie hat einige Vorteile gegenüber der postmortalen Spende, wie z.B. der höhere zu erwartende medizinische Erfolg. Allerdings sollten die Risiken, die bei einer solchen Spende auftreten können, nicht außer Acht gelassen

[87] Vgl. ebd., S. 128ff.
[88] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 171.

werden. Denn trotz des derzeitigen Stands der medizinischen Technik können Risiken, wie z.B. das Operationsrisiko oder auch der eventuelle Fall einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nach der Organentnahme nicht vollständig ausgeschlossen werden. Da die Menschen jedoch nicht zur Lebendspende gezwungen werden, sondern eigenständig entscheiden können, ob sie sich zu ihr bereit erklären, sollte man ihnen auch die Möglichkeit hierzu geben. Außerdem ist der Arzt bei dieser Spende in der Verantwortung, den potenziellen Spender über alle Risiken zu informieren und zu entscheiden, ob sich die Person auch für eine Spende eignet, z.B. aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung. Würde man den Spenderkreis ausweiten und die Nachrangigkeitsregel aufheben, so könnten sich deutlich mehr Menschen für eine Lebendorganspende entscheiden. Jedoch wäre es ratsam dies erst einmal nur durch die Erweiterung des Spenderkreises und durch die Auflösung der Subsidiarität zu erreichen. Denn bei der Genehmigung von finanziellen Mitteln ist die Gefahr des Organhandels trotz allem gegeben, da die Grenzen zum eben beschriebenen Organankauf fließend sind. Gegebenenfalls müsste der Gesetzgeber hier regulierend eingreifen, um die potenziellen Empfänger dahin gehend zu schützen, dass kein Missbrauch dieser Lösung möglich wäre und der Patient in Zukunft für ein Organ zahlen muss, sondern dass der Staat nur finanzielle Anreize für Lebendspender schafft und dass dies auch nur Aufgabe des Staates ist und bleibt. Eventuell müssten die Lebendspende-Kommissionen in dieser Hinsicht gestärkt werden, um der umfassenden Prüfung der Freiwilligkeit und des Ausschlusses des Organhandels weiterhin gerecht zu werden.

Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass die erweiterte Öffnung des Feldes der Lebendorganspende durchaus die Spendenbereitschaft in Deutschland erhöhen könnte.

5.2.2 Widerspruchslösung als Alternative zur Entscheidungslösung

Wie bereits unter den vorhandenen Lösungsansätzen genannt, gilt seit dem 01.11.2012 in der Transplantationsmedizin in Deutschland die sog.

Entscheidungslösung. Das bedeutet, dass alle Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, regelmäßig von den Krankenkassen über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Organspende aufgeklärt werden sollen. Dies soll alle zwei Jahre durch Zusendung von Aufklärungsmaterialien und von Organspendeausweisen realisiert werden. Die Versicherten sollen so aufgefordert werden, sich mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen und wenn möglich eine eigene Entscheidung für oder gegen eine potenzielle Spende zu treffen. Die Abgabe einer solchen Erklärung ist freiwillig. Problematisch im Hinblick auf die Spendenbereitschaft ist hierbei, dass die Menschen sich nicht mit der Thematik der Organtransplantation auseinander setzen müssen, wenn sie dies nicht wollen. Tritt dann jedoch der Fall einer möglichen Organspende ein und hat der potenzielle Spender keine Erklärung hierzu abgegeben, müssen die Angehörigen über die Frage der Organspende bestimmen. Sie sollen für ihren Angehörigen entscheiden, ob ihm ein Organ entnommen werden darf oder nicht, obwohl sie die Meinung des potenziellen Spenders sehr häufig gar nicht kennen.

Um die Spendenbereitschaft in Deutschland zu erhöhen, wäre es daher denkbar die sog. Widerspruchslösung, als Ablösung für die eben genannte Entscheidungslösung, einzuführen. Diese Regelung besagt, dass eine Organentnahme grundsätzlich zulässig ist, außer es liegt ein ausdrücklicher Widerspruch hiergegen vor.[89] Damit würde die Entnahme von Organen bei postmortalen Spendern keine Ausnahme mehr sein, sondern sie würde zur Routine bzw. Normalität werden, was sich ebenfalls positiv im Hinblick auf die Spendenbereitschaft der Menschen auswirken könnte.[90] Bei dieser Lösung gibt es allerdings zwei Varianten. Die erste Variante wäre die sog. enge Widerspruchslösung, bei der eine Organentnahme zulässig ist, wenn kein ausdrücklicher Widerspruch des Spenders selbst vorliegt. Bei der sog. erweiterten Widerspruchslösung hingegen würde den Angehörigen ein nachträgliches Widerspruchsrecht

[89] Vgl. Middel et al: Organspende und Organtransplantation in Deutschland (2011), S. 24f.
[90] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 153.

eingeräumt werden. Das bedeutet im Falle einer möglichen Spende ohne ausdrücklichen Widerspruch des potenziellen Spenders, dass eine Organentnahme unzulässig wäre, wenn die Angehörigen dieser widersprechen würden.[91] Ungeachtet, welche Variante herangezogen werden würde, müssten keine Gründe für einen Widerspruch angegeben werden und es würden auch keine Nachteile durch diesen entstehen.[92] Durch die Einführung der Widerspruchslösung in Deutschland könnte möglicherweise eine wesentlich höhere Organspenderate erzielt werden. Diese Aussage begründet sich vor allem darin, dass alle Länder, bei der die Widerspruchslösung eingeführt wurde, höhere Transplantationszahlen aufweisen als Deutschland. Hierzu gehören bspw. Belgien, Österreich und Spanien.[93] „Im British Medical Journal wurde 2009 eine systematische Übersicht „Impact of presumed consent for organ donation rates“ veröffentlicht, die verdeutlichen konnte, dass 20-30% mehr Organspenden mit einer Widerspruchslösung erreicht werden können.“[94] Zudem sei die Widerspruchsrate nach internationalen Erfahrungen sehr gering.[95] Gegner dieser Widerspruchsregel führen allerdings an, dass die Menschen hierdurch gezwungen würden, sich mit dem Thema der Organspende und damit einhergehend auch mit dem Tod zu befassen.[96] Hierzu lässt sich jedoch sagen, dass die Entscheidung zur Organspende trotzdem jedem selbst überlassen wäre. Es würde weder eine Fremdbestimmung ausgeübt, noch würde die eigene Selbstbestimmung eingeschränkt werden. Jedem Menschen sei es zumutbar eine eigene Entscheidung zu dieser Thematik zu treffen.[97] Außerdem könnte durch die Einführung der Widerspruchslösung eine sog. passive Akzeptanz zu Nutze gemacht werden. Das heißt, dass sich passive Befürworter[98] der Organspende

[91] Vgl. Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 22ff.
[92] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 152ff.
[93] Vgl. Middel et al: Förderung der Organspende (2012), S. 56f.
[94] Ebd., S. 57.
[95] Vgl. Breyer et al: Organmangel (2006), S. 115.
[96] Vgl. Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 66.
[97] Vgl. Gutmann: Für ein neues Transplantationsgesetz (2006), S. 161.
[98] Unter dem Begriff der passiven Befürworter sind diejenigen Menschen gemeint, die grundsätzlich zu einer Spende bereit wären, dies jedoch aufgrund mangelnder Motivation nicht ausdrücklich erklären.

nicht ausdrücklich für eine Spende entscheiden müssen, sondern dass die Gegner einer Spende, in Form eines ausdrücklichen Widerspruches gegen die Organspende, aktiv werden müssen. Dies begründet sich daraus, dass, wie aus der nachfolgenden Statistik erkennbar, zwar einige Menschen grundsätzlich zu einer Spende bereit wären, jedoch erklären die wenigstens dies ausdrücklich, z.B. durch das Ausfüllen eines Organspendeausweises.

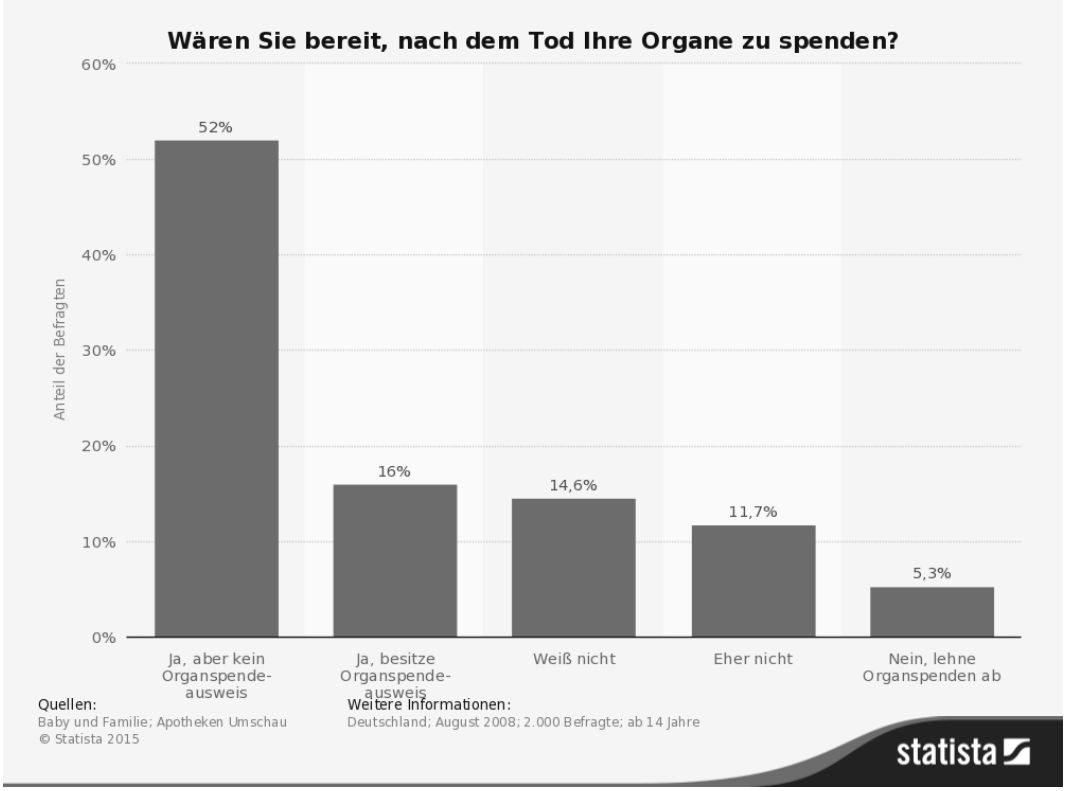


Abbildung 5: Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod [99]

Dem könnte mit der Einführung der Widerspruchslösung entgegen gewirkt werden. Auch im Falle einer erweiterten Widerspruchslösung wäre es durchaus denkbar, dass die Angehörigen eher seltener widersprechen würden, wie die niedrige Widerspruchsrate der anderen Länder zeigt. Grund hierfür könnte sein, dass die potenziellen Spender wissen mussten, dass sie ohne ausdrückliches Widersprechen als Organspender in

[99] Entnommen aus Statista: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158903/umfrage/bereitschaft-zur-organspende-nach-dem-tod/ [15.04.2015].

Betracht kommen.[100] Allerdings müsste die Bevölkerung umfassend über die Folgen eines fehlenden Widerspruches aufgeklärt werden. Dieser müsste zudem auf eine einfache Weise abgegeben werden können und die Bürger sollten darauf vertrauen können, dass der Widerspruch sicher dokumentiert wurde.[101]

Abschließend lässt sich zur Thematik der Einführung einer Widerspruchslösung sagen, dass einige Gründe für ihre Einführung sprechen. Diese Lösung würde grundsätzlich nicht zur Organspende verpflichten, da diese durch einen Widerspruch verhindert werden könnte. Somit würde das Selbstbestimmungsrecht der Person beibehalten werden und sie könnte selbst entscheiden, ob sie eine mögliche Organspende ausschließen möchte. Zudem könnte man hierdurch die Spenderzahlen bzw. die Spendenbereitschaft indirekt deutlich erhöhen, da man davon ausgehen kann, dass die Person bereit ist, ein Organ im Falle einer möglichen Spende zur Verfügung zu stellen, wenn ein Widerspruch ihrerseits nicht erfolgt ist. Dies lässt sich auch an der hohen Spenderquote der Länder, für die bereits die Widerspruchlösung gilt, erkennen. Aufgrund dieser Regelung könnten dann auch die aus der Statistik ersichtlichen Personen, die zwar zu einer Spende bereit sind, dies jedoch z.B. durch einen Organspendeausweis nicht zum Ausdruck gebracht haben, bei der Spendenbereitschaft in Deutschland berücksichtigt werden. Wichtig bei der Einführung dieser Lösung wäre jedoch, dass der Staat die Bürger hinreichend über die Folgen eines fehlenden Widerspruchs aufklären muss.

5.2.3 Spendenbereitschaft als Bedingung für Ansprüche auf Spenderorgane

Ein weiterer denkbarer Lösungsansatz im Sinne der Erhöhung der Spendenbereitschaft wäre, dass man die eigene Bereitschaft, im Falle des Todes ein Organ zu spenden, als Bedingung für den Anspruch auf ein Spenderorgan etablieren könnte. Momentan hat jeder Patient auf der

[100] Vgl. Bader: Organmangel und Organverteilung (2010), S. 28ff.
[101] Vgl. ebd., S. 48.

Warteliste, unabhängig von seiner eigenen Spendenbereitschaft, einen Anspruch auf ein Spenderorgan. Dieser richtet sich vor allem nach den Prinzipien der Erfolgsaussicht und Dringlichkeit. Die Überlegung bei diesem Ansatz ist die, dass man eine Verbindung zwischen der eigenen Spendenbereitschaft, im Falle des Todes, und dem möglichen Anspruch auf den Empfang eines Organs herstellen könnte.[102] Denkbar wäre hier, dass eine Person, die sich zu Lebzeiten dazu bereit erklärt hat, potenziell ein Organ zu spenden, bevorzugt ein Organ erhalten würde. Die Menschen, die trotz allem nicht bereit sind ein Organ zu spenden, würden von dem Anspruch auf den Empfang eines Organs ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, sondern lediglich eine geringere Priorität auf der Warteliste zugewiesen bekommen. Allgemein könnte jedoch der Großteil der Bevölkerung durch diese Lösung motiviert werden, in der Erwartung selbst ein Organ benötigen zu können, sich freiwillig für eine Organspende zu entscheiden. Die Selbstbestimmung der Person würde dabei erhalten bleiben, da niemand zu einer Organspende gezwungen würde. Wichtig wäre allerdings, dass die Bevölkerung regelmäßig über die Möglichkeiten und Vorteile einer Erklärung zur Spende informiert werden würde, damit die Menschen verstehen, dass die Organspende gegebenenfalls auch für sie wichtig werden könnte. Möglicherweise würden sich so auch mehr Menschen mit dem Thema der Organspende befassen und sich dann gegebenenfalls auch zu einer Spende bereit erklären.[103] Kritiker führen hier jedoch an, dass Personen, die grundsätzlich nicht zu einer Spende bereit sind, aus der Angst heraus kein Spenderorgan bzw. dieses nicht rechtzeitig zu erhalten, falls sie auf eines angewiesen wären, zur Organspende gezwungen würden. Die gespendeten Organe müssten, nach Meinung der Kritiker, für alle Beteiligten unter den gleichen Voraussetzungen zur Verfügung stehen.[104] Allerdings lässt sich hierzu sagen, dass man hier nicht von einem Zwang ausgehen könnte, da jeder die Möglichkeit hätte, selbst zu bestimmen. Zudem würden sie nicht von

[102] Vgl. Breyer et al: Organmangel (2006), S. 116f.
[103] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 154ff.
[104] Vgl. Breyer et al: Organmangel (2006), S. 168f.

der möglichen Spende zu ihren Gunsten ausgeschlossen werden, sondern nur eine geringere Priorität hierfür haben. Das System würde Solidarität für alle gewährleisten, jedoch ganz besonders für die, die selbst bereit wären ein Organ zu spenden.[105] Denkbar wäre hierbei auch, dass der potenzielle Spender zu Lebzeiten entscheiden könnte, ob er grundsätzlich nur an Menschen spenden möchte, die ihrerseits ebenfalls bereit wären, ihre Organe zu spenden oder ob er seine Organe, unabhängig der Bereitschaft der Menschen, zur Verfügung stellen würde.[106]

Unter diesem Punkt, der Spendenbereitschaft als Bedingung für den Anspruch auf ein Spenderorgan, lässt sich auch der sog. Organclub anführen. Mit der Clubmitgliedschaft würden sich die Mitglieder verpflichten, „[…] im Falle ihres Todes ihre Organe im Clubpool zu veräußern. Jedes Mitglied hat dann ein Recht auf ein Organ.“[107] Befürworter sagen, dass der Mensch Eigentümer seiner Organe ist und darüber selbst verfügen muss. Wenn Menschen kein Transplantat erhalten würden, wäre dies das Resultat von verfehlter Selbstsorge und dem fehlenden Eintritt in den Organclub.[108] Problematisch hierbei wäre jedoch, dass Personen, die keine Clubmitglieder sind, kein Recht auf ein Organ aus dem Organclub hätten. Dieser würde zwar sicherlich die Spendenbereitschaft erhöhen, jedoch ist die Gefahr des Zwangs zur Organspende allgegenwärtig, da Nichtmitglieder davon ausgehen müssten, dass sie kein Organ erhalten würden, wenn der Fall eintreten würde, dass sie darauf angewiesen wären.

5.2.4 Indirekte finanzielle Anreize als Belohnung für die Bereitschaft

Ein Lösungsansatz der ebenfalls denkbar wäre, um zur Erhöhung der Spendenbereitschaft beizutragen, ist die Gewährung von indirekten finanziellen Aufwendungen, etwa als Belohnung für die bekundete

[105] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 155.
[106] Vgl. Beckmann: Organtransplantation (2008), S. 138f.
[107] Motakef: Körpergabe (2011), S. 159.
[108] Vgl. Motakef: Körpergabe (2011), S. 158, S. 164.

Bereitschaft zur Spende. Vorstellbar wären hier bspw. eine Belohnung, für das Ausfüllen eines Organspendeausweises, z.B. in Form eines Bücher- oder Restaurantgutscheines oder auch einer Zahlung an eine wohltätige Organisation im Namen des Spenders, sowie etwaige Steuervorteile oder tarifliche Vergünstigungen durch die Versicherungen für erklärte Spender zu Lebzeiten oder auch ein Zuschuss zu den Beerdigungskosten, der direkt an das Bestattungsunternehmen gezahlt werden würde, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Die dabei entstehenden Aufwendungen könnten bspw. durch eine staatliche oder staatlich beauftragte Organisation verwaltet und durch die Krankenkassen finanziert werden, da eine Transplantation kostengünstiger für sie wäre, als eine sonst erforderliche Dialyse. Dadurch wären die hierfür notwendigen Ressourcen leicht aufzubringen. Häufig wird jedoch angeführt, dass diese finanziellen Anreizmodelle besonders auf ärmere Menschen abzielen, da diese Vorteile für sie interessanter sind als für die wohlhabenderen Menschen. Hierzu lässt sich allerdings anführen, dass auch Anreize entwickelt werden könnten, die auch für die wohlhabendere Schicht interessant wären, wie z.B. ein exklusiv entwickeltes T-Shirt eines angesehenen Designers. Dieses könnte dann niemand erwerben, der nicht auch Organspender ist. Auch der Grundsatz der Freiwilligkeit bei der Organspende bliebe weiterhin gegeben, da die Menschen ihre eigene Entscheidung zu diesem Thema treffen können. Die Spende soll durch diese Anreize lediglich attraktiver für die Bevölkerung gemacht werden. Dies beinhaltet weder eine Belastung für den Spender, noch ein Risiko. Weiterhin wären diese Anreize vollständig unabhängig von einer tatsächlichen Transplantation, da sie auch gewährt werden würden, wenn der Fall einer Organspende nicht eintreten sollte. Durch die Schaffung dieser Anreize könnte die Spendenbereitschaft gesteigert werden, da so einige Menschen hierdurch motiviert werden könnten sich mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen und sich dann gegebenenfalls hierfür zu entscheiden.

6. Fazit

Das im Jahr 1997 in Kraft getretene TPG bietet einen klaren Handlungsrahmen und eine Rechtssicherheit für die Bevölkerung und damit auch eine gute Grundlage für die Transplantationsmedizin. Trotz allem gab es in den vergangenen Jahren auch Skandale in diesem Bereich, die das Vertrauen der Menschen in die Transplantationsmedizin verringert haben. Ängste und Befürchtungen, die möglicherweise schon vorher vorhanden waren, wurden unter Umständen zusätzlich verstärkt.

Aufgrund des bestehenden Organmangels und da nicht davon auszugehen ist, dass sich der Organbedarf in den nächsten Jahren verringert, ist es daher mehr als notwendig Lösungsansätze zu finden, die die Spendenbereitschaft, trotz der bestehenden Ängste erhöhen.

Der Gesetzgeber ist im Hinblick hierauf bereits tätig geworden und hat geeignete Änderungen vorgenommen, die bereits ein großer Schritt in die richtige Richtung waren. Die Menschen sollen wieder Vertrauen in das deutsche Transplantationssystem gewinnen, da es unverhältnismäßig ist, dass das gesamte System durch das Fehlverhalten einiger weniger Akteure in Frage gestellt wird. Daher sollte verstärkt in eine gute Aufklärung der Bevölkerung investiert werden, denn durch eine gute Informationsarbeit können unbegründete Ängste abgebaut und somit auch die Zustimmung zur Organspende erhöht werden. Das Informieren der Bevölkerung durch die Krankenkassen und durch Kampagnen der BZgA, sowie die Werbung zur Organspende durch Prominente sind geeignete Ansätze, um die Ängste der Bevölkerung zu reduzieren und sie so zu motivieren, sich mit dem Thema der Organspende auseinander zu setzen und eine eigene Entscheidung für sich selbst zu treffen. Da die bereits vorhandenen Ansätze die Spenderzahlen jedoch nicht deutlich erhöhen konnten, ist es nun wichtig sich noch intensiver mit der Frage, wie die Spendenbereitschaft zudem erhöht werden kann, zu beschäftigen.

Indirekte finanzielle Anreize scheinen hier durchaus geeignet zu sein, da viele Menschen solche Angebote gerne wahrnehmen. Da es viele Leute

gibt, die zwar grundsätzlich bereit wären ein Organ zu spenden, dies jedoch selbst nie kundtun würden, könnten diese Anreize es möglicherweise schaffen die Menschen dazu zu bewegen, ihre Entscheidung zur Organspende explizit auszudrücken. Zudem könnten hierdurch auch Menschen, die sich noch keine eigene Meinung zum Thema Organspende gebildet haben, dazu motiviert werden dies nachzuholen und im besten Fall einer potenziellen Spende zuzustimmen.

Auch die Einführung der Widerspruchslösung könnte ein geeignetes Mittel sein, um die Spendenbereitschaft in Deutschland zu erhöhen. Denn dadurch würden sich alle Menschen mit dem Thema der Organspende zwangsläufig auseinander setzen müssen, da sie eine solche nur durch einen expliziten Widerspruch verhindern könnten. Hierdurch würde vor allem auf die Leute abgezielt werden, denen es grundsätzlich egal ist, ob ihre Organe nach ihrem Tod gespendet werden oder nicht.

Das Thema der Spendenbereitschaft als Bedingung für den Anspruch auf Spenderorgane sollte dahingegen kritisch hinterfragt werden. Die Spendenbereitschaft würde sich zwar möglicherweise erhöhen, jedoch könnte der Hauptgrund hierfür die Angst sein, selbst kein Spenderorgan zu bekommen, falls sie in Zukunft darauf angewiesen sein sollten. Daher ist die Einführung der sog. Organclubs eher kritisch zu sehen. Der Lösungsansatz, den Patienten jedoch nicht den Anspruch auf ein Organ zu verwehren, sondern eben nur den spendewilligen Patienten einen besseren Platz auf der Warteliste zu ermöglichen, scheint hier eher geeignet zu sein. Niemand müsste in der Gewissheit leben, dass er sterben könnte, wenn er sich nicht zu einer potenziellen Spende bereit erklärt.

Die Möglichkeit der Ausweitung der Lebendspende sollte ebenfalls überdacht werden, da hier vor allem ein höherer medizinischer Erfolg erzielt werden kann. Der Gesetzgeber hat den Spenderkreis nur deshalb so eingeschränkt, um die Freiwilligkeit einer solchen Spende gewährleisten zu können und den Organhandel auszuschließen.

Allerdings könnte es durchaus Menschen geben die bereit sind, einem fremden Menschen ein Organ zu Lebzeiten zu spenden, z.B. aus Nächstenliebe, oder weil sie helfen wollen. Solange dies freiwillig geschieht, sollte es ihnen nicht verwehrt werden ein Organ zu spenden, da die Freiwilligkeit ja ohnehin durch die Kommission überprüft wird. Das Selbe gilt auch für die oben angeführte Cross-Over-Spende. Jedoch sollte man bei den finanziellen Anreizen für eine Lebendspende aufpassen und dies, wenn möglich, nur als letzte Lösung sehen, da die Gefahr des Organhandels, trotz staatlichem Eingreifen, hier allgegenwärtig wäre.

Abschließend betrachtet lässt sich sagen, dass es enorm wichtig ist, die Spendenbereitschaft in Deutschland zu erhöhen, um so noch mehreren Patienten auf der Warteliste helfen zu können. Hierzu wurden bereits gesetzliche Änderungen vorgenommen, die einen guten Ansatz bieten, jedoch weiter ausgearbeitet werden sollten und dass über neue Möglichkeiten nachgedacht werden sollte. Um den bestehenden Organmangel jedoch deutlich reduzieren zu können, ist es notwendig an mehreren Punkten gleichzeitig anzusetzen.

Meiner Meinung nach sollte sich jeder Mensch durch einen Organspendeausweis zu einer potenziellen Organspende bereit erklären, denn so könnten viele Leben gerettet werden. Das Zitat „Nehmen Sie Ihre Organe nicht mit in den Himmel, denn der Himmel weiß, dass sie hier gebraucht werden.“ hat mich in diesem Themengebiet maßgeblich beeinflusst und beeindruckt. Außerdem könnte jeder von uns früher oder später ein Spenderorgan benötigen, warum also nicht direkt mit dem Ausfüllen eines Ausweises beginnen?

Anlagen

Anmerkung: Sämtliche Anlagen befinden sich auf der beiliegenden CD.

Literaturverzeichnis

Literatur:

- **Bader, Mathis**: Organmangel und Organverteilung; 2010, Mohr Siebeck Verlag
- **BÄK**: Tätigkeitsbericht 2012 der BÄK (2013)
- **Becchi, Paolo/ Bondolfi, Alberto u.a.**: Organallokation. Ethische und rechtliche Fragen; Ethik und Recht, 2004, Schwabe Verlag
- **Beckmann, Jan P./ Kirste, Günter/ Schreiber, Hans-Ludwig**: Organtransplantation. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte; Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, Band 7, 2008, Karl Alber Verlag
- **Breyer, Friedrich/ Van den Daele, Wolfgang u.a.**: Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?; 2006, Springer Verlag
- **BZgA**: Aufklärung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland: Neue Wege in der Gesundheitskommunikation; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 40, 2012 (Fachheftreihe)
- **BZgA**: Die Herausforderung annehmen. Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 9, 2000 (Fachheftreihe)
- **BZgA**: Ihr persönlicher Organspendeausweis (Faltblatt)
- **BZgA**: Maßnahmen zur Verbesserung des Organspendesystems (Faltblatt)
- **BZgA**: Neue gesetzliche Regelungen im Transplantationsgesetz (Faltblatt)
- **BZgA**: Organspende?! – Ich habe mich entschieden; Eine Information der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Informationsbroschüre)
- **DSO/ BZgA**: Kein Weg zurück… Informationen zum Hirntod, 7. Auflage, 2012 (Informationsbroschüre)
- **Fuchs, Richard**: Organspende. Die verschwiegene Wahrheit; 2012, Emu-Verlag
- **Gutmann, Thomas**: Für ein neues Transplantationsgesetz. Eine Bestandsaufnahme des Novellierungsbedarfs im Recht der Transplantationsmedizin; Schriftenreihe Medizinrecht, 2006, Springer Verlag

- **Kalitzkus, Vera**: Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden wichtig finden und trotzdem davor zurückschrecken; 1. Auflage, 2009, Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- **Middel, Claus-Dieter/ Pühler, Wiebke u.a.**: Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts. Bestandsaufnahme und Bewertung; Transplantationsmedizin im Fokus, Band 1, 2010, Deutscher Ärzte-Verlag
- **Middel, Claus-Dieter/ Pühler, Wiebke u.a.**: Organspende und Organtransplantation in Deutschland. Bestandsaufnahme und Bewertung; Transplantationsmedizin im Fokus, Band 2, 2011, Deutscher Ärzte-Verlag
- **Middel, Claus-Dieter/ Pühler, Wiebke u.a.**: Förderung der Organspende. Bestandsaufnahme und Bewertung; Transplantationsmedizin im Fokus, Band 3, 2012, Deutscher Ärzte-Verlag
- **Motakef, Mona**: Körpergabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, 2011, Transcript Verlag

Statista (Datenbank der Hochschule):

- Zahl der Organspender in Deutschland bis 2014: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/70873/umfrage/anzahl-der-postmortalen-organspender-in-deutschland/ [15.04.2015]
- Einwände gegen eine Organspende:
- http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158908/umfrage/einwaende-die-gegen-eine-organspende-sprechen/ [15.04.2015]
- Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158903/umfrage/bereitschaft-zur-organspende-nach-dem-tod/ [15.04.2015]

Internet:

- https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany [13.04.2015]
- http://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/diagnostik [18.04.2015]
- http://www.n24.de/n24/Wissen/d/1645356/die-eigene-entscheidung-nach-dem-skandal.html [29.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/1584996/organspende--druck-auf-aerzte-und-politik-waechst.html [29.03.2015]
- http://www.fremdwort.de/suchen/synonym/dialyse [18.04.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50968/Zeitung-An-Uniklinik-Goettingen-offenbar-in-grossem-Stil-Organe-verschoben?s=Skandal+organspende [28.03.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/archiv/128320/Transplantationsskandal-an-der-Universitaet-Goettingen-Erschuetterndes-Mass-an-Manipulation?s=Skandal+organspende [28.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579648/goettinger-organspendeskandal-weitet-sich-aus.html [28.03.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51127/Organspende-Skandal-Staatsanwaltschaft-ermittelt-in-Regensburg?s=Skandal+organspende [28.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579596/auch-in-regensburg-wurde-gemauschelt.html [28.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/1579316/organspende-skandal--ermittlungen-wegen-toetungsdelikten.html [29.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/1586564/organspende-skandal-erschuettert-vertrauen-der-patienten.html [29.03.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55180/Organspende-Erstmals-Strafprozess-wegen-Manipulation-der-Warteliste?s=Skandal+organspende [29.03.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54843/Organspende-Skandal-Vorwurf-der-Bestechlichkeit-nicht-bestaetigt?s=Skandal+organspende [29.03.2015]
- http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/organspende-prozess-aiman-o-darf-zu-weihnachten-aus-dem-gefaengnis-12713889.html [29.03.2015]

- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52874/Organspendeskandal-am-Universitaetsklinikum-Leipzig?s=Skandal+organspende [29.03.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54928/Organspendenskandal-Ermittlungsverfahren-gegen-drei-Leipziger-Aerzte?s=Skandal+organspende [29.03.2015]
- http://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/metastase [18.04.2015]
- http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53081/Neue-Vorwuerfe-im-Muenchner-Organspendeskandal?s=Skandal+organspende [29.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Politik/d/2850778/bayern-schliesst-transplantationszentren.html [29.03.2015]
- http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/5272754/ermittlungen-gegen-herzzentrum-in-berlin.html [29.03.2015]
- http://www.n-tv.de/panorama/Aerzte-stellen-faelschlicherweise-Hirntod-fest-article14302796.html [29.03.2015]
- http://www.wittschier.com/Daten/organspendeausweis.jpg [17.04.2015]
- http://www.rtl.de/cms/sendungen/das-jenke-experiment/organspendeausweis.html [12.04.2015]
- https://de-de.facebook.com/pages/Organspende-Sag-JA-zum-Leben/210024099612 [12.04.2015]
- https://de-de.facebook.com/organspende.ja [12.04.2015]
- http://www.fuers-leben.de/informieren/faqs/fragen-zum-organspende-status-bei-facebook.html [12.04.2015]
- http://www.fremdwort.de/suchen/synonym/altruistisch [18.04.2015]

Eigenständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmitteln angefertigt habe. Alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind durch Angabe der Quellen als Entlehnung kenntlich gemacht worden.“

……

(Carina Bieber)

Organspende?! – Ich habe mich entschieden

Eine Information der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bundesministerium für Gesundheit

Organspende schenkt Leben.

Vorwort von
Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Organspenden können Leben retten. Deshalb ist es wichtig, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen. Der Tag der Organspende lädt dazu ein, sich zu informieren und Gespräche mit Betroffenen und Ärzten zu führen. Nutzen Sie diese direkte Möglichkeit der Information. Stellen Sie Fragen, die Sie bewegen, beraten Sie sich mit Ihrer Familie und dokumentieren Sie Ihre persönliche Entscheidung in einem Organspendeausweis.

In Deutschland stehen derzeit etwa 11.000 Menschen auf der Warteliste für eine Organtransplantation. Ihnen könnte mit einer Organtransplantation das Leben gerettet oder die Krankheit, unter der sie leiden, weitgehend geheilt oder gelindert werden. Damit könnte ihre Lebensqualität entscheidend verbessert werden.

Eine so weitreichende Entscheidung wie die Spende von Organen und Geweben – ob dafür oder dagegen – sollte stets freiwillig sein. Vor allem aber sollte sie bewusst getroffen werden. Dem trägt die in Deutschland geltende Entscheidungslösung, die der Deutsche Bundestag in der letzten Legislaturperiode einstimmig verabschiedet hat, in besonderer Weise Rechnung. Jede Bürgerin und jeder Bürger wird dadurch regelmäßig im Leben aufgefordert, sich mit der Frage der eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und diese Entscheidung in einem Organspendeausweis zu dokumentieren.

Die Einführung der Entscheidungslösung am 1. November 2012 und die damit einhergehende verstärkte Information jeder Bürgerin und jeden Bürgers in diesem Land ist das richtige Mittel, um die Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende in Deutschland zu steigern. Erste Ergebnisse einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2013 durchgeführten Repräsentativbefragung zeigen bereits, dass im Jahr 2013 immerhin 28 Prozent der befragten Personen einen Organspendeausweis hatten, im Jahr 2012 waren es noch lediglich 22 Prozent.

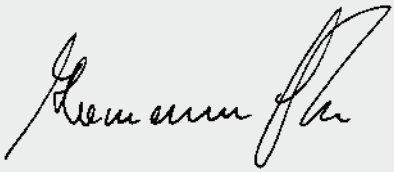
Ich wünsche mir, dass die Zahl derjenigen, die einen Organspendeausweis besitzen, stetig zunimmt und es damit gelingt, das Geschenk des Lebens weiterzugeben, wenn es darauf ankommt.

Viele Bürgerinnen und Bürger stellen sich Fragen, z.B.:

- Welche Voraussetzungen müssen für eine Organspende nach dem Tod erfüllt sein?
- Ist eine Organspende möglich, wenn gleichzeitig eine Patientenverfügung vorhanden ist?
- Können auch Minderjährige einen Organspendeausweis ausfüllen?
- Wird auf einer Intensivstation alles medizinisch Mögliche für sie getan, wenn sie lebensbedrohlich erkrankt sind?
- Kann die Familie den Verstorbenen nach der Organspende nochmals sehen?
- Wie wird das System der Organspende und Transplantation in Deutschland kontrolliert?

Daher bitte ich Sie:
Befassen Sie sich mit dem Thema Organ- und Gewebespende. Informieren Sie sich in Ruhe. Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen darüber und – treffen Sie Ihre persönliche Entscheidung.

Hierbei will Ihnen diese Broschüre eine Hilfestellung sein.



Vorwort
1. Organspende – ein gutes System! 6

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Systems der Organvergabe 6
   2.1 Kontrolle der deutschen Transplantationszentren 7
   2.2 Einrichtung einer interdisziplinären Transplantationskonferenz an den Transplantationszentren 8
   2.3 Verbesserung der Transparenz für die Öffentlichkeit 9
   2.4 Einrichtung einer Meldestelle für Auffälligkeiten: „Vertrauensstelle Transplantationsmedizin“ 10
   2.5 Bestellung von Transplantationsbeauftragten 11
   2.6 Strafbestand bei unrichtigen Angaben; Begründungspflicht des Richtliniengebers 11

3. Organspende – wir stehen dafür! 12

4. Geschichten vom Leben und vom Leben geben 18
   4.1 Wolfgang Beielstein wartet auf eine Spenderlunge 18
   4.2 Marilen Feichtinger hat die Organe ihres Mannes zur Spende freigegeben 24
   4.3 Alexandra Meyer-Holtkamp wurde durch die Spende einer Leber ein neues Leben geschenkt 28

5. Die häufigsten Fragen und Antworten zur Organspende 32

6. Wo können Sie weitere Informationen zur Organspende erhalten? 52

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist gemäß Transplantationsgesetz die Koordinierungsstelle für die Vorbereitung und Durchführung der Organspende. Ihre Aufgaben sind mit der Bundesärztekammer, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vertraglich festgelegt. Die DSO unterstützt alle Krankenhäuser im Organspendeprozess und stimmt die Zusammenarbeit mit der Vermittlungsstelle für Spenderorgane Eurotransplant (ET) und den Transplantationszentren in Deutschland ab.

Sich mit dem Thema Organspende zu beschäftigen, fällt oft nicht leicht, denn dabei geht es um Fragen nach dem eigenen Tod und Sterben. Die Manipulationen bei Organvergaben in einigen deutschen Transplantationszentren haben viele Menschen verunsichert. Die Leidtragenden dieser Vorkommnisse sind die Patientinnen und Patienten auf der Warteliste, die aufgrund der gesunkenen Spendebereitschaft eine geringere Chance auf eine lebensrettende Organtransplantation haben. Was diese Situation für die Menschen auf der Warteliste bedeutet, schildert Wolfgang Beielstein, der auf eine Spenderlunge wartet, eindrucksvoll in seiner Geschichte. Dieses Porträt und die Geschichten von Marilen Feichtinger, die einer Organentnahme bei ihrem Mann zugestimmt hat und der lebertransplantierten Mutter Alexandra Meyer-Holtkamp stellen ein eindrucksvolles Plädoyer für die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Organspendebereitschaft dar.

Bitte schieben Sie das Thema Organspende nicht zur Seite, denn es kann für jeden Menschen aktuell werden. Niemand kann vorhersehen, ob er oder sie nicht irgendwann ein Spenderorgan benötigt.

Zurzeit warten etwa 11.000 Menschen in Deutschland auf ein Spenderorgan; im Jahr 2013 konnten nur 3.248 postmortal gespendete Organe transplantiert werden. Daher sollte sich jeder überlegen, wie er selbst zur Organspende steht und seine persönliche Entscheidung – die Zustimmung zur Entnahme oder den Widerspruch gegen eine Entnahme – in einem Organspendeausweis festhalten und den Angehörigen mitteilen. Diese Entscheidung verschafft Klarheit über den eigenen Willen und entlastet die Angehörigen davon, im Todesfall eine schwierige Entscheidung in einer für sie ohnehin sehr belastenden Situation treffen zu müssen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist nach § 2 des Transplantationsgesetzes mit der Aufklärung zur Organspende beauftragt und will die Menschen dazu motivieren, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen und sie dabei unterstützen, eine persönliche Entscheidung zu treffen. Hierfür sind sachliche und umfassende Informationen notwendig. Daher haben wir in dieser Broschüre für Sie diejenigen Maßnahmen zusammengestellt, die das System der Organtransplantation sicherer und transparenter machen. Die am Prozess der Organtransplantation beteiligten Institutionen haben alles daran gesetzt, um das Vertrauen in die Organspende wieder zu stärken. In den Statements zur Organspende auf den Seiten 12 bis 17 wird der Beitrag verschiedener Institutionen, von Wartelistenpatienten und Selbsthilfeverbänden, vorgestellt.

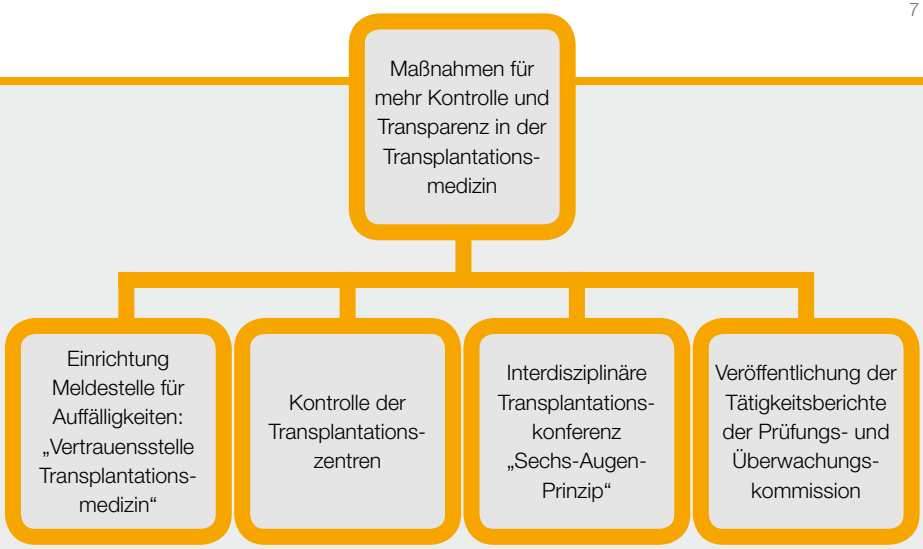
Darüber hinaus finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Organspende und Hinweise, welche weiterführenden Informationen zum Thema Sie kostenfrei bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhalten können.

1. Organspende – ein gutes System!

Das im Juli 1997 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Transplantationsgesetz ist im Mai 2012 und erneut im Juni 2013 vom Deutschen Bundestag mit großer Mehrheit geändert worden. Es regelt die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, die nach dem Tode oder zu Lebzeiten gespendet werden. Die Voraussetzungen für die Entnahme von Organen bei Verstorbenen und Lebenden sind in genauen Regeln festgelegt. Das Gesetz sieht eine strikte organisatorische und personelle Trennung der Bereiche Organ- und Gewebespende, Vermittlung und Transplantation vor und legt damit Zuständigkeiten eindeutig fest: Für die Koordinierung der Organspende ist die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) verantwortlich, die Stiftung Eurotransplant (ET) mit Sitz im niederländischen Leiden übernimmt die Vermittlung von Spenderorganen in den Beneluxstaaten, Deutschland, Österreich, Kroatien, Slowenien und Ungarn. Zwei Ärzte, die nicht an der Transplantation beteiligt sind, müssen unabhängig voneinander den Hirntod feststellen. Die Patienten werden in Wartelisten unter Berücksichtigung von Kriterien, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, aufgenommen. Die Vermittlung von Organen erfolgt insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit.

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Systems der Organvergabe

Im letzten Jahr wurde mit den gesetzlichen Änderungen des Transplantationsgesetzes eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, um das System der Organvergabe noch transparenter als bisher zu gestalten. Die nachfolgende Übersicht bietet eine Zusammenfassung wichtigster Maßnahmen.



2.1 Kontrolle der deutschen Transplantationszentren

- Das Transplantationsgesetz (TPG) sieht in den §§ 11 und 12 eine sogenannte Prüfungs- und eine Überwachungskommission vor. Diese Kontrollinstanzen haben das Recht, alle Transplantationszentren in Deutschland zu prüfen. Die Kommissionen werden durch unabhängige medizinische Experten unterstützt.

Überwachungskommission gemäß § 11 TPG

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben eine Kommission eingesetzt, die die Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtungen der Koordinierungsstelle „Deutsche Stiftung Organtransplantation“, der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser bei der Organspende überwacht.

- Die Koordinierungsstelle (DSO), die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, der Überwachungskommission alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission ist verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen das Transplantationsgesetz an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten. Dieses sind die Landesministerien, die Landesärztekammern und die Staatsanwaltschaften.

Prüfungskommission gemäß §12 TPG

Die Prüfungskommission wurde vom GKV-Spitzenverband, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft errichtet. Diese ist organisatorisch an die Bundesärztekammer angebunden. Die Kommission prüft das Allokationsverfahren (Vermittlungsentscheidung) der Vermittlungsstelle (Eurotransplant) und der Transplantationszentren. Die Vermittlungsstelle und die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Prüfungskommission die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission ist verpflichtet, alle Erkenntnisse über Verstöße bei der Vermittlungsentscheidung an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten. Die Prüfungskommission arbeitet selbstständig und unabhängig. Sie beruft für jede Amtsperiode zusätzliche ärztliche Sachverständige.

2.2 Einrichtung einer interdisziplinären Transplantationskonferenz an den Transplantationszentren

- Die Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung sind neu gefasst worden. Eine wesentliche Neuerung ist die Einrichtung interdisziplinärer und organspezifischer Transplantationskonferenzen.

- Die interdisziplinäre Transplantationskonferenz entscheidet
  - über die Aufnahme von Patientinnen und Patienten auf die Warteliste,
  - über die Führung der Warteliste
  - über die Abmeldung einer Patientin bzw. eines Patienten von der Warteliste.

- Die interdisziplinäre Transplantationskonferenz setzt sich aus mindestens drei Personen zusammen (Gewährleistung eines sogenannten mindestens Sechsaugenprinzips). Dabei ist eine medizinische Fachrichtung einzubeziehen, die keine Verbindung zur Transplantationsmedizin hat und direkt dem ärztlichen Direktor der Klinik untersteht. Die Mitglieder der Transplantationskonferenz zeichnen die Entscheidungen gemeinsam ab und dokumentieren diese. Die für die ordnungsgemäße Besetzung der interdisziplinären Transplantationskonferenz und Dokumentation der durch sie getroffenen Entscheidungen verantwortlichen Mitglieder des Transplantationszentrums sind der Vermittlungsstelle Eurotransplant namentlich zu benennen.

- Die Einrichtung der Transplantationskonferenz soll sicherstellen, dass Laborwerte nicht manipuliert werden können.

- Die Abläufe im Transplantationsprozess einschließlich des beschleunigten Vermittlungsverfahrens sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Sie sind der Transplantationskonferenz bekannt zu geben.

2.3 Verbesserung der Transparenz für die Öffentlichkeit

- Die Tätigkeitsberichte der Prüfungs- und der Überwachungskommissionen werden zukünftig unter Beachtung des Schutzes personenbezogener Daten und von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen regelmäßig der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Dies wird jährlich im Rahmen einer Pressekonferenz geschehen.

- Das Transplantationsgesetz (§ 16 TPG) verpflichtet die Bundesärztekammer, in Richtlinien den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu einzelnen Bereichen der Transplantationsmedizin festzustellen. Die Richtlinien werden von der „Ständigen Kommission Organtransplantation“ der Bundesärztekammer erarbeitet. Neben medizinischen Experten gehören ihr Juristen, Ethiker, Patienten, Angehörige von Organspendern sowie Vertreter der Koordinierungsstelle, der Vermittlungsstelle, des GKV-Spitzenverbandes, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bundes und der Länder an.
  Das Transplantationsgesetz sieht unter anderem Richtlinien vor für:
  - die Regeln zur Feststellung des Hirntodes
  - die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste (einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme.)
  - die Regeln zur Organvermittlung.

  Diese Richtlinien werden in einem transparenten Verfahren erlassen. Sie sind für die Öffentlichkeit zugänglich.

2.4 Einrichtung einer Meldestelle für Auffälligkeiten: „Vertrauensstelle Transplantationsmedizin“

- Die sogenannten TPG-Auftraggeber (GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft) haben eine unabhängige „Vertrauensstelle Transplantationsmedizin“ zur (auch anonymen) Meldung von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsrecht eingerichtet.

- Mit der Leitung der Vertrauensstelle wurde die Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof i. R. Frau Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan betraut.

- Aufgabe der Vertrauensstelle ist es, auf vertraulicher Basis Hinweise auf Unregelmäßigkeiten bzw. Informationen im Zusammenhang mit Auffälligkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und auf deren Klärung in Kooperation mit der Prüfungskommission und der Überwachungskommission hinzuwirken. Die Vertrauensstelle ist als Ansprechpartner unabhängig von den Strafverfolgungsbehörden.

Die „Vertrauensstelle Transplantationsmedizin“ ist postalisch unter

Vertrauensstelle Transplantationsmedizin
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

und per E-Mail über **vertrauensstelle_transplantationsmedizin@baek.de** zu erreichen.

2.5 Bestellung von Transplantationsbeauftragten

Seit 1. August 2012 sind nach § 9b Transplantationsgesetz alle Entnahmekrankenhäuser verpflichtet, Transplantationsbeauftragte zu bestellen. Diese sind insbesondere dafür verantwortlich, dass potentielle Organspender identifiziert und gemeldet und die Angehörigen von Spendern in angemessener Weise begleitet werden. Sie sorgen auch dafür, dass das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird und die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe in den Entnahmekrankenhäusern zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen festgelegt werden. Der Transplantationsbeauftragte ist in Erfüllung seiner Aufgaben unmittelbar der ärztlichen Leitung des Krankenhauses unterstellt. Er ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig und unterliegt keinen Weisungen. Die Transplantationsbeauftragten sind nur im Bereich der Spende tätig. Mit der Vermittlung der Organe sind sie nicht befasst.

2.6 Straftatbestand bei unrichtigen Angaben; Begründungspflicht des Richtliniengebers

Mit der weiteren Gesetzesänderung zum 1. August 2013 sind Konsequenzen aus den bekannt gewordenen Manipulationen an Patientendaten an einzelnen Transplantationszentren gezogen worden: Nun ist die unrichtige Erhebung und die unrichtige Dokumentation sowie die Übermittlung eines unrichtigen Gesundheitszustands in der Absicht, Patienten auf der Warteliste zu bevorzugen, auch als Urkundsdelikt strafbar. Ein Verstoß gegen dieses transplantationsgesetzliche Verbot wird je nach Schwere mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren oder mit einer Geldstrafe geahndet.

Zudem werden die Richtlinien der Bundesärztekammer einer Begründungspflicht unterworfen und unter den Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit gestellt. Dadurch werden die Richtlinien transparent und überprüfbar.

3. Organspende – wir stehen dafür!

Am Prozess der Organspende sind die unterschiedlichsten Organisationen und Personen beteiligt. Institutionen, die an der Richtlinienerstellung, der Koordinierung und Vermittlung von Organen, der Aufklärung über das Thema und an der Transplantation selbst beteiligt sind, sie alle stehen mit ihren Einrichtungen und ihren Namen für die Organspende.

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Organspende – ich habe mich entschieden, weil die Menschen auf der Warteliste nicht die Leidtragenden von Manipulationen bei Organvergaben sein dürfen. Für sie müssen wir alles daran setzen, dass viele Menschen gut informiert eine bewusste Entscheidung treffen können. Deshalb hat die BZgA ihr Informationsangebot zur Organspende ausgebaut und informiert über die Maßnahmen, die für mehr Sicherheit bei der Organspende sorgen. Eine Organspende kann Leben retten. Daher bitte ich jede Bürgerin und jeden Bürger, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen, eine Entscheidung zu treffen und einen Organspendeausweis auszufüllen. Die BZgA steht Ihnen für alle Fragen zur Verfügung!

Prof. Dr. Frank Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer

Organspende verdient Unterstützung, weil wir klar und eindeutig sehen, dass die von Selbstverwaltung und Gesetzgeber nach dem Transplantationsskandal ergriffenen Maßnahmen für mehr Kontrolle und Transparenz bei der Organvergabe greifen. Unter anderem haben wir das Mehraugenprinzip bei der Anmeldung von Wartelisten-Patienten eingeführt und die Befugnisse unserer Prüfungs- und Überwachungskommission erheblich ausgeweitet. Wir haben in den Kommissionen sehr erfahrene Prüfer, die die Abläufe in allen Transplantationszentren in Deutschland systematisch kontrollieren und Manipulationen aufdecken können. Tausende Patienten verdanken ihr Überleben der Transplantationsmedizin und der Bereitschaft von Menschen, Organe zu spenden. Diesen Menschen kann ich mit gutem Gewissen sagen: Nie war die Transplantationsmedizin sicherer als heute.

Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan
Leiterin der Meldestelle „Vertrauensstelle Transplantationsmedizin“

Organspende verdient Vertrauen, weil sie nach ihren gesetzlichen Voraussetzungen und Regeln den Prinzipien der Gerechtigkeit und der Chancengleichheit bei der Organzuteilung verpflichtet ist. Dass diese eingehalten werden, darüber wachen offizielle Einrichtungen und unabhängige Stellen, die mit verschärften Kontrollen und neuen Sicherheitsvorkehrungen auf die jüngst bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten bei Transplantationen in einigen wenigen Kliniken reagiert haben. Organspende ist wieder ein sicherer und erfolgversprechender Weg, um Leben zu retten.

Prof. Dr. Bruno Meiser
Präsident Eurotransplant

Organspende verdient Vertrauen und Unterstützung, weil Transplantationen für viele Patienten auf der Warteliste von lebensrettender Bedeutung sind. Eurotransplant kümmert sich um Patienten in acht europäischen Ländern und sorgt rund um die Uhr dafür, dass jedes transplantierbare Spenderorgan den dafür am besten geeigneten Empfänger erreicht. Die Verteilung erfolgt nach transparenten und objektiven Kriterien, wobei die Dringlichkeit und Erfolgsaussicht der Transplantation im Vordergrund stehen. Die auf gegenseitigem Vertrauen und Solidarität beruhende Kooperation zwischen den Eurotransplant-Ländern kommt allen Patienten, die auf eine Transplantation warten, zugute.

Dr. med. Axel Rahmel
Medizinischer Vorstand der Deutschen
Stiftung Organtransplantation (DSO)

Organspende verdient Vertrauen, denn sie läuft in Deutschland nach strengen Regeln ab. Unsere Aufgabe als Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist es, dem Willen des Verstorbenen zu folgen und alles zu tun, um diesen auch umzusetzen. Deshalb ist es wichtig, sich bereits zu Lebzeiten eine persönliche Meinung zur Organspende zu bilden. Die DSO empfiehlt, sich über Organspende umfassend zu informieren, mit den Angehörigen darüber zu sprechen und dann das JA oder NEIN zur Organspende zu dokumentieren. Unser Dank gilt den Organspendern und deren Familien, die sich für eine Organspende entschieden haben und all jenen Menschen, die sich Tag für Tag voller Engagement für die Organspende und Transplantation einsetzen. Durch sie erhalten die Patienten auf der Warteliste eine neue Lebenschance.

Wolfgang Beielstein, Wartelistenpatient

Organspende verdient Unterstützung, weil sie vielen Patienten die einzige Gelegenheit bietet, ihr Leben fortzusetzen und ihre Träume zu verwirklichen.

Peter Fricke
1. Vorsitzender Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO)

Organspende verdient Vertrauen, weil Organspende Menschenleben rettet. Organspende ist in der heutigen Zeit ein Teil von Verantwortung und Nächstenliebe gegenüber seinen Mitmenschen. Immer mehr Menschen kommen heute in die Situation ein Organ zu brauchen. Da kann sich auch keiner von ausschließen, nicht selbst in diese Situation zu kommen. An seinem eigenen Beispiel sollte jeder entscheiden, ob er für oder gegen Organspende ist. Wenn er selbst ein Organ braucht und es nimmt dann muss er auch zur Organspende „Ja“ sagen. Als Vorsitzender des Bundesverbandes der Organtransplantierten e. V. bin ich davon überzeugt, dass es in Deutschland eine sichere Organspende gibt und kein Mensch mehr Angst haben muss. Daher fordere ich alle Bürger auf, „**retten Sie Menschenleben**“, vielleicht wird Ihres dadurch auch einmal gerettet.

Jutta Riemer
1. Vorsitzende Lebertransplantierte Deutschland e. V.

Organspende verdient Vertrauen, weil Organspende Lebensjahre und Familienglück schenkt. Das geschieht täglich an vielen Transplantationszentren. Organspende und Transplantation gehören zusammen. Jeder Bürger sollte seine Entscheidung zur Organspende auch unter dem Aspekt treffen, dass er selbst oder ein geliebtes Familienmitglied vielleicht einmal auf eine lebensrettende Transplantation angewiesen sein könnte. Die mehr als Zehntausend schwerkranken Menschen in Deutschland, die auf eine Transplantation warten, setzen große Hoffnung auf das Vertrauen der Menschen in die Abläufe der Organspende und Transplantation.

Das Foto entstand im Rahmen der Mitgliederversammlung und Jahrestagung der Lebertransplantierten Deutschland e. V. am 9.März 2013 in Hannover.
603 geschenkte Lebensjahre durch Organspende.

4. Geschichten vom Leben und vom Leben geben

4.1 Wolfgang Beielstein wartet auf eine Spenderlunge

Wolfgang Beielstein lebt mit seiner Frau Christiane in Hückeswagen. Das Ehepaar hat zwei erwachsene Kinder und einen fünfjährigen Enkel.

- Geboren am 3. Januar 1957
- Auf der Warteliste seit August 2011

Wolfgang Beielstein ist Organpate, weil er ein Stück seiner Freiheit zurückgewinnen möchte.

Niemand schränkt sich gerne ein. Doch wer mitten im Leben steht und viel Verantwortung trägt, dem fällt es besonders schwer, mehrere Gänge zurückzuschalten. Wolfgang Beielstein hat eine Weile gebraucht, um diese Entwicklung zu akzeptieren. Bis es soweit war,

durchlief er einen Prozess voll schmerzlicher Veränderungen. Seit 2004 leidet er an COPD. Die vier Buchstaben stehen für Chronic Obstructive Pulmonary Disease, eine Lungenerkrankung, die bei den Betroffenen sehr unterschiedlich verlaufen kann. COPD führt generell dazu, dass sich die Atemwege verengen und das Ausatmen zunehmend schwerer fällt. Die Krankheitsschübe verlaufen individuell. Die Mediziner sprechen jedoch in allen Fällen von einer kontinuierlichen Abwärtsspirale.

Keine Schwäche zeigen

„Ich habe auf Baustellen gearbeitet und Fenster eingesetzt“, sagt Beielstein. Diese Arbeit erfordert viel Kraft. Der gelernte Schreiner stand mit beiden Beinen im Leben. Auch zu Hause hat sich der zweifache Vater um vieles gekümmert: Wenn Tochter Ina oder Sohn Markus einen Termin hatten, zum Schwimmen oder Handball mussten, stand er stets bereit, um sie zu fahren. Sobald im Garten gepflanzt, der Keller aufgeräumt oder in der Wohnung etwas repariert werden musste, war Wolfgang Beielstein zur Stelle – ein typischer Macher und starker Familienmensch, auf den sich alle verlassen konnten.

„Als mein Mann schon nach wenigen Treppenstufen außer Atem geriet, haben wir zunächst gedacht, es handle sich um eine Erkältung“, erinnert sich Ehefrau Christiane an die ersten Anzeichen der Krankheit. Erst der Lungenfacharzt stellt die Diagnose COPD. Davon möchte sich anfangs weder der Patient noch seine Familie beeinflussen lassen. Das Leben soll möglichst uneingeschränkt weitergehen, was zunächst auch funktioniert.

„Ich konnte die Erkrankung anfangs gut verdrängen“, blickt Wolfgang Beielstein zurück. Eine Schwäche passt nicht zu seinem bis dato so quirligen Leben. Die schwere Arbeit auf der Baustelle muss Wolfgang Beielstein allerdings bald einstellen und wechselt in den Versand. Die Familie führt den starken Husten, den Gewichtsverlust und auch das schlechte Aussehen auf den beruflichen Stress zurück. Die Folgen der Krankheit unterschätzen die Beielsteins zu diesem Zeitpunkt noch.

Traurige Aufklärung in der Uniklinik Gießen

In den folgenden Jahren verschlechtert sich der Zustand jedoch weiter. Die Arbeit muss Wolfgang Beielstein letztlich aufgeben. Christiane Beielstein forciert einen Arztwechsel. Der

neue Arzt empfiehlt, sich in der Uniklinik Gießen untersuchen zu lassen. Erst dort erfahren Wolfgang und Christiane Beielstein, was die Diagnose COPD genau bedeutet und welche Konsequenzen sie nach sich zieht. Ihnen wird zudem bewusst, wie weit die Krankheit bereits fortgeschritten ist. Operationsmöglichkeiten, die inzwischen möglich sind, um COPD-Patienten eine gewisse Erleichterung zu verschaffen, kommen nicht mehr infrage. Es heißt, die Krankheit habe bereits ihr Endstadium erreicht.

„Die Möglichkeit, dass mein Mann diese Krankheit nicht überlebt, haben wir erst nach einer gründlichen Untersuchung in Gießen realisiert“, sagt Christiane Beielstein. Mit Medikamenten lassen sich die Symptome nicht mehr dauerhaft behandeln. Im August 2011 kommt Wolfgang Beielstein daher auf die Warteliste. Seitdem hofft er darauf, sein Leben durch die Transplantation einer Lunge retten zu können. Doch die Zeit wird knapp. Der Zustand verschlechtert sich weiter. Im vergangenen Jahr konnte Wolfgang Beielstein noch mit dem Hund spazieren gehen. Daran ist inzwischen nicht mehr zu denken. Die Lebensqualität hat sich während der vergangenen Monate noch einmal verringert.

Stetiger Verlust an Lebensqualität

Der 56-Jährige ist mittlerweile bei vielen Aufgaben des täglichen Lebens auf die Fürsorge seiner Frau angewiesen. Das morgendliche Prozedere – duschen, rasieren und anziehen – sind für gesunde Menschen Routineabläufe, die kaum mehr als eine Viertelstunde dauern. Wolfgang Beielstein braucht dafür fast anderthalb Stunden. Für ihn ist jede noch so kleine Tätigkeit inzwischen eine große Anstrengung.

Das Lungenvolumen beträgt nur noch 25 Prozent, Wolfgang Beielstein wird rund um die Uhr beatmet und kann nachts nicht mehr auf eine Schlafmaske verzichten. Inzwischen sind beide Achillessehnen durch die Einnahme starker Antibiotika gegen mehrere grippale Infekte gerissen. Er muss daher orthopädische Schuhe tragen und ist auf einen Rollstuhl sowie einen Rollator angewiesen.

Große Sauerstoffflaschen sind zu ständigen Begleitern geworden. Der Patient muss sechs bis sieben Mal täglich inhalieren. Treppensteigen kommt für Wolfgang Beielstein kaum noch infrage. Das gesamte gesellschaftliche Leben ist eingeschränkt und der Radius, in dem sich der Erkrankte bewegen kann, wird immer kleiner.

Die Seele leidet mit

Die Kinder sehen, wie die Krankheit ihrem Vater mehr und mehr zusetzt. Für die Eheleute entwickelt sich der Umgang mit der Situation zuweilen zu einer Zerreißprobe. „Ich will immer nur helfen, aber mein Mann möchte weiterhin selber möglichst aktiv sein. Er mag sich nicht alles aus der Hand nehmen lassen“, berichtet Christiane Beielstein. Daraus resultieren Konflikte. Die Krankheit entwickelt sich daher auch zu einer psychischen Belastung für die gesamte Familie, die das übrige Leben mehr und mehr dominiert.

Ein Teil davon hat sich mittlerweile in die Uniklinik Gießen verlagert. Hier fühlt sich Wolfgang Beielstein sehr gut betreut. Alle zwölf Wochen verbringt er dort fünf Tage, in denen alle Untersuchungen stationär durchgeführt werden, die für die Vorbereitung einer Transplantation wichtig sind. Die aktuellen Werte werden dann sofort an Eurotransplant übermittelt. Die Stiftung mit Sitz im niederländischen Leiden übernimmt die Vermittlung von Spenderorganen in den Beneluxstaaten, Deutschland, Österreich, Kroatien, Slowenien und Ungarn.

Alle Vorbereitungen sind getroffen

Die Beielsteins haben eine Notfallhandynummer, unter der sie die Klinik rund um die Uhr erreichen können, sofern sie Fragen haben oder ein Notfall eintritt. Die Betreuung in Gießen ist sehr gut. Den Kontakt zu den Pflegern, zu den Krankenschwestern und auch zu den behandelnden Ärzten bezeichnet Wolfgang Beielstein fast schon als familiär.

Sämtliche Formalitäten, die eine Transplantation erfordert, sind bereits abgeschlossen. „Wir warten nur noch auf das passende Organ, aber das fehlt leider“, sagt Christiane Beielstein. Die Wartezeit dauert nun anderthalb Jahre. In dieser Zeit gab es Phasen, in denen der Optimismus sehr groß war, dass bald ein geeignetes Organ zur Verfügung steht. Aber es gab auch immer wieder Momente, in denen die Hoffnung schwand und die Überforderung greifbar war.

Manchmal sind die Zweifel größer und die Fragen wirken bedrückend: Wie lange darf es dauern, bis ein passendes Organ gefunden wird? Ist Wolfgang Beielstein dann noch in der Verfassung, die eine Transplantation möglich macht? Doch trotz aller Bedenken wünscht sich Wolfgang Beielstein nichts sehnlicher als eine erfolgreiche Transplantation.

„Wir hatten andere Vorstellungen von unserer Zukunft und so viele Pläne für die Zeit nach dem Auszug der Kinder“, sagt Christiane Beielstein. „Augenblicklich scheitert es an dem Fehlen eines Organs. Wir wissen, dass unser Leben auch danach nie wieder so sein wird wie vor dem Ausbruch der Krankheit. Mein Mann wird Medikamente nehmen müssen, aber wir hätten eine neue Chance, wären freier, und mein Mann wäre ohne Luftnot.“

In guten wie in schlechten Zeiten

Die Beielsteins haben auch positive Erfahrungen gemacht, die ihnen Mut machen. Die Nachbarn wissen um die gesundheitliche Situation und bieten stets ihre Hilfe an. Eine Mitbewohnerin aus dem Mehrfamilienhaus, in dem die Beielsteins leben, hat mit ihnen die Wohnung getauscht. Christiane und Wolfgang Beielstein konnten deshalb ins Erdgeschoss ziehen. Die Mieterin muss durch den Wohnungstausch nun sogar mehr Miete zahlen, hält ihr Entgegenkommen aber für selbstverständlich. Das werden die Beielsteins ihr nie vergessen.

Unersetzlich ist das starke Zusammengehörigkeitsgefühl zwischen den Eheleuten. „Die schwierige Situation hat uns noch mehr zusammengeschweißt. Wir wissen in jeder Sekunde, warum wir seit 33 Jahren miteinander verheiratet sind“, sagen beide unisono.

Aus diesen positiven Signalen und Erkenntnissen zieht Wolfgang Beielstein viel Kraft. Nicht zuletzt deshalb lohnt es sich für ihn weiterzukämpfen, auf eine erfolgreiche Transplantation zu hoffen und einen großen Traum zu realisieren: „Mit 66 Jahren möchte ich den Motorradführerschein gemacht haben und mit meiner Maschine die Alpen überqueren“, sagt er voller Zuversicht.

4.2 Marilen Feichtinger hat die Organe ihres Mannes zur Spende freigegeben und damit mehreren Menschen die Chance auf ein neues Leben eröffnet

Detlef Feichtinger

- Geboren am 31. März 1946
- Organspender am 14. August 2007

„Das ist unsere Geschichte“, sagt die Ehefrau Marilen Feichtinger

Marilen Feichtinger ist Organpatin, weil sie denkt, dass das Sterben ihres Mannes doch einen Sinn haben muss.

Donaueschingen – Anfang August 2007: Bei Familie Feichtinger ist alles in bester Ordnung. Die Eltern Marilen und Detlef planen einen Ausflug mit Freunden an den Bodensee. Die Söhne Tobias, Fabian und Simon kommen übers Wochenende nach Hause zum Wäschewaschen und Freunde treffen, darauf freuen sich die Studenten schon seit Langem.

Dann kommt alles anders: Plötzlich erleidet Detlef Feichtinger Hirnblutungen. Neun Tage kämpfen die Ärzte auf der Intensivstation im Bundeswehrkrankenhaus in Ulm um sein Leben. Die Familie ist bestürzt. Marilen Feichtinger erinnert sich: „Wir wechselten uns an seinem Bett ab, wir waren immer zu zweit, zu dritt bei ihm, hielten seine Hand, flehten: Bitte, mach Deine Augen auf – komm zu uns zurück – wir brauchen Dich – wir haben Dich lieb!“ Doch alle Therapieversuche sind vergebens. Der behandelnde Arzt eröffnet die schreckliche Diagnose: „Ihr Mann wird nicht überleben. Der Durchblutungsausfall hat einen großflächigen Hirninfarkt ausgelöst, und wir befürchten den Hirntod.“

Am 13. August 2007 stirbt Detlef Feichtinger mit 61 Jahren.

„Ein tiefes schwarzes Loch tut sich auf – das kann und darf doch nicht sein! Mitten aus dem Leben. Warum gerade er? Wie können wir das ertragen? Mein Mann, unser Vater ist tot?!“, erzählt Marilen Feichtinger. Die Söhne, die Ehefrau, seine beiden Brüder und die Schwägerinnen stehen unter Schock.

Die Entscheidung zur Organspende

Behutsam und mitfühlend spricht der Arzt mit der Ehefrau und den Söhnen über eine mögliche Organspende. Er sagt: „Lassen Sie sich Zeit, sprechen Sie miteinander darüber.“ Die Ärzte beantworten alle Fragen der Familie. Sie möchten wissen, wie die Organspende ablaufen wird. Und wieso Detlef künstlich beatmet wird, obwohl er doch bereits verstorben ist. Der Krankenhausarzt und ein Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) erklären den Ablauf der Operation zur Entnahme der Organe. Und weisen darauf hin, dass der tote Ehemann und Vater bis zu den Hirnblutungen bei guter Gesundheit gewesen sei, sodass die Organe sehr wahrscheinlich für schwerkranke Menschen nützlich sein können.

Schon nach einer Stunde Bedenkzeit und ernsten Gesprächen steht fest: Marilen Feichtinger wird als nächste Angehörige von Detlef Feichtinger einer Organspende zustimmen. Gemeinsam mit den Söhnen hat sie diese Entscheidung getroffen, wohl wissend, dass der Verstorbene ein sehr sozialer Mensch war, der gerne geholfen hat und gerne sein Leben mit anderen geteilt hat.

„Einen Sinn musste dieses Sterben doch haben“, so empfindet sie es heute noch. Und weiter: „Mein Mann besaß zwar keinen Spenderausweis, aber wir hatten gerade in letzter Zeit hin und wieder über das Thema Organspende gesprochen. Ich hege überhaupt keine Zweifel, im Sinne meines Mannes entschieden zu haben. Wir und alle, die ihn kannten, schätzten ihn als ungemein lebensbejahenden, großherzigen, verständnisvollen und gutmütigen Menschen, dem das Wohl des Nächsten immer ganz besonders am Herzen lag. Für mich war, trotz all dem Schmerz und Leid, die Hoffnung tröstlich, dass Menschen durch die Organspende meines Mannes lebenswertere Lebenszeit geschenkt werden konnte.“

Abschied

Die Familie verabschiedet sich vom Vater bei einem gemeinsam gebeteten ‚Vaterunser‘ Hand in Hand. Bis zur Organentnahme am anderen Morgen bleiben sie alle bei ihm. Sie beten, weinen, lachen und erinnern sich an die schöne Zeit mit ihm. Dann ist für die Frau und die Söhne der richtige Zeitpunkt gekommen „Adieu“ zu sagen.

Der Leichnam von Detlef Feichtinger wird eingeäschert. Vier Tage später ist die Beerdigung auf dem heimischen Friedhof in Donaueschingen.

Eine gute Entscheidung

Marilen Feichtinger ist eine fröhliche und gesellige Frau, die die Musik liebt. Sie berichtet in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, aber auch bei Gottesdiensten zum ‚Tag der Organspende‘ über ihre Erlebnisse. Wenn sie spricht, merkt jeder, dass sie damals für ihren Mann eine richtige Entscheidung getroffen hat, die sie heute wieder genauso treffen würde. Seit diesem Tag hat jeder in der Familie einen Organspendeausweis in der Tasche.

Über die DSO nahm Marilen Feichtinger anonym Kontakt zu den Organempfängern auf. Ein junger Familienvater hat zurückgeschrieben und erzählt, dass er durch die schwere Erkrankung arbeitslos geworden war, doch nun, dank der Transplantation, kann er wieder zum Familieneinkommen beitragen. „Das ist einfach gigantisch“, sagt sie voller Freude.

4.3 Alexandra Meyer-Holtkamp wurde durch die Spende einer Leber ein neues Leben geschenkt

Alexandra Meyer-Holtkamp

- geboren am 8. Juni 1974
- Lebertransplantation am 10. Juli 1991

Alexandra Meyer-Holtkamp lebt mit ihrem Mann und ihren beiden Töchtern in Hannover.

Alexandra Meyer-Holtkamp ist Organpatin, weil sie ihr Leben genießen kann.

An die hohen Hürden, die Alexandra Meyer-Holtkamp überwinden musste, um ihre Wünsche zu verwirklichen, erinnert nur wenig. Eine große Portion Mut und Entschlossenheit haben ihr dabei geholfen. Die 37-Jährige ist heute eine glücklich verheiratete Mutter von zwei kleinen Töchtern und steht mitten im Berufsleben. Dieses Leben, das auf den ersten Blick völlig normal erscheint, hing mehrmals am seidenen Faden.

Alexandra ist elf Jahre, als die ersten Anzeichen einer tückischen Krankheit auftauchen. Im Krankenhaus sollen die Mandeln entfernt werden. Bei einer Blutuntersuchung stellen die Ärzte erhöhte Leberwerte fest. Obwohl die geplante Operation aufgrund des Befundes nicht durchgeführt werden kann, verfolgen die Ärzte die Ursachen nicht weiter. Bis heute bleibt es für Alexandra Meyer-Holtkamp ein Rätsel, warum die Mediziner dem auffälligen Befund nicht auf den Grund gegangen sind. „Es gab damals die große Chance, meine Leber zu retten. Eine Zinktherapie hätte wahrscheinlich dazu beigetragen, dass sie sich wieder regeneriert."

Eine tückische Krankheit

Die Auswirkungen der Krankheit zeigen sich vier Jahre später. „Ich war damals ständig müde und hatte häufig einen metallischen Geschmack im Mund", erinnert sich Alexandra. Der Hausarzt verschreibt Medikamente gegen Sodbrennen. Wieder verrinnt wertvolle Zeit. Anderthalb Jahre später bricht die damals 17-Jährige zusammen, ihre Leber versagt, und sie fällt für drei Tage ins Koma. In der Medizinischen Hochschule Hannover wird die junge Patientin stabilisiert. Erst jetzt wird die Krankheit eindeutig festgestellt: Alexandra Meyer-Holtkamp leidet an Morbus Wilson, einer extrem seltenen und äußerst tückischen Krankheit, die schwer zu diagnostizieren ist.

Die Leber ist zu diesem Zeitpunkt bereits zerstört. Die Ärzte sprechen davon, dass Alexandra innerhalb der nächsten vierzehn Tage eine Spenderleber benötige, um zu überleben. Ihr Name erscheint auf der Warteliste mit der höchsten Dringlichkeitsstufe. „Ich habe die Situation damals unterschätzt und dachte, es bleibt noch genügend Zeit, um ein passendes Organ zu finden", sagt Alexandra.

24 Stunden auf der Warteliste

Tatsächlich hat sie großes Glück. Denn 24 Stunden später ist eine geeignete Spenderleber gefunden. Die Transplantation verläuft erfolgreich. „Es war eine schwere Operation, und ich kann mich bis heute an die Schmerzen erinnern, doch die Heilung verlief optimal", blickt Alexandra Meyer-Holtkamp zurück. Drei Wochen nach dem Eingriff verlässt sie die Klinik. „Ich wollte ganz schnell wieder auf die Beine. Die anschließende Reha habe ich nach zwei

Wochen beendet. Als Teenager ist man ungeduldig, und ich wollte lieber heute als morgen zurück in die Normalität."

Die Regeneration gelingt im Rekordtempo. „Ich habe bald wieder am Sportunterricht teilgenommen. Auf die Narbe musste ich noch ein wenig aufpassen, aber ansonsten gab es keine Einschränkungen."

Zwei Jahre nach der Transplantation macht Alexandra ihr Abitur. Anschließend absolviert sie zunächst eine Ausbildung zur Bauzeichnerin und studiert später Architektur in Hildesheim. Ihr Studium schließt sie 2002 ab. Die berufliche Laufbahn beginnt in einem Architekturbüro in Hannover und Hamburg. Nach einer weiteren Ausbildung zur Beamtin ist Alexandra Meyer-Holtkamp mittlerweile im öffentlichen Dienst angestellt.

Leonie und Laura

Noch wichtiger als die berufliche Verwirklichung ist die Familie, die seit der Geburt von Laura vor drei Jahren vollständig ist. Bereits 2005 wurde Lauras ältere Schwester Leonie geboren. Die beiden Mädchen runden das Familienglück ab. Doch selbstverständlich war die Verwirklichung dieses Traums nicht. Als Lebertransplantierte ein Kind zu bekommen, ist ein großes Glück.

„Als mein Kinderwunsch wuchs, habe ich mit meinem betreuenden Arzt an der Medizinischen Hochschule in Hannover über die medizinischen Voraussetzungen gesprochen. Er hat mir die Risiken offen dargelegt." Die Empfängnisfähigkeit von transplantierten Frauen ist generell eingeschränkt, das Abstoßungsrisiko höher und der Embryo entwickelt sich in der Regel verlangsamt. Doch das Wissen um die Gefahren haben Alexandra und ihren Mann nicht davon abhalten können, ihren Wunsch zu verfolgen.

Bis zur Geburt von Leonie vergehen schwierige Monate. Die werdende Mutter leidet unter Bluthochdruck. Die Medikamente, die sie einnehmen muss, verschlimmern die Beschwerden, und darüber hinaus ist Leonie unterversorgt. Die Prognosen der Ärzte sind zwischenzeitlich sehr pessimistisch. Alexandra Meyer-Holtkamp durchlebt eine kritische Zeit.

Nur ein Pfund, aber kerngesund

Leonie wird sehr früh geboren und wiegt nur 495 Gramm, doch sie ist gesund und übersteht ihre erste Lebensphase ohne Komplikationen. Auch wenn die Ärzte anschließend vor einer zweiten Schwangerschaft warnen, entscheidet sich Alexandra drei Jahre später für ein zweites Kind. Die Schwangerschaft verläuft dieses Mal ohne Komplikationen.

Inzwischen besucht Leonie den Kindergarten und Laura den Spielkreis. So bleibt Alexandra Meyer-Holtkamp neben Familie und Beruf auch Zeit für sich. „Vor der Geburt meiner Töchter bin ich viel geritten. Das ist heute passé. Dafür betreibe ich seit vielen Jahren irischen Stepptanz – ein toller Ausgleich, der mir sehr viel Spaß bereitet."

Für Alexandra Meyer-Holtkamp hat sich alles gut entwickelt. Sie führt ein rundum zufriedenes Leben. An die Transplantation erinnern lediglich die Medikamente, die sie gegen eine Abstoßung ihrer Leber einnehmen muss. Allerdings wird ihr immer bewusst bleiben, dass sie mehrmals eine große Portion Glück gehabt hat, um dort anzukommen, wo sie heute ist.

5. Die häufigsten Fragen und Antworten zur Organspende

In der Frage für oder gegen eine Organspende gibt es kein „Richtig“ oder „Falsch“. Sie können diese Frage nur für sich persönlich beantworten, und niemand hat das Recht, die Entscheidung zu kritisieren.

Wichtig ist, dass Sie selbst zu einer Entscheidung kommen, diese in einem Organspendeausweis festhalten und mit Ihren Angehörigen darüber sprechen.

Die folgenden Fragen und Antworten greifen die am häufigsten gestellten Fragen zur Organspende auf und bieten eine Grundlage, um sich mit der eigenen Spendenbereitschaft auseinanderzusetzen.

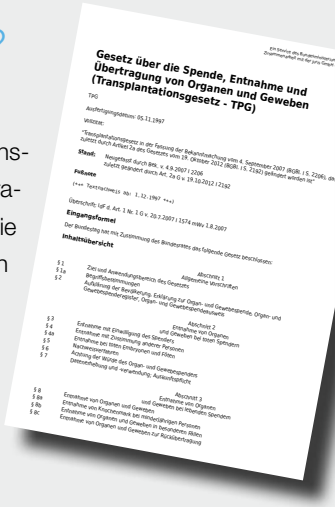
Was ist eine Organtransplantation?

Dabei handelt es sich um die Übertragung von funktionstüchtigen Organen einer verstorbenen Person auf einen schwer kranken Menschen. Ziel einer solchen Operation ist es, mithilfe der übertragenen Organe der erkrankten Person die verloren gegangenen Funktionen der eigenen, unheilbar geschädigten Organe wiederzugeben. In einzelnen Fällen kommt eine Spende von Organen oder Organteilen zu Lebzeiten infrage. Das gilt für die Niere und – seltener – einen Teil der Leber. Eine gesunde Person kann mit nur einer Niere ein vollkommen normales Leben führen. Dennoch muss eine Lebendspende sehr sorgfältig abgewogen werden. Wie jede andere Operation stellt auch eine Organentnahme für den Spender ein medizinisches Risiko dar.

Welche Organe können gespendet werden?

Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und Darm können nach dem Tod (postmortal) gespendet werden.

Ist die Organspende gesetzlich geregelt?



Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG)

TPG

Ausfertigungsdatum: 05.11.1997

Vollzitat:

"Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 4.9.2007 I 2206

zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 19.10.2012 I 2192

Fußnote

(+++ Textnachweis Ab: 1.12.1997 +++)

Überschrift: idF d. Art. 1 Nr. 1 G v. 20.7.2007 I 1574 mWv 1.8.2007

Eingangsformel

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

§ 1 Zweck und Anwendungsbereich des Gesetzes — Abschnitt 1 Allgemeine Vorschriften
§ 1a Begriffsbestimmungen
§ 2 Aufklärung der Bevölkerung; Erklärung zur Organ- und Gewebespende, Organ- und Gewebespendeausweis

§ 3 Zulässigkeit der Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern — Abschnitt 2 Entnahme von Organen und Geweben
§ 4 Entnahme mit Einwilligung des Spenders
§ 4a Entnahme mit Zustimmung anderer Personen
§ 5 Entnahme bei toten Embryonen und Föten
§ 6 Nachweispflichten
§ 7 Ächtung der Würde des Organ- und Gewebespenders; Datenschutz und -verwendung; Aufklärungspflicht

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben — Abschnitt 3 Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern
§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen
§ 8b Entnahme von Organen und Geweben bei nichtregenerierungsfähigen Geweben
§ 8c Entnahme von Organen und Geweben zur Rückübertragung

Ist die Organspende gesetzlich geregelt?

Das 1997 verabschiedete und 2013 zuletzt geänderte Transplantationsgesetz (TPG) regelt die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen. In Deutschland gilt seit dem 1. November 2012 die sog. Entscheidungslösung, die eine Weiterentwicklung der bis dahin geltenden erweiterten Zustimmungslösung darstellt.

Was bedeutet die Umsetzung der Entscheidungslösung für die Bürgerinnen und Bürger?

Ziel der Entscheidungslösung ist die Förderung der Organspendebereitschaft, um mehr Menschen die Chance zu geben, ein lebensrettendes Organ erhalten zu können. Dies soll durch eine neutrale und ergebnisoffene Information aller Bürgerinnen und Bürger erfolgen; jede Bürgerin und jeder Bürger soll regelmäßig in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage der eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und seine Entscheidung auch zu dokumentieren. Daher wird jede krankenversicherte Person, die das 16. Lebensjahr vollendet hat, zukünftig von ihrer Krankenkasse bzw. ihrem Versicherungsunternehmen wiederholt angeschrieben und zu einer freiwilligen Entscheidung zur Organ- und Gewebespende angeregt – was entweder ein Ja, ein Nein, ein Ja mit Einschränkungen oder eine Übertragung der Entscheidung auf eine andere Person sein kann. Um diese Entscheidung dokumentieren zu können, stellen die Krankenkassen bzw. Versicherungsunternehmen kostenlos Organspendeausweise zur Verfügung.

Wird die Entscheidung von den Krankenkassen registriert?

Nein. Zum jetzigen Zeitpunkt werden die Versicherten lediglich zu einer Entscheidung motiviert. Eine getroffene Entscheidung wird weder durch die Krankenkassen noch durch die Versicherungsunternehmen erfasst. Es gibt kein Register, in dem die Entscheidungen der Bürgerinnen und Bürger erfasst werden.

Langfristig ist eine Speicherung der Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende auf der elektronischen Gesundheitskarte geplant.

Auch nach den Änderungen im Transplantationsgesetz behalten die bisherigen Organspendeausweise ihre Gültigkeit und können – sofern sich der eigene Wille nicht geändert hat – weiter verwendet werden.

Muss man sich entscheiden?

Nein. Es gibt keinen Zwang, eine Entscheidung zu treffen. Man sollte sich aber darüber im Klaren sein, dass das Nichttreffen einer Entscheidung dazu führt, dass im Fall der Fälle die Angehörigen mit dieser Frage belastet werden.

Was ist ein Organspendeausweis?

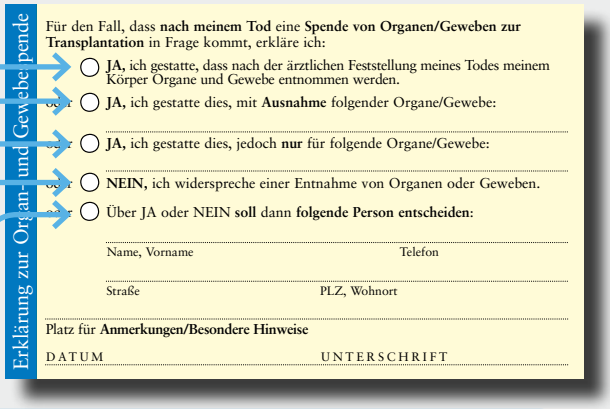
Der Organspendeausweis ist ein offizielles Dokument und rechtlich gültig. Er dient dazu, seine persönliche Entscheidung zur Organ- und Gewebespende schriftlich zu dokumentieren. Der Organspendeausweis stellt sicher, dass der eigene Wille wirklich umgesetzt werden kann. Es empfiehlt sich den Organspendeausweis bei den Personalpapieren mitzutragen. Bitte informieren Sie auch immer Ihre Angehörigen über Ihre Entscheidung und teilen ihnen mit, wo Sie den Organspendeausweis aufbewahren.

Hier tragen Sie Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift ein.

Mit der Wahl dieser Möglichkeit beschränken Sie die Entnahme auf bestimmte Organe/Gewebe. Diese müssen Sie benennen.

Mit der Wahl dieser Möglichkeit schließen Sie bestimmte Organe/Gewebe von der Entnahme aus. Diese Organe/Gewebe müssen Sie benennen.

Wenn Sie diese Möglichkeit ankreuzen, stimmen Sie einer Entnahme von Organen und Geweben uneingeschränkt zu. Eine Zustimmung kann ab dem 16. Lebensjahr erfolgen.



Wenn Sie diese Möglichkeit ankreuzen, lehnen Sie eine Entnahme von Organen/Geweben ab. Ein Widerspruch kann ab dem 14. Lebensjahr erfolgen.

Wenn Sie diese Möglichkeit ankreuzen, übertragen Sie die Entscheidung auf eine andere Person, deren Namen Sie angeben müssen. Bitte informieren Sie diese Person hierüber. Es ist sinnvoll, die Kontaktdaten dieser Person beim Organspendeausweis zu tragen.

Damit der Organspendeausweis gültig ist, müssen Sie ihn unterschreiben. Außerdem ist das Datum anzugeben.

Wie kann die Entscheidung zur Organ- und Gewebespende bei der Patientenverfügung berücksichtigt werden?

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, was medizinisch unternommen bzw. abgelehnt werden soll, wenn die unterzeichnende Person nicht mehr entscheidungsfähig ist.

Eine Patientenverfügung kann auch dazu genutzt werden, eine Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende zu dokumentieren. Hierzu wird folgende Formulierung empfohlen:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Weitere Informationen zur Patientenverfügung finden Sie in der vom Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre: „Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?“.

Kann die Entscheidung zur Organ- und Gewebespende geändert werden?

Ja. Wer die eigene Entscheidung zur Organ- und Gewebespende geändert hat, muss lediglich den Organspendeausweis, in dem der erklärte Wille dokumentiert war, vernichten. Auf einem neuen Ausweis sollte dann die geänderte Entscheidung festgehalten werden. Damit auch die Angehörigen diesen erklärten Willen kennen, sollte mit ihnen darüber gesprochen werden.

Wann dürfen Organe entnommen werden?

Für eine Organentnahme müssen zwei Voraussetzungen geklärt sein:

1. Es muss eine Einwilligung zur Organentnahme vorliegen und 2. der Hirntod muss zweifelsfrei nach den Richtlinien der Bundesärztekammer diagnostiziert worden sein.

Die Einwilligung zur Organentnahme kann entweder mündlich oder schriftlich durch die verstorbene Person zu Lebzeiten, z. B. mittels eines Organspendeausweises oder einer Patientenverfügung, erfolgt sein. Ist keine Entscheidung der verstorbenen Person bekannt, entscheiden die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen dieser Person. Lässt sich der mutmaßliche Wille nicht feststellen, entscheiden die Angehörigen nach ihrer eigenen Auffassung.

Um die Angehörigen von dieser schweren Entscheidung in einer emotional sehr belastenden Situation zu befreien, sollte jeder Mensch zu Lebzeiten eine Entscheidung treffen und diese den Angehörigen mitteilen.

Wenn man sich im Organspendeausweis zu einer Organspende nach dem Tod bereit erklärt hat, wird man dann nicht zu früh für tot erklärt? Wird dann im Fall der Fälle wirklich noch alles medizinisch Machbare getan, um das Leben zu retten?

Das oberste Ziel der Ärzteschaft und aller medizinischen Maßnahmen ist es, das Leben der Patientin oder des Patienten zu retten. Manchmal kommt jedoch jede Hilfe zu spät. Die Krankheit oder Unfallfolgen haben das Gehirn so schwer geschädigt, dass auch mit allen intensivmedizinischen Maßnahmen eine Lebensrettung nicht möglich ist. Sollte dies der Fall sein, stellt sich die Frage einer Organspende. Hierfür muss der Tod durch den Nachweis des Ausfalls aller Hirnfunktionen festgestellt werden. Die Sicherheit der Diagnose basiert auf einem dreistufigen Untersuchungsschema sowie speziellen Anforderungen an die Qualifikation, Neutralität und Zahl der untersuchenden Ärztinnen bzw. Ärzte. Die Feststellung des Hirntodes darf nur von Ärztinnen bzw. Ärzten vorgenommen werden, die in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen erfahren sind. Spezielle Richtlinien der Bundesärztekammer schreiben dies vor. Um einen Interessenskonflikt auszuschließen, dürfen diese Ärzte außerdem nicht selbst an der Organentnahme oder der Transplantation beteiligt sein.

Was genau ist der Hirntod, und wie wird dieser festgestellt?

Für eine Organspende kommen in Deutschland nur Menschen in Frage, die am Hirntod verstorben sind. Von rund 400.000 Menschen, die jedes Jahr in Kliniken versterben, trifft dies bei ca. einem Prozent zu.

Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist der Hirntod definiert als „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Groß- und Kleinhirns und des Hirnstamms.“ Alle Funktionen des Gehirns sind unwiederbringlich erloschen, da eine Hirndurchblutung nicht

mehr existiert. Der Hirntod ist nach weltweit anerkanntem, naturwissenschaftlich-medizinischem Erkenntnisstand ein sicheres Todeszeichen des Menschen. Nach dem Transplantationsgesetz müssen zwei erfahrene Ärztinnen oder Ärzte unabhängig voneinander den Hirntod feststellen. Hierbei muss ein vorgegebenes Untersuchungsschema befolgt und die Ergebnisse müssen schriftlich festgehalten werden. Um einen Interessenskonflikt auszuschließen, dürfen die Ärztinnen oder Ärzte nicht selbst an der Organentnahme oder der Transplantation beteiligt sein. Außerdem dürfen sie nicht der Weisung eines an der Organentnahme oder Transplantation beteiligten Arztes bzw. einer beteiligten Ärztin unterstehen.

Muss man sich ärztlich untersuchen lassen, wenn man sich zur Organspende bereit erklärt?

Nein, wenn Sie sich etwa durch das Ausfüllen eines Organspendeausweises oder durch Erklärung in Ihrer Patientenverfügung zu einer Organspende nach Ihrem Tod entschließen, ist eine Untersuchung unnötig. Sie wäre zu diesem Zeitpunkt auch nicht sinnvoll, da sich der gesundheitliche Zustand eines Menschen fortwährend ändern kann.

Welche Vorerkrankungen schließen eine Organspende generell aus?

Eine Organentnahme ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn bei der oder dem Verstorbenen eine akute Krebserkrankung oder ein positiver HIV-Befund vorliegt. Bei allen anderen Erkrankungen entscheiden die Ärzte nach den erhobenen Befunden, ob eine Organ- und Gewebespende infrage kommt. So ist auch nach einer ausgeheilten Krebserkrankung eine Organspende prinzipiell möglich.

Wie läuft die Organspende ab?

Ist der Hirntod zweifelsfrei festgestellt und kommt aus medizinischer Sicht eine Organ- und Gewebespende in Betracht, führt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, die oder der Transplantationsbeauftragte des Krankenhauses oder eine Transplantationskoordinatorin oder ein Transplantationskoordinator das Gespräch mit den Angehörigen. Dabei wird die künstliche Beatmung der hirntoten Person weiter aufrechterhalten. Liegt keine Erklärung des verstorbenen Menschen zur Organspende vor, so entscheiden die Angehörigen nach seinem mutmaßlichen Willen. Zwischenzeitlich wird die nächstgelegene Organisationszentrale der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) informiert. Die DSO ist die Koordinierungsstelle für Organspende in Deutschland.

Im Fall einer Zustimmung zur Organspende erfolgen die erforderlichen Laboruntersuchungen des Spenderblutes. Diese Informationen werden an die Stiftung Eurotransplant weitergegeben, die für die Vergabe von Spenderorganen zuständig ist. Bei Eurotransplant laufen die Daten aller Patientinnen und Patienten, die auf eine Transplantation warten, und die Daten der gespendeten Organe zusammen. Computergesteuert wird dort ausschließlich nach sorgfältig festgelegten medizinischen Kriterien die passende Empfängerin bzw. der passende Empfänger für ein Spenderorgan ermittelt.

Diese Vermittlung der Organe im sogenannten Standardverfahren erfolgt nach Richtlinien der Bundesärztekammer, wobei vor allem auf Erfolgsaussicht und Dringlichkeit geachtet wird. Diese Richtlinien entsprechen dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft; sie werden kontinuierlich überprüft und falls erforderlich angepasst.

Wenn über das Standardverfahren keine passende Empfängerin oder kein passender Empfänger gefunden wird und ein Organverlust droht, wird auf ein beschleunigtes Vermittlungsverfahren zurückgegriffen. Bei diesem Verfahren konnte das Zentrum, das ein Organangebot durch Eurotransplant erhielt, in diesen Fällen bisher selbst aus seinen Patienten auswählen. Um das Verfahren transparenter zu gestalten, wurden die Richtlinien nach § 16 Transplantationsgesetz geändert. Zukünftig entscheidet Eurotransplant über die Vermittlung des Organs im beschleunigten Verfahren. Aus der Gruppe der Patienten, die die Zentren der Region, in denen sich das Organ befindet, als infrage kommende Spender

gemeldet haben, vermittelt Eurotransplant streng nach festgelegten Verteilungsregeln. Die Gründe für die Auswahlentscheidung muss das Zentrum gegenüber der Vermittlungsstelle dokumentieren, sodass die Entscheidung nachvollziehbar ist und geprüft werden kann. Die Bundesärztekammer muss diese Richtlinien begründen und sie dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorlegen.

Die Transplantation findet nach dem erfolgreichen Vergabeprozess in einem der über 40 Transplantationszentren in Deutschland statt.

Stiftung Eurotransplant

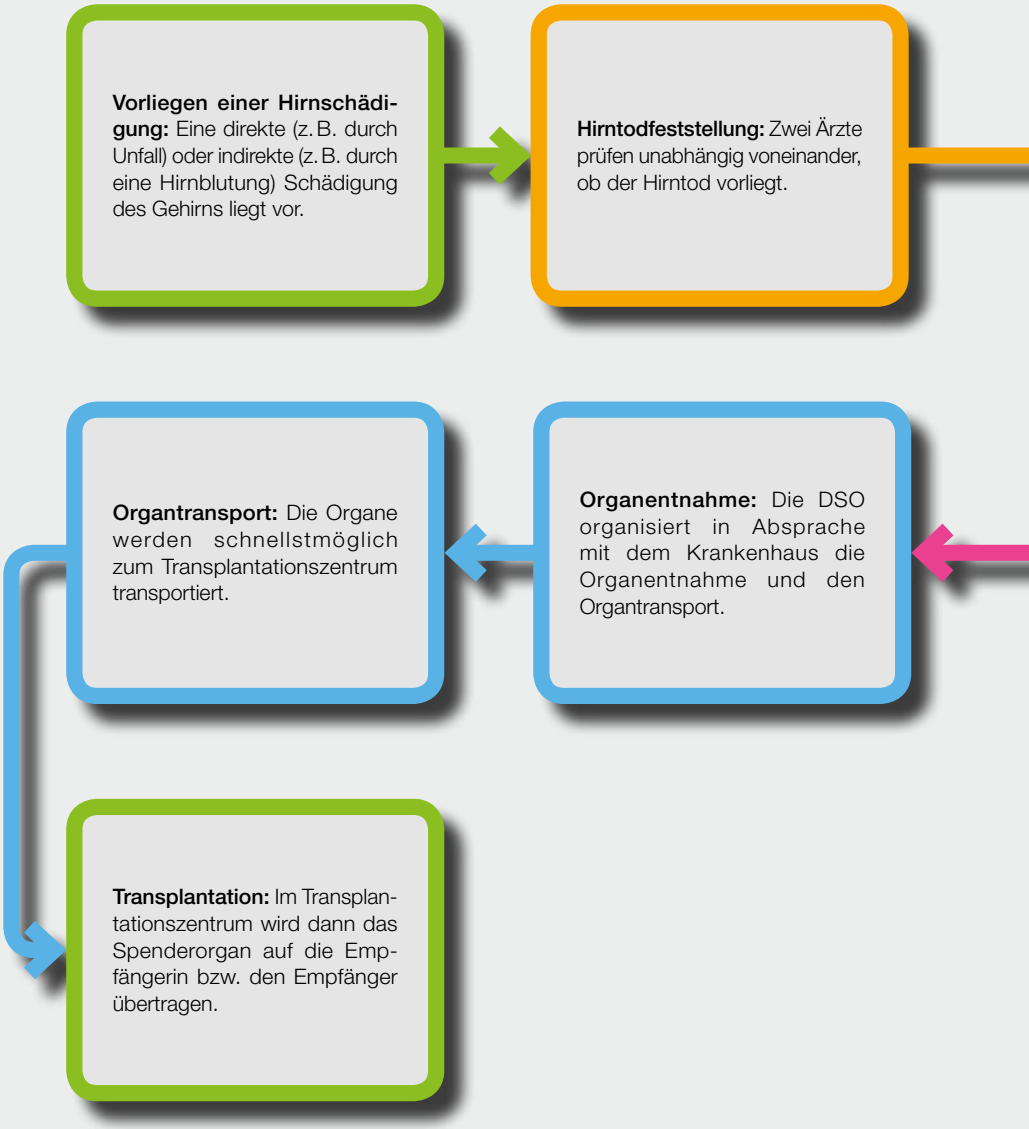
Die Stiftung Eurotransplant mit Sitz in Leiden (Niederlande) ist nach § 12 des Transplantationsgesetzes als Vermittlungsstelle tätig. Eurotransplant vermittelt die gespendeten Organe in den folgenden europäischen Ländern: Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Slowenien und Ungarn.

Bei Eurotransplant laufen die Daten aller Patientinnen und Patienten, die in einem der angeschlossenen Länder auf eine Transplantation warten, und die Daten der gespendeten Organe zusammen. Die relevanten Daten der wartenden Menschen erhält Eurotransplant aus den Transplantationszentren. Die Informationen über die gespendeten Organe werden aus Deutschland von der Koordinierungsstelle, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), weitergeleitet.

Wird von der DSO eine Spenderin oder ein Spender gemeldet, so ermittelt Eurotransplant computergesteuert die passenden Empfängerinnen und Empfänger von der Warteliste.

Anschließend wird das zuständige Transplantationszentrum durch Eurotransplant informiert. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt entscheidet darüber, ob das Organ tatsächlich transplantiert werden kann.

Ablauf der Organspende



Meldung des potenziellen Spenders an die DSO: Die Koordinierungsstelle DSO wird benachrichtigt. Die DSO prüft, ob die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen.

Gespräch mit den Angehörigen: Im Gespräch mit den Angehörigen klären die Ärzte oder die Transplantationsbeauftragten, ggf. auch gemeinsam mit den Koordinatoren der DSO, ob die verstorbene Person zu Lebzeiten eine Entscheidung zur Organspende (Organspendeausweis, mündliche Mitteilung) getroffen hat.

Medizinische Untersuchungen der verstorbenen Person: Die DSO veranlasst Laboruntersuchungen (z. B. Feststellung der Blutgruppe, Gewebemerkmale, Übertragung von Krankheiten etc.).

Meldung der medizinischen Daten an Eurotransplant: Die DSO sendet die Labordaten an Eurotransplant. Eurotransplant sucht anhand dieser Daten nach den geeigneten Organempfängern und benachrichtigt die Transplantationszentren.

Können sich die Angehörigen nach der Organspende noch einmal von der verstorbenen Person verabschieden?

Ja. Die Angehörigen können nach der Organentnahme in jeder gewünschten Weise von der verstorbenen Person Abschied nehmen. Der operative Eingriff der Organentnahme erfolgt mit der gleichen chirurgischen Sorgfalt wie jede andere Operation auch. Der Leichnam wird in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben.

Nach welchen Kriterien werden Organe vermittelt?

Die Bundesärztekammer hat für jedes Organ Richtlinien zur Vermittlung festgelegt. Grundsätzlich werden Organe nach den Kriterien der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht vermittelt. Die Stiftung Eurotransplant im niederländischen Leiden ist für die Vermittlung der Organe zuständig, die Menschen in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Slowenien, Kroatien und Ungarn nach ihrem Tode gespendet haben. Der soziale Status oder die Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung spielen keine Rolle.

Welche Verfahren werden bei der Organvergabe unterschieden?

Die Richtlinien der Bundesärztekammer definieren die medizinischen Kriterien für jedes Organ in Bezug auf eine Organvermittlung. Der Zustand der Organspender und der Spenderorgane bestimmt, nach welchem Verfahren die Organe vermittelt werden.

Die drei Vermittlungsverfahren bei der Organvergabe

Zustand der Organspender und Spenderorgane:

- postmortal gespendete Organe, bei denen die Organfunktion nicht eingeschränkt ist,

oder

- Organe von Spendern ohne bestimmte Vorerkrankungen

Zustand der Organspender und Spenderorgane:

- postmortal gespendete Nieren, Bauchspeicheldrüsen, Lebern, Herzen und Lungen, bei denen die Organfunktion eingeschränkt ist

oder

- Organe von Spendern mit bestimmten Vorerkrankungen

Standardverfahren

Beim Standardverfahren werden die Organe nach den medizinischen Kriterien der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht vermittelt. Diese Kriterien sind gesetzlich vorgegeben.

Modifiziertes Verfahren

Beim modifizierten Verfahren werden Organe vermittelt, die in ihrer Funktion eingeschränkt sind oder deren Spender bestimmte Vorerkrankungen hatten. Hierüber müssen die Organempfänger durch das sie betreuende Transplantationszentrum informiert werden. Die Empfänger müssen zudem ihre Zustimmung zum Erhalt eines solchen sogenanten-schwer vermittelbaren Organs erklären.

Zustand der Organspender und Spenderorgane:

Organ kann nicht nach dem Standardverfahren oder dem modifizierten Verfahren vermittelt werden,
weil

- ein Verlust des Spenderorgans droht oder
- eine Kreislaufinstabilität der Spenderin oder des Spenders eintritt oder
- aus logistischen oder organisatorischen Gründen ein Organverlust droht (z. B. aufgrund einer zu langen Transportzeit) oder
- drei Zentren das Angebot eines Herzens, von Lungen, einer Bauchspeicheldrüse oder einer Leber oder fünf Zentren das Angebot einer Niere aus spender- oder organbedingten Gründen abgelehnt haben.

Beschleunigtes Verfahren (Rettungsallokation, engl. rescue allocation)

Das beschleunigte Verfahren kann durch die Vermittlungsstelle Eurotransplant nach den Richtlinien der Bundesärztekammer eingeleitet werden, um den Verlust eines Spenderorgans zu vermeiden. Zum Ablauf dieses Verfahrens:

- Die Erklärungsfrist für jedes Organangebot beträgt maximal 30 Minuten. Das Angebot gilt aus organisatorischen Gründen als abgelehnt, wenn kein Transplantationszentrum bis Fristende das Angebot der Vermittlungsstelle annimmt.
- Um die Zeit, in der die Organe nicht mit Blut durchströmt werden, möglichst kurz zu halten, bietet Eurotransplant die Organe in erster Linie innerhalb einer Region an. Die Vermittlungsstelle stellt den Transplantationszentren dann eine Liste von potenziellen Empfängerinnen und Empfängern aus der Region zur Verfügung.
- Das Transplantationszentrum wählt den am besten geeigneten Empfänger von dieser Liste aus.
- Die Gründe für die Auswahlentscheidung muss das Transplantationszentrum gegenüber Eurotransplant dokumentieren, sodass die Entscheidung nachvollziehbar ist und geprüft werden kann.

Warum ist der Anteil der Spenderorgane, die über das beschleunigte Vermittlungsverfahren vergeben werden, angestiegen?

In den vergangenen Jahren wurde immer häufiger auf das beschleunigte Vermittlungsverfahren zurückgegriffen. Dies ist erklärlich, weil heute vermehrt auch Organe von älteren Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen transplantiert werden.

Wie kann man noch sicher sein, dass Organe gerecht vergeben werden?

Die Einrichtung des sog. Sechsaugenprinzips (vgl. S. 8) sorgt dafür, dass medizinische Daten von Patientinnen und Patienten nur nach Einbeziehung von drei Ärztinnen bzw. Ärzten an Eurotransplant übermittelt werden dürfen. Damit werden Manipulationen der Daten der Wartelistenpatienten verhindert.

Für die Vergabe von Spenderorganen ist die Stiftung Eurotransplant im niederländischen Leiden zuständig. Eurotransplant sind Belgien, die Niederlande, Luxemburg, Kroatien, Österreich, Slowenien, Ungarn und Deutschland angeschlossen. Bei Eurotransplant laufen die Daten aller Patientinnen und Patienten, die auf eine Transplantation warten, und die Daten der gespendeten Organe zusammen. Computergesteuert wird dort nach sorgfältig festgelegten medizinischen Kriterien die passende Empfängerin bzw. der passende Empfänger für ein Spenderorgan ermittelt.

Diese Vergabe der Organe im sogenannten Standardverfahren erfolgt nach Richtlinien der Bundesärztekammer, wobei vor allem auf Erfolgsaussicht und Dringlichkeit geachtet wird. Diese Richtlinien entsprechen dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und werden kontinuierlich überprüft und falls erforderlich angepasst.

Wer bekommt die gespendeten Organe?

Das kann im Voraus nicht gesagt werden. Es gibt viele Faktoren, die entscheiden, wer ein bestimmtes Organ bekommt. Dazu gehören Blutgruppe, Alter, Gewicht und die Gewebemerkmale. Je ähnlicher die Merkmale von Spenderin bzw. Spender und Empfängerin bzw. Empfänger sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass nur geringe Abstoßungsreaktionen auftreten. Bei sehr unterschiedlichen Gewebemerkmalen ist eine Abstoßung wahrscheinlicher. Die gemeinsame Warteliste des Verbundes von Eurotransplant, dem neben Deutschland Belgien, Kroatien, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Slowenien und Ungarn angeschlossen sind, erleichtert es, die optimalen Empfängerinnen und Empfänger zu ermitteln.

Weiß die Empfängerin oder der Empfänger des Organs, wer es gespendet hat?

Nein, die Spende ist anonym. Auch die Angehörigen der Spenderin oder des Spenders erfahren nicht, wer die Empfängerin oder der Empfänger des Organs ist. Auf Wunsch wird ihnen aber über die Deutsche Stiftung Organtransplantation mitgeteilt, ob die Transplantation erfolgreich verlaufen ist.

Ist Organhandel in Deutschland erlaubt?

Organhandel ist in Deutschland nach dem Transplantationsgesetz verboten und unter Strafe gestellt.

Gibt es eine Altersgrenze für die Organspende?

Organspende ist keine Frage des Alters. Entscheidend ist nicht das kalendarische Alter, sondern das biologische Alter, also der Zustand der Organe. Auch etwa die funktionstüchtige Niere einer mit über 70 Jahren verstorbenen Person kann einem Menschen wieder ein fast normales Leben schenken.

Wie werden die Spende und Transplantation von Organen finanziert?

Die Kosten für eine Organentnahme bei verstorbenen Personen wird den Krankenhäusern nach festgelegten Pauschalen von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) erstattet. Diese Pauschalen sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der DSO vereinbart und werden der DSO von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Bei Lebendspenden werden die notwendigen Voruntersuchungen, die Organentnahme und die Organtransplantation von der gesetzlichen Krankenkasse bzw. dem privaten Krankenversicherungsunternehmen des Transplantatempfängers bzw. der Transplantatempfängerin getragen. Die Organtransplantationen werden pauschal vergütet. Die Kosten für die Transplantation von Gewebe einschließlich der Kosten für die Gewebespende übernimmt in der Regel ebenfalls die gesetzliche Krankenkasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen des Empfängers bzw. der Empfängerin.

Werden Organ- und Gewebespenden finanziell entschädigt?

Nein. Das Transplantationsgesetz schreibt zwingend vor, dass die Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende nicht von wirtschaftlichen Überlegungen abhängen darf. Sie soll ausschließlich auf einer freiwilligen, humanitären Entscheidung beruhen. Aus diesem Grund werden z. B. auch nicht die Kosten der Bestattung eines Spenders oder einer Spenderin übernommen.

Wie lange muss man auf ein Spenderorgan in Deutschland warten?

Die Wartezeit für eine Niere beträgt ca. fünf bis sechs Jahre. Für ein Herz, eine Lunge, eine Leber oder eine Bauchspeicheldrüse sind es im Durchschnitt ein bis zwei Jahre.

6. Wo können Sie weitere Informationen zur Organspende erhalten?

Für Informationen rund um das Thema Organspende steht Ihnen das umfangreiche Informationsangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung.

Sie können sich im Internet unter **www.organspende-info.de** und **www.organpaten.de** über das Thema informieren.

Außerdem können Sie die nachfolgend gelisteten Broschüren und Materialien kostenfrei bei der BZgA anfordern. Senden Sie Ihre Bestellung bitte an die

- BZgA, 51102 Köln oder
- per Fax: 0221/8992-257.
- Außerdem können Sie im Internet über www.organspende-info.de oder
- per E-Mail: order@bzga.de bestellen.

Wenn Sie noch weitere Fragen haben und diese gerne in einem persönlichen Gespräch klären wollen, dann können Sie sich an das kostenfreie Infotelefon Organspende wenden. Das Infotelefon Organspende ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Montags bis freitags von 9:00 Uhr bis 18:00 Uhr stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen unter der gebührenfreien Rufnummer **0800-90 40 400** für alle Fragen rund um das Thema Organspende zur Verfügung.

Name ..... Vorname .....

Straße ..... PLZ, Ort .....

Anzahl

Flyer mit integriertem Organspendeausweis
Deutsch Best.-Nr. 60180001 ☐

Organspendeausweis Plastikkarte
Deutsch Best.-Nr. 60285006 ☐
Klappkarte
Türkisch, Best.-Nr. 60170060 ☐

Broschüre „Antworten auf wichtige Fragen“
Kurzinformation zu den wichtigsten Fragen DIN A6, 40 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60190100 ☐
Türkisch, Best.-Nr. 60190160 ☐
Englisch, Best.-Nr. 60190170 ☐

Flyer zum Transplantationsgesetz
DIN lang, 8 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60285050 ☐
Türkisch, Best.-Nr. 60285060 ☐
Englisch, Best.-Nr. 60285057 ☐

Flyer Lebendorganspende
DIN lang, 10 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60190300 ☐

Broschüre „Wie ein zweites Leben“
Informationen zur Organ- u. Gewebespende in Deutschland
DIN A5, 64 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60190200 ☐

Broschüre „Organspende – eine persönliche und berufliche Herausforderung“
Informationen zur Organ- u. Gewebespende für Ärztinnen und Ärzte DIN A5, 72 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60200000 ☐

Broschüre „Aufklärung zur Organ- und Gewebespende“
Ein Leitfaden für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
DIN A5, 56 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60285043 ☐

Anzahl

Plakatserie „ORGANPATEN werden“

Motiv: Mädchen
DIN A2 Best.-Nr. 60285024 ☐
Motiv: Junge
DIN A2 Best.-Nr. 60285023 ☐
Motiv: jüngere Frau
DIN A2 Best.-Nr. 60285022 ☐

Motiv: jüngerer Mann
DIN A2 Best.-Nr. 60285021 ☐
Motiv: ältere Frau
DIN A2 Best.-Nr. 60285020 ☐
Motiv: älterer Mann
DIN A2 Best.-Nr. 60285019 ☐

neue Plakatserie „Entscheidungslösung“

Motiv: Meine Entscheidung schafft Klarheit
DIN A2 Best.-Nr. 60271001 ☐
Motiv: Meine Entscheidung hilft
DIN A2 Best.-Nr. 60271002 ☐

Motiv: Das ist meine Entscheidung – Frau
DIN A2 Best.-Nr. 60271003 ☐
Motiv: Das ist meine Entscheidung – Mann
DIN A2 Best.-Nr. 60271004 ☐

Broschüre „Gewebespende. Eine Einführung für Ärztinnen, Ärzte, Patienten- und Selbsthilfeverbände“

DIN A5, 44 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60285044 ☐

Broschüre „Pflegeprofessionalität im Organspendeprozess“

DIN A4, 76 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60285048 ☐

Broschüre „Geschichten vom Leben und vom Leben geben“

DIN A5 quer, 64 Seiten
Deutsch, Best.-Nr. 60285038 ☐

Plakatserie „ORGANPATEN werden“ Motiv: Wir sind ORGANPATEN

DIN A2 Best.-Nr. 60285045 ☐

Plakatserie „ORGANPATEN werden“ Motiv: Wieder Sehen können Hornhauttransplantation

DIN A2 Best.-Nr. 60285049 ☐

Impressum

Herausgeberin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
51109 Köln

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung
MgE Mediengruppe Essen GmbH und Co. KG

Bildnachweis durch Jürgen Pauli, Birgitta Peterhagen, Reinhard Rosendahl.

Auflage
2.30.07.14

Druck
Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Diese Broschüre ist kostenlos erhältlich bei der BZgA, 51109 Köln

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Weitere Informationen zum Thema Organ- und Gewebespende finden Sie im Internet unter www.organspende-info.de und www.organpaten.de

Bestellnummer
60285063

Titelbild (v.l.n.r.): Roy Peter Link, Schauspieler; Elisabeth Lanz, Schauspielerin; Klaus J. Behrendt, Schauspieler; Matthias Steiner, Olympiasieger im Gewichtheben | Fotos: Robert Recker

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bundesministerium für Gesundheit

Kein Weg zurück...

INFORMATIONEN ZUM HIRNTOD

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

DSO
DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

Koordinierungsstelle Organspende

Kein Weg zurück…

INFORMATIONEN ZUM HIRNTOD

Vorwort	2
Aus heiterem Himmel	4
Herz oder Hirn?	8
Jenseits des Komas	8
Das Gehirn – ein hochempfindliches Organ	10
Ohnmacht, Bewusstlosigkeit und Koma	13
Unterschiedliche Formen der Hirnschädigung	14
Der Hirntod und seine Feststellung	16
Todeszeichen – der Augenschein trügt	24
Gesetze und Richtlinien zu Organspende und Transplantation in Deutschland	25
Antworten auf die häufigsten Fragen	27

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DSO
DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

Koordinierungsstelle Organspende

Vorwort

Das große und kontinuierliche Interesse an der Broschüre »Kein Weg zurück – Informationen zum Hirntod« hat den DSO-Vorstand sehr gefreut. Daher haben wir uns auch in diesem Jahr zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu einer Neuauflage der Publikation entschieden.

Gleichzeitig wurde uns deutlich vor Augen geführt, dass in der breiten Bevölkerung weiterhin ein enormer Informationsbedarf zum Thema Organspende im Allgemeinen und zum Thema Hirntod im Besonderen besteht. Gerade in jüngster Zeit wurde in einigen Zeitungen die Ansicht vertreten, dass neue Erkenntnisse, die Definition und die Diagnostik des Hirntodes in Frage stellten – dies ist nicht der Fall. Vielmehr hat es ein sogenanntes White Paper der Presidents Commission aus den USA gegeben, in welchem ausdrücklich die Definition und das Konzept der Hirntodfeststellung bestätigt wurden. Allerdings gibt es wie immer Meinungen von anthropologisch ausgerichteten Ethikern, die Vorbehalte gegen ein solches Konzept haben. Ein Konsens zwischen diesen Ansichten ist nicht gegeben und wird es auch nie geben. Da die Frage der Feststellung des Hirntodes eine medizin-wissenschaftliche ist, muss der wissenschaftliche Aspekt im Vordergrund bleiben. Neu ist allerdings die Aufforderung von amerikanischen Neurologen zusätzlich zu den bisher angewandten apparativen Methoden zur Feststellung des Hirntodes, neue Verfahren, wie CT, Angiographie und NMR bzgl. ihrer Eignung als diagnostisches Verfahren zu evaluieren. Diese Aufforderung stellt das bisherige Vorgehen in keiner Weise in Frage. Neue Methoden könnten jedoch Eingang in diese Diagnostik finden.

Auch über zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes sind die Ängste und Vorurteile der Menschen gegenüber dem Hirntod die gleichen geblieben. Die Furcht davor, »zu früh für tot erklärt zu werden« ist bei vielen tief verwurzelt. Dabei sind die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Hirntodfeststellung klar und streng geregelt: Bevor die Diagnostik eingeleitet werden darf, müssen die behandelnden Ärzte im Krankenhaus die Voraussetzungen zur Hirntoddiagnostik abklären. Dies beinhaltet immer die Feststellung, dass die Lebensrettung des

Patienten ausgeschlossen ist. Erst wenn der Hirntod von zwei erfahrenen und vom Transplantationsteam unabhängigen Neurologen, Neurochirurgen oder Intensivmedizinern festgestellt und die Todesbescheinigung ausgefüllt ist, wird mit den Angehörigen definitiv über eine mögliche Organspende gesprochen. Somit ist eine Organspende auch nur realisierbar, wenn auf der Intensivstation im Krankenhaus der Hirntod bestätigt wurde. Eine Hirntodfeststellung am Unfallort oder zu Hause ist nicht möglich.

Dennoch bleibt der Hirntod trotz dieser klar definierten Kriterien für viele Menschen nicht vorstellbar. Gerade in der Akutsituation, in der man um das Überleben des Angehörigen kämpft und sich an jeden Hoffnungsschimmer klammert, will man den Tod nicht wahrhaben. Vor allem wenn der Angehörige keine der allgemein bekannten Todeszeichen aufweist, vermeintlich atmet und ein schlagendes Herz hat. Hier muss in einem klaren und verständnisvollen Gespräch den Angehörigen erklärt werden, dass die vermeintlichen »Lebenszeichen« nur maschinell bedingt und dringende Voraussetzung für eine Organspende sind. Noch besser wäre es für jeden Einzelnen, wenn man schon vorher über den Hirntod und die Organspende aufgeklärt wäre. Mehr Information könnte in solchen Situationen viel Leid ersparen und eine Entscheidungsfindung unterstützen.

Viele Menschen haben heute eine Patientenverfügung verfasst oder beabsichtigen dies zu tun. Patientenverfügung und Organspende schließen sich keineswegs aus. Allerdings muss jeder, der mit einer Organspende anderen Menschen helfen will, wissen, dass zur Feststellung des Hirntodes eine zeitlich begrenzte Fortsetzung oder Einleitung intensivmedizinischer Maßnahmen erforderlich ist. Patientenverfügungen werden in aller Regel verfasst, da die Menschen eine langdauernde Therapie nicht wollen bei einem Leiden, das keine Aussicht auf Heilung hat. Eine Organspende dagegen kann nur stattfinden bei akuten Krankheitsumständen wie z.B. Unfall oder Schlaganfall.

Diese Broschüre möchte ihren Beitrag leisten, über die Ursachen, Symptome und die Feststellung des Hirntodes aufzuklären und damit den Anstoß zu einer persönlichen Entscheidung für die Organspende geben.

Prof. Dr. med. Günter Kirste

MEDIZINISCHER VORSTAND
DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION

Aus heiterem Himmel

Ganz plötzlich rutscht das Hinterrad der schweren Maschine auf dem schmierignassen Asphalt in der Kurve weg. Das Motorrad neigt sich gefährlich zur Seite, schlittert, prallt auf den Betonpfeiler am Straßenrand. Eine Spritztour findet ihr jähes Ende. Trotz eines Integralhelmes hat sich Werner K. bei dem Aufprall auf dem Betonpfeiler schwerste Schädel-Hirn-Verletzungen zugezogen.

Die folgende Schilderung ist fiktiv, aber realistisch. Wir möchten an dieser Stelle ergänzend darauf hinweisen, dass nur etwa ein Fünftel der Patienten, die im Hirntod versterben, einen Unfall erlitten haben. In der Mehrzahl der Fälle führen innere Erkrankungen wie Hirnblutungen oder Hirntumore sowie Vergiftungen oder Sauerstoffmangel zur tödlichen Hirnschädigung.

Dabei ging alles so schnell: Rettungshubschrauber und Notarzt waren nach wenigen Minuten an der Unfallstelle. Der Bewusstlose wurde sofort intubiert und beatmet, der Schock mit Infusionen und Medikamenten behandelt; schon kurze Zeit später lag er auf der neurochirurgischen Intensivstation des nahe gelegenen städtischen Unfallkrankenhauses.

Bereits die erste Computertomographie (CT) des Schädels zeigt, dass im gesamten Gehirn eine Schwellung (Hirnödem) vorliegt und zusätzlich schwere Schädigungen lebenswichtiger Areale im Hirnstamm. Nach ausführlicher Beratung mit den hinzugezogenen Neurologen und Anästhesisten entscheiden sich die Ärzte für eine maximale Intensivtherapie, bei der der Patient in ein künstliches Koma versetzt, beatmet und mit hirndrucksenkenden Medikamenten behandelt wird. Eine Operation am Schädel, um den Hirndruck zu senken, kommt in diesem Fall nicht mehr in Betracht.

Werners Freundin Anja und seine Eltern treffen kurz nach dem Unfall im Krankenhaus ein und sitzen in den folgenden Tagen im Wechsel an Werners Bett. Die Ärzte lassen keinen Zweifel daran, dass es schlecht um ihn steht.

Trotzdem dürfen die Angehörigen zu dem Patienten. Es ist zunächst ein erschreckender Anblick: Neben einer Vielzahl von Schläuchen stehen Infusionspumpen und Perfusionsautomaten um das Bett; in gleichmäßigem, monotonem Rhythmus arbeitet das Beatmungsgerät. Der 22-Jährige liegt im Koma. »Sie dürfen ihn ruhig anfassen, streicheln Sie ihn, sprechen Sie mit ihm, auch wenn er Sie nicht hören kann«, ermuntert sie die Krankenschwester.

Trotz allem, was heute medizinisch möglich ist, werden Werners Überlebenschancen immer geringer. Den Ärzten gelingt es nicht, durch den Einsatz aller intensivmedizinischen Möglichkeiten die Hirnschwellung zu beheben; Blutdruck und Herzfrequenz steigen zunächst kurzfristig bedrohlich an, fallen aber im weiteren Verlauf ebenso rapide ab und müssen durch die stetige Gabe von Medikamenten unterstützt werden.

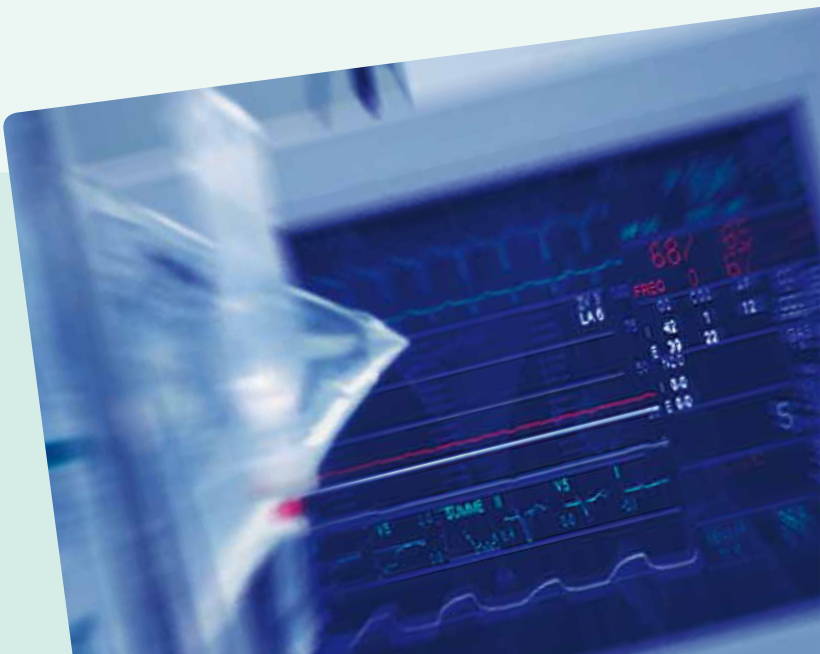
Die Pupillen sind schließlich am zweiten Tag auf der Intensivstation beidseits weit und reagieren nicht mehr auf Lichtreize. Der Lidschlagreflex, welcher von den Ärzten durch Berühren der Hornhaut des Auges mit einem Wattebausch geprüft wird, ist beidseits ausgefallen. Bei passiver Drehung des Kopfes bleiben die Augen starr wie bei einer Puppe in der Ausgangsstellung stehen. Die Gabe von direkt auf das Gehirn wirkenden einschläfernden Medikamenten wurde bereits vor 24 Stunden beendet, um die Ausfallserscheinungen im Gehirn zweifelsfrei untersuchen zu können. Der Stationsarzt erklärt Werners Familie, wie bedrohlich die beobachteten Ausfälle des Gehirns sind.

»Ich hab' das Wort ‚Hirntod' vorher überhaupt nicht gekannt. Ich dachte immer, man stirbt, wenn das Herz zu schlagen aufhört.« Werners Mutter erinnert sich noch heute an das nächtliche Gespräch mit dem Oberarzt der Intensivstation, als erstmals der Begriff »Hirntod« fiel. Sie kann es nicht begreifen: Er lebt doch noch, sein Herz schlägt doch noch!

Aber der Arzt lässt keinen Zweifel am Ernst der Lage aufkommen und geht noch einmal ausführlich auf die Fragen von Werners Eltern ein.

Der Zustand des Schwerverletzten hatte sich in der Nacht weiter verschlechtert: Die Körpertemperatur stieg kurzfristig auf über 40°Celcius an; Blutdruck und Herzschlag zeigen immer auffälligere Schwankungen. Trotz stetiger Gabe von Infusionslösungen kommt es zu schweren Entgleisungen des Hormon- und Mineralhaushaltes im Blut; dabei stieg die Urinausscheidung stark an. Die Ärzte auf der Intensivstation – ein Team aus einer Narkoseärztin und einem Neurochirurgen – hatten inzwischen einen weiteren Neurologen und Neurochirurgen hinzugezogen.

»Ich hab' das Wort ‚Hirntod' vorher nicht gekannt. Ich dachte immer man stirbt, wenn das Herz zu schlagen aufhört.«



Diese prüften unabhängig voneinander noch einmal die Pupillenreaktionen, den Lidschlagreflex, die Schmerzreaktion im Gesicht, die durch Kopfdrehung ausgelösten Augenbewegungen und schließlich die Würg- und Hustenreaktion auf Absaugen. Diese so genannten Hirnstammreflexe waren auf beiden Seiten vollständig ausgefallen. Die Überprüfung der Eigenatmung nach einer genau festgelegten Verfahrensweise zeigte keinerlei eigene Atemtätigkeit mehr.

Mehr als eine halbe Stunde wird die Hirnstromkurve (Elektroenzephalogramm, EEG) aufgezeichnet und geprüft, ob sich vielleicht doch noch eine elektrische Aktivität des Gehirns findet. Das Ergebnis ist eindeutig: Auch die elektrische Aktivität des Gehirns ist erloschen (»Null-Linien-EEG«). Zusammen mit der Vorgeschichte und den übrigen Untersuchungsbefunden steht zweifelsfrei fest: Werner ist tot – hirntot!

Jeder der beiden in der Hirntoddiagnostik erfahrenen Ärzte füllt ein Protokoll zur Hirntodfeststellung aus und bestätigt die Diagnose durch seine Unterschrift.

Bei der weitaus überwiegenden Zahl von Patienten, die unter den Zeichen des Hirntodes versterben, handelt es sich um Fälle, bei denen Erkrankungen des Gefäßsystems zum Tod geführt haben, wie z.B. Hirnblutungen und Hirninfarkte. Eines der Zeichen des Hirntodes ist der Ausfall der Atmung, diese muss mit Maschinen aufrechterhalten werden. Allerdings stellt sich die Indikation zur Beatmung aufgrund eines medizinischen Verlaufs. Jeder Arzt wird und muss, wie für andere medizinische Maßnahmen, die Frage klären, ob eine Indikation zur Beatmung gegeben ist. Dies ist immer dann der Fall, wenn es bei einem schwer kranken Menschen zu einer unzureichenden Versorgung der Organe, auch des Gehirns, mit Sauerstoff kommt, dann muss beatmet werden, andernfalls droht ein schleichendes Ersticken.

Jeder ärztliche Eingriff bedarf der Einwilligung des Patienten oder seines Stellvertreter. Liegt allerdings eine Notsituation vor, in der noch kein Stellvertreter feststeht oder ermittelbar ist, hat der Arzt zunächst einmal das medizinisch Indizierte zu veranlassen.

Den Angehörigen fällt es schwer zu verstehen, dass es nur Geräte sind, die seine Lunge jetzt noch atmen lassen.

Die Zustimmung des Patienten wird dem Grundsatz »in dubio pro vita (im Zweifel für das Leben)« folgend unterstellt, sofern keine gegenteiligen Hinweise vorliegen.

Werners Eltern und Freundin ahnen an diesem dritten Behandlungstag, was auf sie zukommt, als sie der Neurologe mit dem EEG-Ausdruck in der Hand in das Arztzimmer der Intensivstation bittet. »Es tut mir leid, aber wir konnten nichts mehr tun. Er ist tot!« Er deutet auf die geraden Linien auf dem Papier: Werners Hirnströme sind nicht mehr messbar. Den Angehörigen fällt es schwer zu verstehen, dass es nur Geräte sind, die seine Lunge jetzt noch atmen lassen.

Die Wägung der Seele des Toten im alten Ägypten.
Das Herz des Verstorbenen, welches seine Seele darstellt, liegt auf der einen Waagschale, während sich in der anderen eine Feder als Bildnis der Göttin Maat befindet. Die Waage schlägt auf die günstige Seite, nämlich zu jener von Maat, der Göttin der Wahrheit. Thot, als Wesen mit Menschenkörper und Ibiskopf dargestellt, notiert das Ergebnis der Prüfung.

Quelle: Tollner, Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 1, Seite 113, Andreas Verlag, Salzburg

Herz oder Hirn?

Seit Jahrtausenden gilt der Herzmuskel als Inbegriff und Motor des Lebens – oft auch als Sitz der Seele. Wie selbstverständlich wurde der Herzstillstand mit dem Tod des betreffenden Menschen gleichgesetzt.

In der heutigen Zeit ist diese Regel nicht mehr uneingeschränkt gültig: Eine »Wiederbelebung« nach Herzstillstand wäre sonst nicht möglich. Ebenso wäre es nicht möglich, Operationen am offenen Herzen vorzunehmen, wenn dessen Tätigkeit über Stunden von einer Herz-Lungen-Maschine übernommen wird. Und schließlich können viele Patienten, welche nach Versagen ihres eigenen Herzens dringend auf ein Spenderherz warteten, einen längeren Zeitraum mit einem Kunstherz überbrücken.

Die zentrale Frage ist: Was gibt dem Arzt die Sicherheit bei der Feststellung des Todes? Ein sicheres Todeszeichen muss immer einen endgültigen Zustand belegen. Die Leichenstarre, Totenflecken und gegebenenfalls Zeichen einer beginnenden Verwesung sind klassische »sichere« äußere Todeszeichen, die in den vorigen Jahrhunderten die einzige Möglichkeit einer sicheren Todesdiagnose waren. Der Nachweis des Hirntodes ist als ebenso sicheres inneres Todeszeichen dazugekommen.

Jenseits des Komas

Die Bezeichnung »Hirntod« wurde bereits Ende des 18. Jahrhunderts durch Xavier Bichat geprägt; genauer beschrieben wurde der Hirntod schon vor 1870. Seit Mitte der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts ist die Medizin in der Lage, bewusstlose Patienten, die nicht mehr aus eigener Kraft atmen können, über einen längeren Zeitraum maschinell zu beatmen. Damit konnte ein Großteil der Betroffenen wieder genesen, wenn diese kritische Phase durch die Intensivtherapie überbrückt wurde.

Ein kleinerer Teil jedoch erholte sich nicht wieder und blieb in einem Zustand permanenter, tiefer Bewusstlosigkeit.

1959 bemerkten die französischen Wissenschaftler Pierre Mollaret und Michel Goulon, dass bei vielen dieser Patienten auch weitere Funktionen des Gehirns unwiederbringlich (irreversibel) ausgefallen waren. Gleichzeitig wies das Elektroenzephalogramm (EEG) statt der Hirnstromkurve nur eine »Null-Linie« auf. Als »coma dépassé« bezeichneten die französischen Wissenschaftler diesen Zustand »jenseits des Komas«. Mit dem Fortschritt der Intensivmedizin beobachteten Ärzte in den darauf folgenden Jahren weltweit eine ganze Anzahl solcher Patienten, deren Gehirn keinerlei Aktivität mehr zeigte, deren Zustand sich nicht mehr besserte und die das Bewusstsein nicht wieder erlangten.

Es kam daher zwangsläufig die Frage auf, ob diese Patienten noch als »lebend« anzusehen sind und die Fortsetzung der aufwändigen Intensivtherapie bis zum Eintreten des Herzstillstandes zu rechtfertigen ist. Die wissenschaftliche Diskussion in den Ländern mit einem entsprechend entwickelten Behandlungsstandard kam in den Folgejahren übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass der vollständige und endgültige Ausfall aller Hirnfunktionen das sichere innere Todeszeichen darstellt.

Denn das Gehirn ist nicht nur das Organ des menschlichen Denkens, Handelns und des Bewusstseins, sondern es steuert auch alle lebenswichtigen menschlichen Körperfunktionen, vor allem Atmung, Kreislauf und Körpertemperatur. Nach dem Absterben des Gehirns brechen deshalb ohne intensivmedizinische Unterstützungsmaßnahmen auch alle anderen Körperfunktionen zusammen.

Nationale Kommissionen aus Ärzten erarbeiteten Kriterien zur Feststellung des eingetretenen Todes, die klare Antworten auf das entstandene Dilemma der Intensivmedizin lieferten. Die Beschreibung und Bestimmung dieses inneren Todeszeichens, »Hirntod« genannt, waren zunächst vor allem für die moderne Intensivmedizin wichtig.

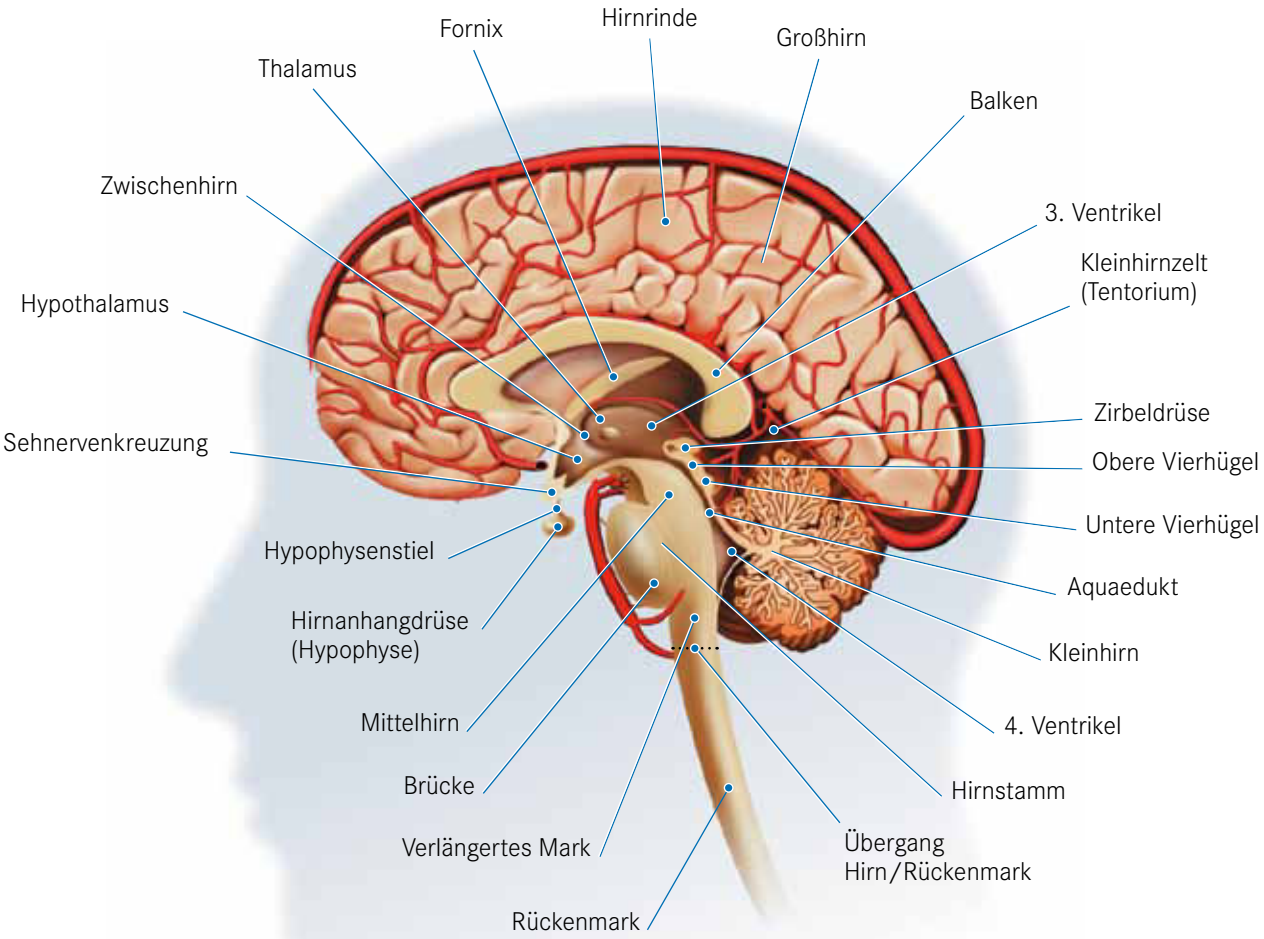
Parallel zur Intensivmedizin wuchs die noch junge Transplantationsmedizin. 1954 gelang in Boston die erste Organtransplantation nach einer Spende von Lebenden. Acht Jahre lebte ein Amerikaner mit der Niere seines Zwillingsbruders, bis er an Herzversagen starb. Alle vorherigen und späteren Versuche, auf Nierenkranke Organe zu übertragen, die Verstorbenen nach deren Herz-Kreislaufstillstand entnommen wurden, scheiterten. Erst im Verlauf der nächsten Jahre erkannte man, weshalb: Zum einen stieß der Körper das fremde Gewebe ab, zum anderen waren die Spenderorgane bereits zu stark geschädigt. Es kamen also nur Lebende als Spender in Frage oder die Verstorbenen, bei denen man nach dem eingetretenen Hirntod die übrigen Organfunktionen durch die Weiterführung intensivmedizinischer Maßnahmen für einen begrenzten Zeitraum erhalten konnte.

Die Fortsetzung der Beatmung ist unabdingbar, um eine Hirntoddiagnostik durchführen zu können. Gerade der irreversible Ausfall des Atemzentrums ist ein wichtiges Zeichen zur Feststellung des Hirntodes und zur Unterscheidung vom Wachkoma. Jeder, der eine Erklärung für eine Organspende abgibt, sollte dies wissen und sich im Klaren sein, dass eine begrenzte über wenige Tage dauernde Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen zur sicheren Todesfeststellung notwendig ist.

Am 2. Dezember 1967 machte die Nachricht weltweit Schlagzeilen, dass es dem Chirurgen Professor Christiaan Barnard am Groote-Schuur-Krankenhaus in Kapstadt gelungen war, dem schwer herzkranken Louis Washkansky ein neues, funktionsfähiges menschliches Herz zu übertragen. Dieses stammte von der 24-jährigen Denise Darvall, die unmittelbar zuvor im gleichen Krankenhaus an den Folgen schwerster Schädel-Hirn-Verletzungen nach einem Verkehrsunfall gestorben war. Washkansky überlebte 18 Tage und verstarb an einer Lungenentzündung.

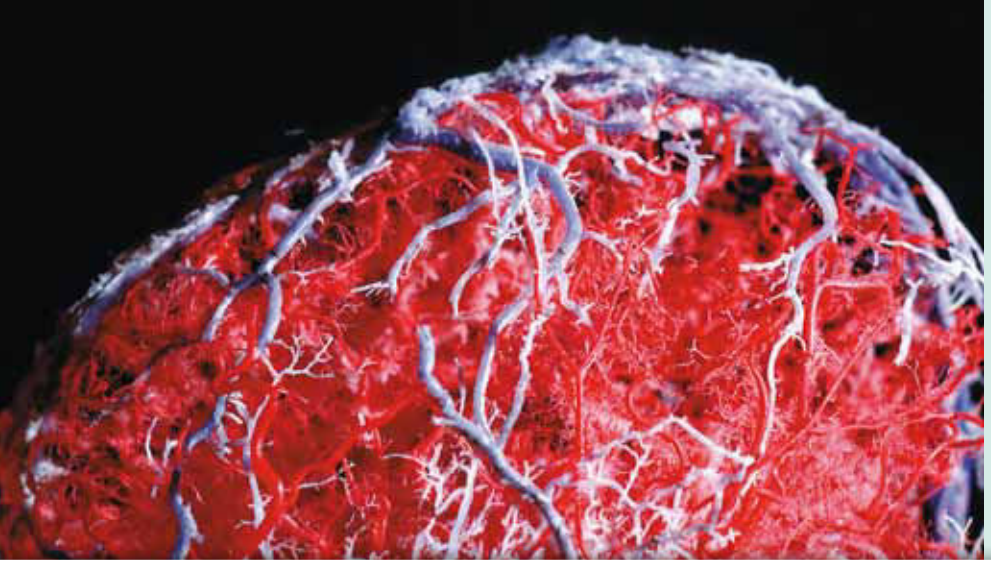
Untersuchung zur Feststellung des Hirntodes

Eine unmissverständliche Bestimmung des Hirntodes war vor allem für die moderne Intensivmedizin wichtig.



Das Gehirn – ein hochempfindliches Organ

Das Gehirn nimmt unter den Organen des Körpers in vielfacher Hinsicht eine Sonderstellung ein. So reagieren die Hirnzellen von allen Zellen beziehungsweise Organen am empfindlichsten auf Sauerstoffmangel. Obwohl das Gehirn bei einem 75 kg schweren Erwachsenen mit cirka 1.500 g nur etwa zwei Prozent der Körpermasse ausmacht, beansprucht es ein Fünftel der gesamten Blutversorgung für sich.



Fast ein Fünftel der gesamten Blutmenge eines Menschen durchströmt ständig das fein verästelte Netzwerk von Kapillaren im Gehirn.

Infolge einer Verletzung kann es zur Schwellung des Gehirns kommen, die die Durchblutung des Hirns unterbindet. Die Hirnzellen sterben ab.

Schon nach einer drei bis fünf Sekunden langen Unterbrechung der Blutzufuhr ist der Mensch bewusstlos; nach 20 Sekunden erlischt die elektrische Tätigkeit im Elektroenzephalogramm (EEG). Und schon nach wenigen Minuten entstehen bleibende Schäden der Hirnzellen, zunächst im Bereich der Hirnrinde. Nach cirka zehn Minuten kommt es zur unwiderruflichen Schädigung des Hirnstammes. Selbst wenn bei maschineller Beatmung das Herz noch weiter schlägt und die anderen inneren Organe funktionsfähig bleiben, ist eine Wiedererholung der Hirnfunktionen – oder gar eine Rückkehr zu einem selbständigen und bewussten Leben – nicht mehr möglich. Der Hirntod droht oder ist schon eingetreten.

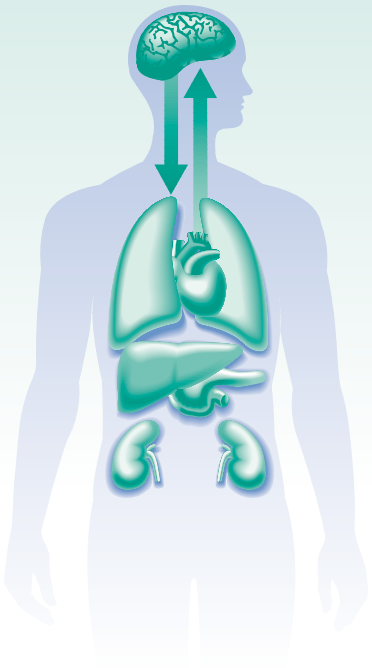
Es gibt die unterschiedlichsten Gründe für den Hirntod. Bei Werner K. führte der Aufprall auf den Betonpfeiler zu einer schweren Schädel-Hirn-Verletzung. Dabei wurden bereits große Teile des Gehirns unmittelbar zerstört. Aber auch das übrige Hirngewebe war schwer geschädigt und reagierte wie andere Körpergewebe mit einer ausgeprägten Schwellung. Das Gehirn konnte sich aber wegen der Begrenzung durch den knöchernen Schädel nicht ausdehnen, so dass der Innendruck so stark anstieg, dass der Blutdruck nicht mehr ausreichte, um das Gehirn mit Blut zu versorgen. Hieraus resultierte ein Durchblutungsstillstand, der das Absterben aller Hirnzellen verursachte.

Im Falle von Werner K. war es eine unfallbedingte (traumatische) Schädigung, die zur Zerstörung des gesamten Gehirns des 22-Jährigen führte. Ebenso können aber auch eine Hirnblutung, eine Entzündung des Gehirns oder ein Hirntumor diese katastrophalen Folgen haben. Diese Schädigungsursachen bezeichnet man als »direkte« oder »primäre« Hirnschädigungen.

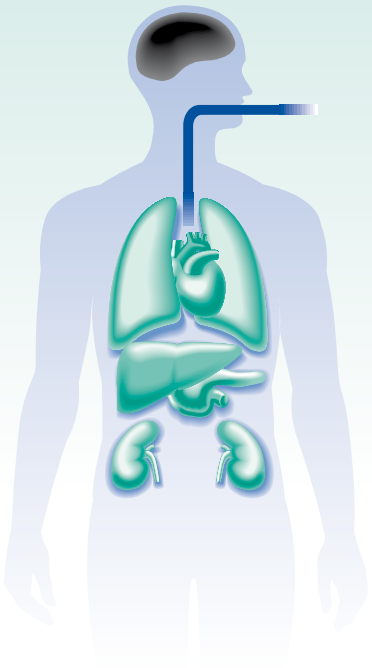
Ein indirekter oder sekundärer Hirnschaden (atraumatisch, nach Schädigung eines anderen lebenswichtigen Organs) entsteht, wenn zunächst der Herzschlag beziehungsweise die Atmung zum Erliegen

Das Gehirn ist das übergeordnete Steuerungszentrum für alle Organe und Sitz des Denkens und Fühlens.

- Die Lunge reichert das Blut mit Sauerstoff an.
- Über die Pumptätigkeit des Herzens werden alle Organe mit Sauerstoff versorgt.



Die Lungen- sowie die Herz- und Kreislauftätigkeit lassen sich intensivmedizinisch mit Maschinen und Medikamenten selbst dann noch aufrechterhalten, wenn das Gehirn seine Tätigkeit bereits vollständig eingestellt hat.



Der hirntote Mensch wird intensivmedizinisch und pflegerisch betreut.

kommt (zum Beispiel nach Herzinfarkt, Vergiftungen, nach Wiederbelebung des Herzens oder nach schwerem Sauerstoffmangel bei einem Asthmaanfall) und damit auch das Gehirn nicht mehr durchblutet beziehungsweise mit Sauerstoff versorgt wird. Hierauf reagiert das Gehirn mit einer allgemeinen Schwellung, die durch die Ausdehnung den Druck im Gehirn ansteigen lässt. In vergleichbarer Weise können sich Blutungen, Entzündungen und Tumore auswirken. Im knöchernen Schädel kann die Schwellung nicht ausweichen, so dass sich mit steigendem Druck die Hirndurchblutung weiter verschlechtert. Der Druckanstieg im Gehirn und die ausgefallene Blutzufuhr führen sowohl bei primären als auch bei sekundären Hirnschäden schließlich zum Hirntod.

Ohnmacht, Bewusstlosigkeit und Koma

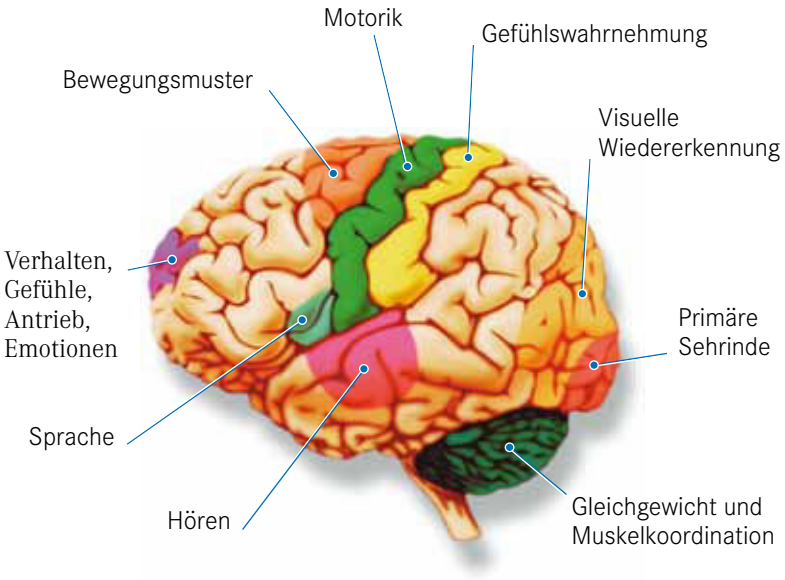
Bei einer Ohnmacht, das heißt einer vorübergehenden Bewusstlosigkeit, ist die Sauerstoffversorgung des Gehirns kurzfristig vermindert beziehungsweise unterbrochen gewesen.

Solche kurzzeitigen Ausfälle von Hirnteilen sind auch ein Schutz. Der Körper schaltet das Gehirn »auf Sparflamme«, um den Energie- und Sauerstoffbedarf zu verringern. Stabilisiert sich der Kreislauf wieder, kehrt das Bewusstsein zurück, ohne dass dauerhafte Schäden zurückbleiben.

Schwerwiegender ist die tiefe Form der Bewusstlosigkeit, das Koma, bei dem es zu bleibenden Hirnschäden kommen kann. Dies ist lebensbedrohlich und muss sofort behandelt werden. Menschen in tiefem Koma reagieren nicht auf Zuruf oder auf Schmerzreize, wenn überhaupt, dann nur mit Reflexen. Auch die spontane Atmung, die bei leichteren Formen der Bewusstlosigkeit »unbewusst« weiter funktioniert, kann ausfallen. Trotzdem ist ein solches Koma nicht mit dem Hirntod gleichzusetzen. Das tiefe Koma ist nur eines der Symptome des Hirntodes. Bei tief komatösen Patienten sind die Hirnstammreflexe teilweise oder vollständig erhalten. Beim Hirntoten sind hingegen alle Hirnstammreflexe ausgefallen.

Ein tiefes Koma kann durch organische Erkrankungen des Gehirns entstehen, zum Beispiel durch eine Blutung. Es kann aber auch Folge von Vergiftungen sein, die beispielsweise auf eine Rauchgas- oder Schlafmittelvergiftung oder einen extremen Konsum von Alkohol oder Rauschgift zurückgehen können. Ebenso kann es auch bei einer schweren Unterzuckerung im Rahmen einer Insulinüberdosierung bei Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) auftreten. Gelingt es, die Ursachen zu beheben – zum Beispiel durch rechtzeitige Zufuhr von Glukose – können die Patienten aus diesem Zustand wieder erwachen und im günstigsten Fall vollständig genesen. Ob alle Hirnfunktionen vollständig zurückkehren, hängt dabei von der rechtzeitigen Behandlung – und damit der Schwere der bereits eingetretenen Hirnschäden – ab.

Patienten im so genannten »Wachkoma« haben das Bewusstsein und die aktive Reaktionsfähigkeit aufgrund von Hirnschädigungen verloren. Elektrische Hirnaktivität ist aber noch messbar (EEG, evozierte Potenziale). Dabei sind große Teile des Großhirns oft unwiderruflich geschädigt, während die Funktionen des (gegenüber Sauerstoffmangel etwas weniger empfindlichen) Hirnstamms erhalten geblieben sind. Dazu gehören zum Beispiel die spontane Eigenatmung und alle Hirnstammreflexe (siehe Seite 14). All diese Formen der Hirnschädigung sind schwerwiegend, entsprechen jedoch in keiner Weise dem Hirntod. Ein Patient im Koma atmet in der Regel selbst. Ein Hirntoter braucht eine Beatmung und weitere intensivmedizinische Maßnahmen.



Grundlegende Funktionen lassen sich bestimmten Hirnregionen zuordnen. Auch sind beide Hirnhälften diesbezüglich nicht völlig identisch. Die Abbildung gibt die Verhältnisse für die so genannte »dominante« (linke) Hirnhälfte bei einem Rechtshänder wieder.

Unterschiedliche Formen der Hirnschädigung

In einem so vielschichtigen Organ wie dem Gehirn kann es zu den unterschiedlichsten Formen der Schädigung kommen. So gibt es einige wenige Patienten, bei denen die Schädigung primär den Hirnstamm betrifft und dort zu einem vollständigen Funktionsausfall führt. Diese Menschen sind nicht wach und von allen Umgebungseinflüssen abgeschnitten. Ihre elektrischen Großhirnaktivitäten können hingegen (zum Beispiel im EEG) messbar bleiben. Vom Tod des gesamten Gehirns lässt sich dieser isolierte Hirnstammausfall somit nur durch apparative Messungen sicher unterscheiden.

Ein solcher Ausfall war in allen bisher bekannten Fällen unwiderruflich. Dennoch gilt in Deutschland, dass der Hirntod erst dann eingetreten ist, wenn auch in dieser Situation mit Geräteuntersuchungen keine Großhirnaktivität mehr nachgewiesen werden kann.

Das Spiegelbild hierzu liefert der isolierte Ausfall der Großhirnfunktion. Diese Hirnschädigung lässt sich mit klinischen und apparativen Untersuchungen eindeutig nachweisen. Solche Patienten haben zwar kein Bewusstsein mehr, und das EEG zeigt eine »Null-Linie«, es finden sich aber noch Hirnstammreflexe. Dadurch ist bereits durch die klinische Untersuchung eine sichere Abgrenzung vom Hirntod möglich.

Zwei andere Syndrome sind einerseits ähnlich, weisen aber andererseits doch deutliche Unterschiede zu einem völligen, isolierten Hirnstamm- beziehungsweise Hirnrindenausfall auf: Das »Locked-in-Syndrom« und das »apallische Syndrom«.

Dem »Locked-in-Syndrom« liegt eine unvollständige Schädigung im Bereich des Hirnstamms zugrunde. Der Begriff beschreibt im klassischen Fall einen in sich »eingeschlossenen«, dabei aber vollständig wachen und wahrnehmungsfähigen Menschen, der fast völlig gelähmt ist. Er kann lediglich die Augen auf und ab bewegen – und auf diese Weise sogar mit seiner Umgebung durch ein »Morse-Alphabet« kommunizieren. Diese Menschen sind also keinesfalls tot. In wenigen Einzelfällen haben sie sich von dieser schweren Störung wieder völlig erholen können.

Vom »apallischen Syndrom« (Wachkoma) sprechen Ärzte, wenn infolge eines Sauerstoffmangels, wie bei vorübergehendem Herzstillstand oder Erstickungsanfällen, aber auch wenn infolge von Durchblutungsstörungen oder Verletzungen, Teile des Großhirns oder auch bestimmte Bereiche in der Tiefe des Gehirns ausfallen. Die Augen öffnen und schließen sich unwillkürlich. Der Patient liegt mit offenen Augen im Bett, er scheint wach und zeigt auch einen Schlaf-Wach-Rhythmus. Er nimmt von sich aus keinen Kontakt zu anderen und zur Umwelt auf und zeigt als Antwort auf Bemühungen einer Kontaktaufnahme allenfalls unwillkürliche Bewegungen oder auch Änderungen der Atmung oder des Pulses, aber keine persönlich-individuellen Reaktionen. Es besteht eine ausreichende eigene Atmung. Die passive Beweglichkeit ist oft infolge des allgemein erhöhten Muskelspannungszustands (Spastik) so eingeschränkt, dass Fehlstellungen von Gelenken und Kontrakturen nur durch aufwändige Pflege verhindert werden können.

Das Wachkoma kann vorübergehend oder weitgehend unverändert über Monate und auch Jahre anhaltend bestehen. Es lässt sich jedoch zu jeder Zeit als zwar schwerer, aber nur teilweiser Ausfall des Gehirns eindeutig vom Hirntod unterscheiden.

Abschließend bleibt zu betonen: Das Gehirn ist kein »Dienstleistungsbetrieb« mit unabhängig voneinander arbeitenden »Abteilungen«. Zwar sind vegetative unwillkürliche Funktionen vor allem im Hirnstamm angesiedelt, und das Bewusstsein ist im Wesentlichen an das Großhirn gekoppelt, aber dies gilt nicht mit Ausschließlichkeit. Erst beide »Abteilungen« zusammen ergeben ein funktionierendes Ganzes.

Die komplexe Struktur und Funktionsweise des Gehirns, die dem Menschen Denken, Fühlen und Bewusstsein ermöglichen, machen es zum wichtigsten Organ des Menschen. Das Gehirn unterscheidet den Menschen von anderen Lebewesen; es macht das Mensch-Sein aus und steuert die übrigen Organe.

Die Hirnszintigraphie ist ein modernes Verfahren, um den Stillstand der Hirndurchblutung nachzuweisen (siehe Seite 20).

Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.

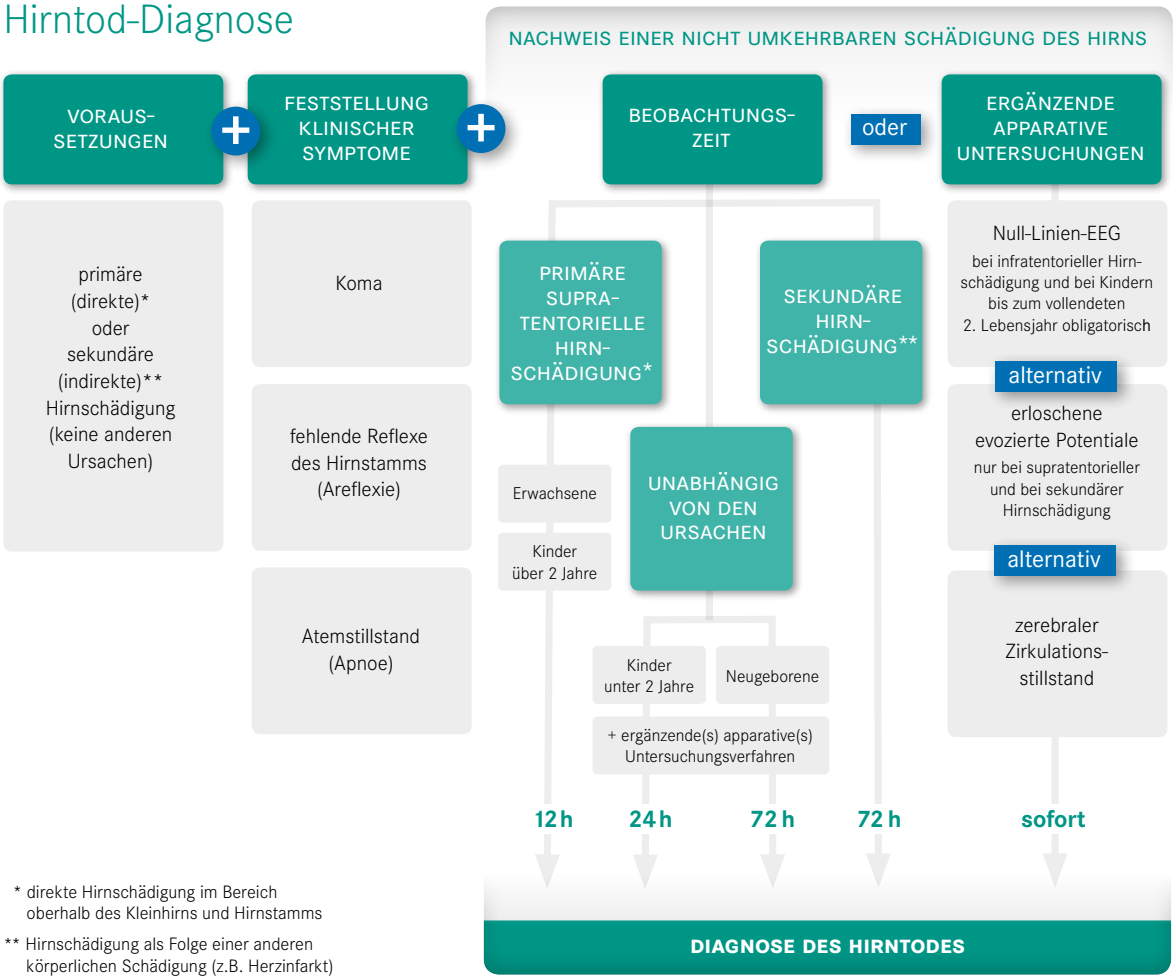
Der Hirntod ist das sichere innere Todeszeichen des Menschen.

Der Hirntod und seine Feststellung

Durch medizinische Begriffe wie »Hirntod« und »Herztod« entsteht der Eindruck, als gebe es mehrere Tode eines Menschen – oder als sei nur ein isoliertes Organ tot. Diese differenzierten Begriffe dienen aber der Unterscheidung der Todesursache: Der vollständige und endgültige Ausfall der Herz- oder der Lungenfunktion (Herz- oder Lungentod) bedeuten in gleicher Weise den Tod eines Menschen wie der vollständige und endgültige Ausfall der Gehirnfunktionen (Hirntod).

Es gibt keine Abstufung des Todes; ein Mensch, bei dem der Hirntod – also der vollständige und endgültige Ausfall des gesamten Gehirns – festgestellt wurde, ist tot. Auf den Hirntod folgen unweigerlich der Herzstillstand und der Ausfall der übrigen Organe, wenn nicht durch apparative Beatmung und Medikamente der Kreislauf und die Sauerstoffversorgung noch für eine begrenzte Zeit künstlich aufrechterhalten werden.

Hirntod-Diagnose



* direkte Hirnschädigung im Bereich oberhalb des Kleinhirns und Hirnstamms

** Hirnschädigung als Folge einer anderen körperlichen Schädigung (z.B. Herzinfarkt)

Für die Feststellung des Hirntodes müssen bestimmte Voraussetzungen (links) gegeben sein. Ärzte prüfen, ob die klinischen Symptome vorliegen, die mit dem Hirntod verbunden sind. Diese Untersuchungen (siehe Seite 18) werden nach einer bestimmten Beobachtungszeit wiederholt (Mitte). Anstelle einer Wiederholung kann auch eine ergänzende apparative Untersuchung (rechts) erfolgen, durch die der Ausfall der gesamten Gehirnfunktion oder der Gehirndurchblutung nachgewiesen wird (siehe Antwort 2, Seite 27).

Für die Feststellung des Hirntodes gibt es nach Paragraf 16 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) Richtlinien der Bundesärztekammer. Die Sicherheit der Diagnose beruht auf mehrstufigen und wiederholten Untersuchungen, die durch zwei erfahrene Ärzte unabhängig voneinander durchgeführt werden. Diese Ärzte dürfen nicht an der Organentnahme oder Organtransplantation beteiligt sein, um Interessenskonflikte zu vermeiden.

Augenfälliges Zeichen einer schweren Hirnschädigung ist die tiefe Bewusstlosigkeit (Koma). Sie gehört zu den Symptomen des Hirntods. Erst wenn eine primäre oder sekundäre Hirnschädigung als Ursache des Komas zweifelsfrei feststeht, darf die Hirntoddiagnostik eingeleitet werden (Voraussetzung für Hirntoddiagnostik). Dabei muss beim Untersuchten alles ausgeschlossen sein, was das Koma oder die klinische Untersuchung der Hirnstammreflexe beeinflussen könnte, wie zum Beispiel Auswirkungen vorher verabreichter Medikamente oder eine sehr niedrige Körpertemperatur. Deshalb können eine spezielle Wärmedecke oder Labortests, mit denen nach einschlägigen Medikamenten gesucht wird, notwendig werden.

Die so genannte klinische Hirntodfeststellung beruht auf der Untersuchung des Patienten ohne Geräte und auf der Verlaufsbeobachtung mit dem Ergebnis, dass die Ausfallsymptome des Gehirns anhalten: das tiefe Koma, das Fehlen der Hirnstammreflexe und der Atemstillstand.

Das tiefe Koma ist das vollständige Fehlen jeglicher bewusster Reaktion auf alle äußeren Reize.

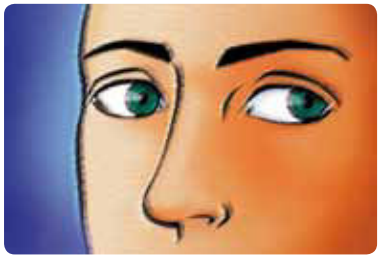
Ergänzend zur klinischen Untersuchung des Patienten können Ärzte durch apparative Untersuchungen der Hirnfunktionen und der Hirndurchblutung den Hirntod feststellen.

Patienten, bei denen auch nur der geringste Anhalt für ein auch nur teilweise erhaltenes Bewusstsein besteht, sind nicht hirntot.

Anschließend wird die Funktion des Stammhirns untersucht, das die meisten unbewussten Reaktionen steuert. Hierzu dient die Prüfung von fünf verschiedenen Reflexen, welche die Hirnstammfunktion auf unterschiedlichen anatomisch-funktionellen Ebenen widerspiegeln und auch bei bewusstlosen (nicht hirntoten) Patienten auslösbar sind (siehe S. 18). Erst wenn diese Reflexe beidseits eindeutig ausgefallen sind, wird die Fähigkeit zur Eigenatmung geprüft.

Normale Pupillenreaktion

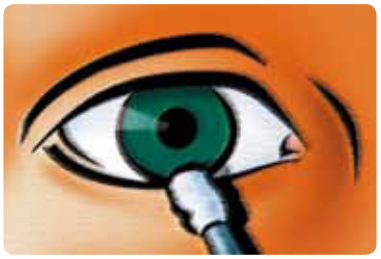
Fehlende Pupillenreaktion beim Hirntoten



Erhaltene Augenbewegung bei einem bewusstlosen (nicht hirntoten) Patienten

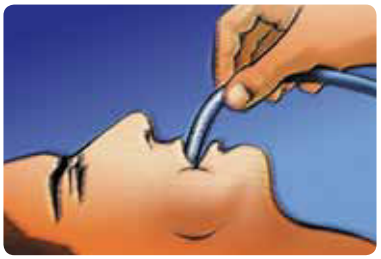
Fehlende Augenbewegung beim Hirntoten

Normaler Hornhautreflex



Fehlender Hornhautreflex bei einem Hirntoten

Schmerzreaktion im Gesicht



Würgreflex

A. Klinische Untersuchungen

Die Pupillenreaktion

Im Normalfall sind beide Pupillen immer gleich weit und reagieren auf Licht mit einer Verengung. Trifft ein Lichtstrahl nur ein Auge, verengen sich reflektorisch beide Pupillen. Wenn der Hirntod eingetreten ist, fehlt dieser Reflex. Beide Pupillen sind mittelweit oder weit, mitunter unterschiedlich weit; sie reagieren nicht auf Lichtreize.

Das »Puppenkopfphänomen«

Ist ein Patient bewusstlos, aber noch nicht hirntot, reagiert er auf schnelle Dreh- oder Nickbewegungen seines Kopfes mit einer langsamen Gegenbewegung der Augen. Bei einem Hirntoten bleiben die Augen während dieses Tests reaktionslos in ihrer Ausgangsstellung.

Der Hornhautreflex

Sobald ein Fremdkörper die Hornhaut berührt, schließen sich die Augenlider reflektorisch zum Schutz. Wird diese Reaktion bei einem Hirntoten mit einem Wattestäbchen geprüft, erfolgt keinerlei Reaktion.

Reaktion auf Schmerzreize

Auf Schmerzreize im Gesicht reagieren auch Patienten im tiefen Koma mit erkennbaren Muskelzuckungen oder anderen Abwehrreaktionen der Kopf- und Gesichtsmuskulatur. Bei einem Hirntoten bleibt dieser Reflex aus.

Würg- und Hustenreflex

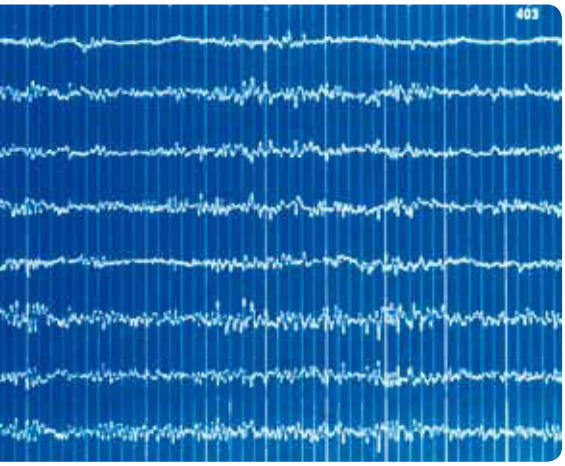
Berührungen der hinteren Rachenwand lösen bei gesunden Menschen einen Würgreflex aus. Auch Bewusstlose zeigen diesen Würg- oder Hustenreflex beim Absaugen von Schleim über den Beatmungsschlauch. Diese Reflexe fehlen, wenn der Hirntod eingetreten ist.

Ausfall der Spontanatmung

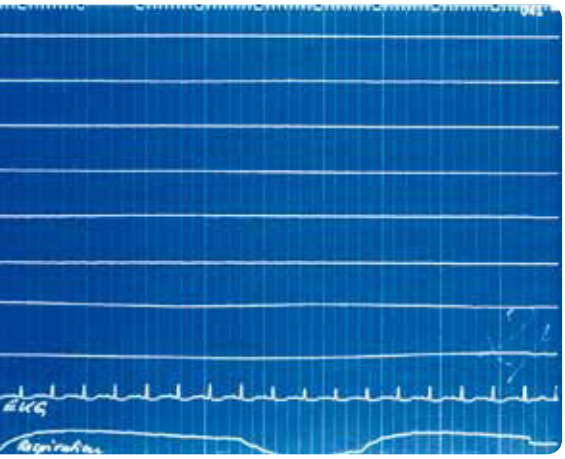
Das unbewusste Atmen, auch Spontanatmung genannt, ist ein lebenswichtiger Reflex, welcher vom Atemzentrum im unteren Hirnstamm gesteuert wird. Durch eine Rückkopplung, wie bei einer elektronischen Schaltung, wird die Eigenatmung dabei durch zwei Regelgrößen kontrolliert: Zum einen ist dies der Sauerstoffgehalt im Blut, zum anderen der Gehalt an Kohlendioxid. Schon durch kurzfristiges Aussetzen der Ausatmung (zum Beispiel beim Luftanhalten) kommt es zu einem Anstieg des Kohlendioxid-Gehaltes im Blut, was für bestimmte »Rezeptoren« im Hirnstamm den stärksten Atemanreiz darstellt.

Die Überprüfung der Spontanatmung (Apnoe-Test) wird immer erst dann durchgeführt, wenn alle übrigen Hirnstammreflexe ausgefallen sind. Dies dient der Feststellung, ob die Fähigkeit zur eigenständigen Atmung verloren gegangen ist. Hierfür wird der bewusstlose Patient zunächst mit 100-prozentigem Sauerstoff beatmet, wodurch eine hohe Sauerstoff-sättigung im Blut erzielt wird. Zur Sicherheit wird diese kontinuierlich mit einem so genannten Pulsoxymeter kontrolliert.

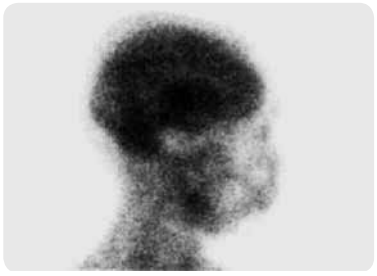
Dann wird der Patient gezielt mit ein oder zwei Atemzügen pro Minute beatmet. Dadurch steigt der Kohlendioxid-Gehalt im Blut an. Dies bedingt einen maximalen Reiz für das Atemzentrum. Die Sauerstoff- und Kohlen-dioxid-Konzentrationen im Blut werden durch ständige Blutgasanalysen kontrolliert. Ist ein bestimmter, in den Hirntod-Richtlinien genau festgelegter Kohlendioxid-Wert erreicht, muss es bei einem noch funktionierenden Atemzentrum zur Atemtätigkeit kommen. Darauf wird im Untersuchungs-verlauf ständig geachtet. Setzt die Eigenatmung in dieser Zeit nicht ein, ist das Atemzentrum ausgefallen.



Normales EEG eines Gesunden



Isoelektrische Stille (»Null-Linien-EEG«) bei einem Hirntoten. Nur die elektrische Aktivität des Herzens (EKG, neunter Kanal; unten) sowie Erhebungen durch die maschinelle Beatmung (zehnter Kanal, unterer Bildrand) sind erkennbar.



Hirnszintigraphie (Normalbefund)

Hirnszintigraphie bei einem Hirntoten mit der fehlenden Darstellung des Gehirns im Schädelinneren. Da das Gehirn nicht mehr durchblutet wird, gelangt der venös injizierte radioaktive Stoff nicht ins Gehirn.

B. Apparative Untersuchungen

Die elektrische Aktivität des Gehirns kann durch folgende Verfahren untersucht werden:

Elektroenzephalographie (EEG)

Die elektrische Aktivität der Hirnrinde lässt sich durch die Elektroenzephalographie (EEG) sichtbar machen. Für den Hirntod typisch ist das Fehlen jeder elektrischen Aktivität, die so genannte »Null-Linie«. Eine solche muss unter genau festgelegten Ableitungsbedingungen mindestens 30 Minuten lang nachgewiesen werden. Wie alle elektrophysiologischen Befunde ist das Null-Linien-EEG für sich allein nicht beweiskräftig, sondern bedarf im Zusammenhang mit der Hirntoddiagnostik der eben beschriebenen klinischen Voraussetzungen und Prüfungen.

Evozierte Potenziale

Diese stellen ein neueres Verfahren dar, bei dem elektrische Antworten des Gehirns auf äußere Reize durch ein spezielles technisches Mittelungsverfahren aus der normalen EEG-Aktivität herausgefiltert werden.

Für die Hirntoddiagnostik von Bedeutung sind die so genannten Hirnstamm-Potenziale (BERA) nach akustischer Reizung, die den Funktionszustand der Hörbahn vom Innenohr über weite Teile des Hirnstamms bis zum Hörzentrum im Schläfenlappen widerspiegeln.

Weiterhin wichtig sind die somatosensorisch evozierten Potenziale: Dabei wird die Antwort des Gehirns nach elektrischer Reizung eines Nervs am Handgelenk untersucht. Die Reizleitung lässt sich dabei durch charakteristische Potenziale auf ihrem Weg über das Armgeflecht, das Rückenmark sowie den Hirnstamm bis zur gegenseitigen Großhirnhälfte verfolgen. Dies entspricht exakt der Leitungsbahn einer Gefühlsempfindung.

Für den Hirntod typisch ist das Fehlen der Antwortpotenziale im Hirnstamm und Großhirn, wohingegen die übrigen, weiter peripher gelegenen Antworten erhalten bleiben können.

Die Durchblutung des Gehirns lässt sich mit folgenden Verfahren sichtbar machen:

Eine spezielle Computer Tomographie (SPECT) zeigt, dass sich der Blutstrom in die Nasenregion umverteilt, da kein Blut mehr ins Gehirn gelangt.

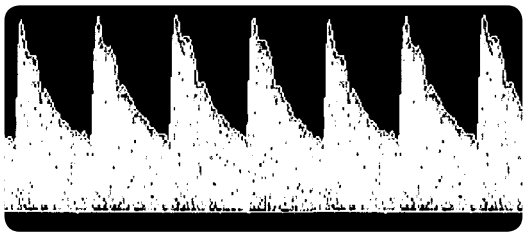
Hirnszintigraphie

Diese stellt die Durchblutung des Gehirns mittels radioaktiver Strahlung dar. Dazu werden dem Patienten (schwach) radioaktive Substanzen in eine Armvene injiziert, welche die durchbluteten Abschnitte des Gehirns sichtbar machen. Nicht durchblutete Regionen erscheinen leer. Mit dieser Methode lässt sich der vollständige Verlust der Hirndurchblutung im Hirntod sehr anschaulich darstellen.

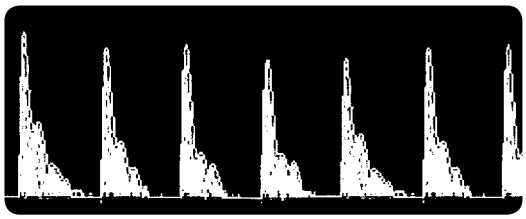
Doppler-Sonographie

Diese Ultraschall-Untersuchung liefert ein »akustisches Bild«, ein Echo der Hirndurchblutung. Dabei wird mit einer speziellen Sonde der Blutfluss in allen Gehirnversorgenden Gefäßen sowohl am Hals (extrakraniell) als auch durch den intakten Schädel hindurch (transkraniell) von einem in dieser Methode erfahrenen Arzt gemessen.

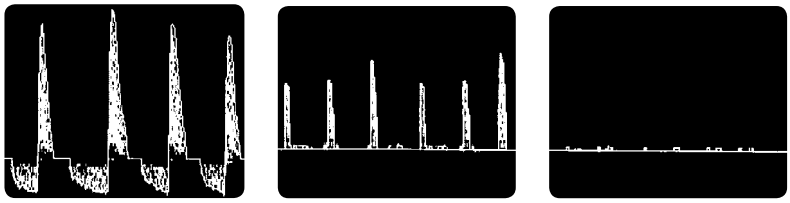
Beim Hirntoten zeigt ein typisches Echo-Muster den Durchblutungsstillstand im Gehirn (zerebraler Zirkulationsstillstand).



Die Transkranielle Doppler–Sonographie (Normalbefund) gibt ein »akustisches Bild« der Hirndurchblutung wider.



Bei zunehmendem Hirndruck kommt es zu einem fortschreitenden Erlöschen des gemessenen Pulssignals.



Im Hirntod zeigt sich der charakteristische so genannte »Pendelfluss« als Ausdruck eines Durchblutungsstillstandes, gefolgt von einem »Spike Flow« und schließlich einem Nullsignal (von links nach rechts).

Angiographie

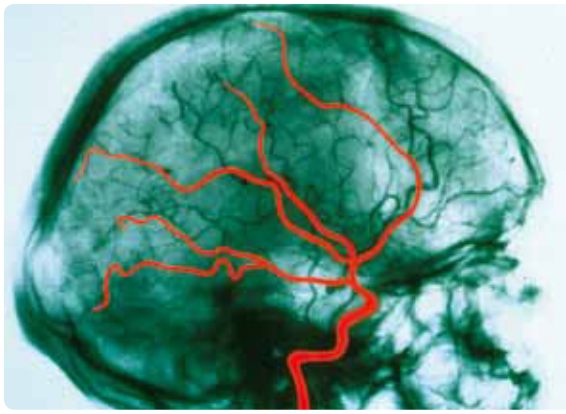
Dies ist ein Röntgenverfahren, bei dem – direkt oder (häufiger) durch einen über eine Beinarterie eingeführten Katheter – ein Kontrastmittel in die Hirnschlagadern gespritzt wird. Die Hirnarterien können so im Röntgenbild sichtbar gemacht werden. Bei einem Hirntoten zeigen die Schlagadern an der Stelle, wo sie in die Schädelhöhle eintreten, oder am Hals einen Abbruch des Kontrastmittelflusses. Dies bedeutet einen völligen Durchblutungsstillstand im Gehirn – und damit dessen endgültigen Ausfall.

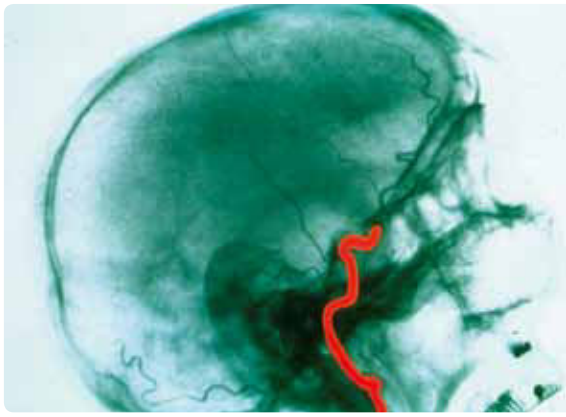
Die Angiographie hat das vornehmliche Ziel, Erkenntnisse für therapeutische Entscheidungen zu gewinnen. Der nachgewiesene Ausfall der Durchblutung ist jedoch ein eindeutiger Nachweis des Hirntodes und als Bildverfahren sehr anschaulich. Während in vielen Ländern die Methode ausdrücklich empfohlen wird, halten die Richtlinien der Bundesärztekammer eine therapeutische Fragestellung für notwendig.

Gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes darf eine Angiographie nur dann durchgeführt werden, wenn noch die Möglichkeit für therapeutische Erkenntnisse beim Untersuchten – also ein möglicher Nutzen für seine Behandlung – besteht.

Die oben genannten Untersuchungsmethoden (Hirnszintigraphie, Dopplersonographie) können den Durchblutungsausfall des Gehirns genauso sicher wie die Angiographie nachweisen.

Eine Überarbeitung der Richtlinien mit Evaluierung neuer Computerverfahren zur Hirntoddiagnostik ist in Vorbereitung.





Rechts oben:
Die Angiographie (Normalbefund) zeigt hier die erhaltene Durchblutung aller Hirngefäße im Schädelinneren.

Rechts unten:
Angiographie bei einem Hirntoten:
Es kommt zu einem charakteristischen Abbruch der Durchblutung beim Eintreten der Gefäße ins Schädelinnere.

C. Beobachtungszeiten Feststellung der Irreversibilität

Die apparativen Untersuchungsmethoden dienen dem Zweck, die Irreversibilität (Unwiderruflichkeit) des Hirnausfalls und damit den Hirntod nachzuweisen.

Alternativ kann hierzu in den meisten Fällen auch die klinische Untersuchung nach einer Beobachtungszeit wiederholt werden. Die Dauer dieser Beobachtungszeiten beträgt zwischen 12 und 72 Stunden (siehe Seite 16). Sie ist von der jeweiligen Ursache der Hirnschädigung und vom jeweiligen Alter des Betroffenen abhängig und wurde, basierend auf internationalen Erfahrungen, in den Kriterien der Bundesärztekammer, festgelegt.

Nur bei Kindern unter zwei Jahren und in allen Fällen einer primären Schädigung des Hirnstamms (siehe auch Seite 16) ist ein kombiniertes Vorgehen aus klinischen und technischen Untersuchungen vorgeschrieben.

D. Das Hirntod-Protokoll

Um den Hirntod festzustellen, prüfen die Ärzte die notwendigen Voraussetzungen, den Hirnausfall und seine Irreversibilität. Erst durch die Zusammenschau der Vorgeschichte und der Befunde kann der Hirntod festgestellt werden.

Wie jede andere Diagnose erfordert die Hirntodfeststellung ein Höchstmaß an ärztlicher Sorgfalt und Erfahrung. Da es sich um eine Diagnose mit großer Tragweite handelt, nämlich um die Unterscheidung (Feststellung) von Leben und Tod, wurde der Ablauf streng reglementiert. Fachleute verschiedener Disziplinen haben das weltweite Wissen über den Hirntod und seine Diagnostik zusammengetragen und jene Anforderungen herausgearbeitet, welche die Hirntoddiagnose heute erfüllen muss.

Der Hirntod muss gemäß dem deutschen Transplantationsgesetz (TPG) nachweislich diagnostiziert werden. Die Bundesärztekammer hat dazu Richtlinien formuliert, die eine Dokumentation über das »Protokoll zur Feststellung des Hirntodes« vorsehen. Das TPG schreibt außerdem vor, dass die für den Nachweis des Hirntodes erforderlichen Feststellungen durch zwei dafür qualifizierte Ärzte auf Grund unabhängiger Untersuchungen getroffen werden müssen. Als Qualifikation gilt nach den »Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes« eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung schwerer Hirnschädigungen.

Die einzelnen Untersuchungsergebnisse werden von beiden Ärzten separat jeweils auf einem Formular, dem »Protokoll zur Feststellung des Hirntodes« (siehe Abbildung rechts) eingetragen. Dieses wird von beiden Ärzten jeweils separat unterzeichnet. Auf Wunsch können die Angehörigen das Protokoll einsehen.

Protokoll zur Feststellung des Hirntodes

Name_____ Vorname_____ geb.:_____Alter:_____

Klinik:_____

Untersuchungsdatum:_____ Uhrzeit:_____ Protokollbogen-Nr.:_____

1. Voraussetzungen:

1.1 Diagnose_____

Primäre Hirnschädigung:_____supratentoriell_____infratentoriell_____

Sekundäre Hirnschädigung:_____

Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns:_____

1.2 Folgende Feststellungen und Befunde bitte beantworten mit Ja oder Nein

Intoxikation	ausgeschlossen:_____
Relaxation	ausgeschlossen:_____
Primäre Hypothermie	ausgeschlossen:_____
Metabolisches oder endokrines Koma	ausgeschlossen:_____
Schock	ausgeschlossen:_____
Systolischer Blutdruck	_____mmHg

2. Klinische Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion

2.1 Koma_____

2.2	Pupillen weit / mittelweit Lichtreflex beidseits	fehlt_____
2.3	Okulo-zephaler Reflex (Puppenkopf-Phänomen) beidseits	fehlt_____
2.4	Korneal-Reflex beidseits	fehlt_____
2.5	Trigeminus-Schmerz-Reaktion beidseits	fehlt_____
2.6	Pharyngeal-/Tracheal-Reflex	fehlt_____
2.7	Apnoe-Test bei art. p_aCO_2 _____mmHg	erfüllt_____

3. Irreversibilitätsnachweis durch 3.1 oder 3.2

3.1 Beobachtungszeit:

Zum Zeitpunkt der hier protokollierten Untersuchungen bestehen die oben genannten Symptome seit____Std.

Weitere Beobachtung ist erforderlich mindestens 12 / 24 / 72 Stunden ja_____nein_____

3.2 Ergänzende Untersuchungen:

		ja	nein	Datum	Uhrzeit	Arzt
3.2.1	Isoelektrisches (Null-Linien-) EEG, 30 Min. abgeleitet:					
3.2.2	Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-potentiale, Welle III-V, beidseits erloschen					
	Medianus-SEP beidseits erloschen					

3.2.3 Zerebraler Zirkulationsstillstand beidseits festgestellt durch:

Doppler-Sonographie:_____Perfusionsszintigraphie:_____Zerebrale Angiographie:_____

Datum_____ Uhrzeit_____ untersuchender Arzt_____

Abschließende Diagnose:

Aufgrund obiger Befunde, zusammen mit den Befunden der Protokollbögen Nr._____, wird der Hirntod und somit der **Tod des Patienten** festgestellt am:_____ um_____Uhr

Untersuchender Arzt:_____ _____

Name Unterschrift

Gemäß den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer (BÄK), 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG), Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30 (24. 07.1998), Seite A-1861-1868

Todeszeichen – der Augenschein trügt!

Ein Mensch, dessen Herz, Blutkreislauf und Atmung längere Zeit still stehen, ist zweifelsfrei als Leichnam zu erkennen; er ist blass, bewegungslos und kühl. Dies und die sicheren äußeren Todeszeichen, die Totenflecke, Totenstarre und Anzeichen der Verwesung, werden durch die Beatmung und die übrige Intensivbehandlung bei Hirntoten verhindert und treten deshalb nicht auf. Darüber hinaus zeigen sich gelegentlich bei Hirntoten Reaktionen, die sich mit der Vorstellung vom Tod vordergründig nicht in Einklang bringen lassen. So kann bei der Organentnahme plötzlich der Blutdruck ansteigen oder sich der Puls erhöhen; es kann zu Muskelzuckungen oder Hautrötungen kommen. Empfinden Hirntote also doch Schmerzen?

Der Schein trügt. Bereits tierexperimentelle Untersuchungen aus den Jahren 1870 und 1946 beweisen, dass es sich hierbei lediglich um Reaktionen handelt, die durch das Rückenmark vermittelt werden. Infolge einer äußeren Berührung kann es zu einem Rückenmarksreflex, beispielsweise zu einer unwillkürlichen Bewegung des Armes oder Beines, kommen. Da im Hirntod die hemmende Wirkung des Gehirns auf das Rückenmark fehlt, treten diese Reflexe oft verstärkt auf. Dies kann für Außenstehende verwirrend oder belastend wirken; verstärkte Rückenmarksreflexe sind aber ein typisches Zeichen für den Hirntod.

Hirntod und Schmerzempfinden

Bewusstes Schmerzempfinden gibt es im Hirntod nicht. Es setzt ein Bewusstsein voraus, das an ein funktionierendes Gehirn gebunden ist. Daher kann ein Hirntoter keinen Schmerz mehr empfinden. Ebenso verhält es sich mit dem Blutdruckanstieg oder unwillkürlichen Muskelzuckungen. Auch bei diesen handelt es sich nur um reflektorische Reaktionen; denn die Schmerzempfindung erfolgt im Gehirn und das ist abgestorben.

Um den Unterschied zwischen automatischen und bewussten Reaktionen zu verstehen, muss man das Entstehen und Empfinden von Schmerz kennen. So werden zum Beispiel bei Berührung einer heißen Herdplatte Schmerzrezeptoren in der Haut aktiviert. Diese sind mit Nerven verbunden, welche zum Rückenmark laufen, wo sie einen Schutzreflex auslösen. In unserem Beispiel wird nun blitzschnell der Finger zurückgezogen, bevor ernsthafte Verbrennungen auftreten. Während dieser Phase, welche nur den Bruchteil einer Sekunde dauert, verspürt man noch keinen Schmerz. Dazu muss sich der Nervenimpuls erst seinen Weg über das Rückenmark bis in die Großhirnrinde bahnen. Erst dort wird er zum Schmerz.

Auch Querschnittsgelähmte, bei denen eine Durchtrennung des Rückenmarkes, zum Beispiel im Halsbereich, eingetreten ist, können ohne Narkose zum Beispiel an einem »akuten Blinddarm« operiert werden. Dabei kommt es zu exakt den gleichen Hautrötungen, zu lokalen Schweißreaktionen und Muskelzuckungen, ohne dass Schmerz wahrgenommen wird.

Zur Organentnahmeoperation ist in Folge dessen auch keine Narkose erforderlich. Es werden allenfalls Medikamente verabreicht, die eine Erschlaffung der Muskeln erzielen und damit die im Rückenmark umgeschalteten Reflexe unterdrücken.

In der öffentlichen Diskussion wurde in der vergangenen Zeit angeführt, in der Schweiz würde bei der Organentnahme eine Narkose empfohlen und dies sei sogar gesetzlich verpflichtend. Das ist nicht richtig. Vielmehr gibt es eine Empfehlung der »Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW)«, die für die Organentnahme eine Gabe von sogenannten volatilen Anästhetika empfiehlt, mit dem ausdrücklichen Ziel, die Durchblutung der zur Entnahme vorgesehenen Organe zu verbessern*. Eine zentral auf das Gehirn wirkende Narkose ist ausdrücklich nicht damit verbunden – weil sie im Hirntod nichts mehr bewirken kann.

*»Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen – Medizinisch-ethische Richtlinien«; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; Mai 2011

Gesetze und Richtlinien zu Organspende und Transplantation in Deutschland

Das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz, TPG) vom 1. Dezember 1997 schuf Rechtssicherheit und machte die Feststellung des Hirntodes gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer zu einer unerlässlichen Voraussetzung für eine Organspende. Dies und die notwendige Zustimmung zur Organentnahme schützen den Einzelnen. Der Verstorbene kann zu Lebzeiten einer Organspende zugestimmt haben oder seine Angehörigen werden gebeten, nach dessen mutmaßlichen Willen zu entscheiden.

Die Organtransplantation ist heute fester Bestandteil in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Seit 1963 wurden über 108.000 Organübertragungen durchgeführt. Derzeit warten in Deutschland über 12.000 Schwerkranke auf eine Transplantation.

Das 2012 neu verabschiedete Transplantationsgesetz unterscheidet sich von der alten Version von 1997 in einigen wesentlichen Punkten. Der Gesetzgeber erklärt eindeutig zum Ziel des Gesetzes, die Organspende zu fördern. Er verpflichtet die Krankenkassen, die Bevölkerung in regelmäßigen Abständen mit entsprechendem Informationsmaterial über die Organspende zu informieren mit dem Ziel, dass die Bürger eine Entscheidung für sich selbst treffen (Entscheidungslösung). Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein. Ein ganz wesentlicher Punkt ist auch die gesetzlich geforderte Bestellung von Transplantationsbeauftragten in allen Krankenhäusern mit Intensivstationen, die über die DSO finanziert werden sollen. Detailfragen zur Ausbildung der Transplantationsbeauftragten und dem Umfang ihrer Tätigkeit werden noch diskutiert. In jedem Fall ist zu hoffen, dass die offizielle Bestellung eines für die Organspende Verantwortlichen auf Krankenhausniveau eine direkte und klare Entscheidungsebene schafft, die es ermöglicht, mehr Organspender zu gewinnen. Das alte TPG in dem die Organspende als Gemeinschaftsaufgabe aller definiert wurde, ist jetzt präzisiert und einer personenbezogenen Verantwortlichkeit gewichen.

Die Meldung der Krankenhäuser über den Hirntod von Patienten, die als Organspender in Betracht kommen, erfolgt direkt an die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Sie unterstützt durch Koordinatoren den gesamten Organspendeprozess im Krankenhaus und leitet auch alles Notwendige zur Entnahme und Vergabe der gespendeten Organe ein. Diese fachliche Beratung und organisatorische Entlastung ist notwendig, da vor allem in kleineren Krankenhäusern Organspenden selten vorkommen.

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation engagiert sich seit ihrer Gründung 1984 für die Organspende; seit Juli 2000 ist sie durch einen Vertrag mit der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband (vormals Spitzenverbände der Krankenkassen) gemäß Paragraf 11 des TPG mit den Aufgaben der Koordinierungsstelle betraut. Neben der medizinischen und logistischen Unterstützung betreuen die Mitarbeiter der DSO auch die trauernden Angehörigen.

Um bundesweit und zeitnah bei möglichen Organspenden vor Ort zu sein, ist das Bundesgebiet in sieben Organspenderegionen aufgeteilt. Jede Region verfügt über eine Organisationszentrale, die rund um die Uhr erreichbar ist.

Basierend auf den Vorgaben des TPG wurde die Stiftung Eurotransplant (Niederlande) vertraglich als unabhängige Vermittlungsstelle für Spenderorgane von Verstorbenen verpflichtet. Transplantierende Kliniken geben die medizinischen Daten der Patienten, die auf eine Transplantation warten, an Eurotransplant. Mit Hilfe der Angaben zum Spender durch die DSO kann Eurotransplant die passendsten Empfänger aus ihren Datenbanken ermitteln. Durch die zentrale Registrierung der wartenden Patienten und die zentrale Vermittlung in einem großen Einzugsgebiet (Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Slowenien und ab 1.1.2012 Ungarn) erhöht sich die Chance auf ein passendes oder besonders dringlich benötigtes Organ. Die Spenderorgane werden schnellstmöglich in die transplantierenden Kliniken transportiert, in denen die ermittelten Empfänger behandelt werden. Die Art der Krankenversicherung, finanzielle oder andere als medizinische Faktoren haben keinen Einfluss auf die Vergabe eines Spenderorgans.

Dank der Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Abstoßungsreaktionen beim Empfänger (Immunsuppression) können Transplantierte heute länger und besser leben.

Die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, zur Wartelistenführung und Organvermittlung sind auf der Website der Bundesärztekammer zu finden (www.baek.de).

Umfassende Informationen und Daten zur Organspende und Transplantation in Deutschland bieten außerdem die Internetseiten der Deutschen Stiftung Organtransplantation (www.dso.de) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.organspende-info.de).

Individuelle Fragen zu Organ- und Gewebespenden beantworten die Mitarbeiterinnen des Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400. Dieser Service ist eine Gemeinschaftsaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der DSO.

Zu den Aufgaben der DSO bei Organspenden gehören:

- Beratung des Krankenhauspersonals über Organspenden
- die Klärung der medizinischen Voraussetzungen (primäre oder sekundäre Hirnschädigung)
- bei Bedarf Bereitstellung von Neurologen (zur Hirntodfeststellung)
- die Unterstützung beim Gespräch mit den Angehörigen
- der Kontakt mit der Staatsanwaltschaft bei nicht natürlicher Todesursache
- die Unterstützung des Intensivteams bei der Betreuung des Spenders
- die Organisation der Untersuchungen des Spenders (Infektionen, Krankheiten, Organfunktion, Blutgruppe, Gewebemerkmale)
- die Weitergabe der Daten an die Vermittlungsstelle für die Zuteilung der Organe an Empfänger
- die Organisation der Organentnahme, -konservierung und -transporte
- Betreuung der Angehörigen während und nach der Organspende

Antworten auf die häufigsten Fragen

Wie kommt es zu Hirnschädigungen?

Hirnschädigungen können verschiedene Ursachen haben: Bei primären Hirnschädigungen ist das Gehirn direkt durch Blutungen, Hirnschlag (Hirninfarkt), Hirntumore oder Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma) betroffen. Zu sekundären Hirnschäden kommt es zum Beispiel durch einen Kreislaufstillstand, Schockzustände oder auch Ertrinkungs- oder Erstickungsunfälle, die zu Sauerstoffmangel führen. Das Gehirn, als das empfindlichste Körperorgan, wird durch länger anhaltenden Sauerstoffmangel am stärksten geschädigt. Schon ein Sauerstoffmangel von nur 10 bis 15 Minuten kann zum Verlust sämtlicher Hirnfunktionen führen.

Ausgeprägte Verletzungen oder Schädigungen des Gehirns machen eine Beatmung und Behandlung auf der Intensivstation notwendig. Jede schwere, akut eintretende Schädigung führt zur Ausbildung einer Gehirnschwellung (Ödem), die eine Abnahme und schließlich den Stillstand der Hirndurchblutung zur Folge haben kann. Da die Schwellung aufgrund des knöchernen Schädels nicht ausweichen kann, übersteigt der Druck im Schädelinneren allmählich den Blutdruck, so dass schließlich alle versorgenden Blutgefäße abgedrückt werden. Ohne Blut und Sauerstoff stirbt das Gehirn ab.

Wie wird der Hirntod festgestellt?

Der Hirntod lässt sich durch eine Serie vorgeschriebener Untersuchungen zweifelsfrei feststellen. Die Sicherheit der Diagnose basiert auf einem dreistufigen Untersuchungsschema sowie speziellen Anforderungen an die Qualifikation, Neutralität und Zahl der untersuchenden Ärzte. Die Feststellung des Hirntodes darf nur von Ärzten vorgenommen werden, die in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen erfahren sind. Spezielle Richtlinien der Bundesärztekammer schreiben dies vor.

Diese Ärzte dürfen gemäß dem Transplantationsgesetz weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe beteiligt sein. Die vorgeschriebenen Untersuchungen müssen von zwei Ärzten unabhängig voneinander durchgeführt werden.

In dem dreistufigen Untersuchungsschema werden

- die Voraussetzungen geprüft, die gegeben sein müssen, um die Diagnose sicher stellen zu können,
- vorgeschriebene Testserien (klinische Untersuchungen) zum Nachweis des vollständigen Ausfalls aller Hirnfunktionen durchgeführt
- und die Unumkehrbarkeit (Irreversibilität) des vollständigen Gehirnausfalls bewiesen, in dem die Testserie innerhalb einer Beobachtungszeit von 12 bis 72 Stunden (je nach Ursache der Hirnschädigung) wiederholt wird. Anstelle einer Wiederholung kann auch eine ergänzende apparative Untersuchung die Unumkehrbarkeit des Gehirnausfalls belegen. Bei Kindern unter zwei Jahren ist wegen der Unreife des Gehirns ein kombiniertes Vorgehen aus klinischen und apparativen Untersuchungen verpflichtend.

Zur Prüfung der Voraussetzungen gehört es, die Ursache der Hirnschädigung klar festzustellen. Außerdem müssen die Ärzte belegen können, dass keine Medikamente oder Stoffwechselentgleisungen den beobachteten Ausfall der Hirnfunktionen verursacht oder mitverursacht haben.

Der Nachweis des vollständigen Ausfalls aller Hirnfunktionen erfolgt, indem die Hirnstammreflexe im tiefsten Teil des Gehirns durch spezielle Reflextests geprüft werden. Der Ausfall jedes einzelnen Reflexes muss dabei eindeutig sein und vom jeweiligen Untersucher auf einem vorgeschriebenen Befundbogen dokumentiert werden (siehe Seite 23).

Die Unumkehrbarkeit (Irreversibilität) ist nachgewiesen, wenn bei einer primären Hirnschädigung alle Ausfallsymptome nach zwölf Stunden erneut bestätigt worden sind. Bei einer sekundären (indirekten) Hirnschädigung beträgt diese Beobachtungszeit 72 Stunden. Der eingetretene Hirntod ist ebenfalls bewiesen, wenn im Anschluss an das erste Nachweisverfahren bestimmte apparative Untersuchungen folgen.

Dazu gehört zum Beispiel die Messung der elektrischen Hirnaktivität (Elektroenzephalogramm, EEG). Wenn es keine Hirnaktivität mehr gibt, die zu Ausschlägen in der Aufzeichnung führen, entsteht eine so genannte Null-Linie. Eine über mindestens 30 Minuten vorliegende Null-Linie belegt, dass das Gehirn seine Funktionen unwiederbringlich verloren hat. Eine weitere apparative Untersuchung, die den eingetretenen Hirntod bestätigt, ist eine spezielle Ultraschalluntersuchung (transkranielle und extrakranielle Dopplersonographie), die aufzeigt, dass das Gehirn nicht mehr durchblutet wird (siehe Seite 20 - 21).

Die beschriebene Methodik der Hirntodfeststellung macht die Diagnose Hirntod zur sichersten Diagnose in der Medizin. Die Untersucher dokumentieren alle Befunde auf dem »Protokoll zur Feststellung des Hirntodes« (Seite 23). Das Tagesdatum und die Uhrzeit bei Beendigung der Nachweisverfahren gelten als Todeszeitpunkt des untersuchten Patienten. Die Angehörigen können auf Wunsch die Dokumentation einsehen und auch eine Person ihres Vertrauens einbeziehen (zum Beispiel einen weiteren vertrauten Arzt).

Seit wann kann der Hirntod festgestellt werden?

Der Tod des Gehirns stellt beim Menschen und bei allen höher entwickelten Lebewesen immer das wesentliche Moment des Todes dar. Wessen Herz stehen bleibt, erleidet zwangsläufig in wenigen Minuten auch einen vollständigen und endgültigen Hirnfunktionsausfall. Damit ist der Mensch gestorben, selbst dann, wenn es gelingen sollte, den Herzschlag »wiederzubeleben«.

Aber erst seit Einführung der künstlichen Beatmung Ende der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts ist es möglich geworden, dass der Hirntod unabhängig und mit zum Teil erheblicher zeitlicher Verzögerung vor dem Versagen der übrigen Körperfunktionen eintreten kann, das heißt auch vor dem schließlichen Herzstillstand. Die klinische Erstbeschreibung dieses Zustandes (unter der Bezeichnung »Coma dépassé«) erfolgte 1959 durch die französischen Wissenschaftler Pierre Mollaret und Michel Goulon.

In den USA wurden erstmals 1968 durch das Ad Hoc Committee, in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls 1968 durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und ab 1982 durch die Bundesärztekammer die diagnostischen Anforderungen für die Hirntodfeststellung standardisiert. Diese sind in den klinischen Grundsätzen mit den heutigen Bestimmungen identisch; die apparativen Verfahren zur Bestätigung des Hirntodes wurden allerdings seitdem erweitert und verfeinert.

Was ist der Unterschied zwischen »tiefem Koma« und dem Hirntod?

Als »tiefes Koma« wird ein Zustand von Bewusstlosigkeit bezeichnet, aus dem der Betroffene nicht erweckbar ist und äußere Reize allenfalls mit automatischen Reaktionen (Reflexen) beantwortet. Ein Wiedererwachen aus einem Koma ist möglich. Die Hirnfunktionen sind dabei teilweise erhalten und nachweisbar. Der Hirntod ist hingegen der komplette und unumkehrbare (irreversible) Ausfall aller Funktionen des Gehirns. Der Hirntod ist ein trotz aller Behandlungsmaßnahmen unabänderlicher Zustand – er bedeutet das sichere innere Todeszeichen des Menschen (siehe Seite 16).

Kann ein Hirntoter wieder erwachen?

Nein. Der zweifelsfreie Nachweis des eingetretenen Hirntodes beweist, dass alle Funktionen des Gehirns unwiederbringlich erloschen sind. Die Ursache hierfür ist ein Ausfall der Hirndurchblutung. Dies führt nach kurzer Zeit zum Absterben des Gehirns. Deshalb sind Aktivitäten des Gehirns oder gar ein Wiedererwachen aus dem Hirntod – ebenso wie jede Form von Bewusstsein nach Eintreten des Hirntodes – definitiv nicht möglich.

Gleichwohl gibt es anders lautende Medienberichte über einzelne Fälle. Hierbei handelt es sich ausnahmslos um Patienten, bei denen die Untersuchung nicht sachgerecht, nicht vollständig und/oder unter Missachtung der wesentlichen Voraussetzungen durchgeführt wurde. Keiner der behaupteten Fälle hat bisher einer wissenschaftlichen Überprüfung standgehalten. Selbstverständlich ist es in diesem Zusammenhang nie zu einer Organentnahme gekommen.

Wie ist es möglich, dass hirntote Schwangere noch ein Kind austragen können?

In sehr seltenen Fällen, abhängig vom Entwicklungsstadium des Kindes, kann es beim Hirntod der Mutter während der Schwangerschaft zu einer vollständigen Fötalentwicklung kommen. Unter maximalen intensivmedizinischen Maßnahmen kann das Kind in der Gebärmutter der hirntoten Schwangeren am Leben erhalten werden. Alle aktiven Stoffwechselleistungen erbringt der ungeborene Fötus bereits selbst, wenn er über den Kreislauf der Mutter versorgt wird. Trotzdem sind weltweit bisher nur Einzelfälle beschrieben, in denen eine solche Schwangerschaft bis zur Geburt eines gesunden Kindes erhalten werden konnte.

Wird ein potenzieller Organspender nicht zu früh von den Ärzten aufgegeben?

Nein, denn ein Arzt ist immer vorrangig am Überleben und an der Genesung »seines« Patienten interessiert und nicht am Wohlergehen eines eventuellen Organempfängers. Dazu ist er aufgrund seines hippokratischen Eides verpflichtet.

Auch sachlich ist die Befürchtung unbegründet. Wenn ein Patient mit schweren Hirnschädigungen aufgegeben würde, indem die Intensivtherapie reduziert oder abgebrochen wird, wäre auch eine potenzielle Organspende nicht mehr möglich, da in der Folge der Kreislauf zusammenbrechen würde.

Beeinflussen ärztliche Interessen die Entscheidung, wann und bei wem eine Hirntoddiagnostik vorgenommen wird?

Nein. Sowohl das ärztliche Standesrecht als auch das 1997 verabschiedete Transplantationsgesetz fordern, dass nur solche Ärzte die Hirntoddiagnostik vornehmen dürfen, die nicht an einer Organentnahme oder -übertragung beteiligt sind. Transplantationsmediziner werden erst einbezogen, wenn die Hirntoddiagnostik abgeschlossen ist. Diese strikte Aufgabentrennung bewahrt den Arzt vor dem inneren Zwiespalt, sich für das Wohl des einen oder anderen Patienten entscheiden zu müssen.

Braucht man die Hirntoddiagnostik nur für die Transplantationsmedizin?

Nein, denn die Hirntoddiagnostik zeigt, ob noch Gehirnfunktionen erhalten sind und somit eine weitere Behandlung bei einem Patienten noch die Chance auf eine Verbesserung seines Zustandes hat. Wenn die Hirntoddiagnostik den Ausfall des gesamten Gehirns nachweist, steht fest, dass der Hirntod eingetreten ist. Sofern keine Organspende möglich oder erwünscht ist, wird das Beatmungsgerät abgestellt und die Medikamentengabe beendet.

Wie lange kann ein Hirntoter beatmet werden?

In der Regel kommt es im Zusammenhang mit dem Hirntod zu Störungen der übrigen Organe, verschiedener Stoffwechselvorgänge und des Kreislaufes einschließlich des Wasser- und Salzhaushaltes. Die moderne Intensivmedizin kann den Ausfall vieler Organfunktionen über eine gewisse Zeit verhindern. Mit noch so großem Aufwand sind aber die Hirnfunktionen nicht zu ersetzen und der Ausfall auch nicht rückgängig zu machen.

Kann sich der Arzt bei der Hirntoddiagnostik irren?

Jede von Menschen getroffene Feststellung birgt in sich das Risiko eines Irrtums. Trotzdem kann auf Entscheidungen aber nicht verzichtet werden. Ohne Entscheidungen wären Menschen handlungsunfähig. Wichtig ist, dass alle Zweifel ausgeräumt sind. Die gesetzlichen Vorschriften und die verbindlichen strengen Richtlinien der Hirntoddiagnostik, die eine hohe Summe gleich lautender Befundergebnisse sowie eine Feststellung durch zwei voneinander unabhängige, in der Hirntoddiagnostik erfahrene Ärzte fordern, garantieren die wissenschaftliche Gültigkeit des Hirntod-Kriteriums und die Sicherheit seiner Feststellung.

Ist der Hirntote wirklich tot oder ist er ein Sterbender?

Sterben ist ein fließender Prozess. Mit dem Hirntod ist das Gehirn als notwendige und unersetzliche körperliche Grundlage für das Dasein des Menschen als körperlich-geistige Einheit zerstört. Damit ist die Grenze zwischen Leben und Tod überschritten, deshalb ist der Hirntote nicht mehr ein Sterbender sondern ein Gestorbener, ein toter Mensch.

Ein Hirntoter ist tot. Der Weg dahin, der sogenannte Sterbeprozess, ist allerdings ein fließender Prozess, der Stunden und manchmal sogar Tage dauern kann. Mit dem Hirntod ist das Gehirn als notwendige und unersetzliche körperliche Grundlage für das Dasein des Menschen als körperlich geistige Einheit

zerstört. In der medizinischen Wissenschaft gibt es unter Experten keine wirkliche Diskussion über die Frage des Hirntodes, allerdings ist eine Todesdefinition aus biologischer Sicht unterschiedlich. Biologen sprechen von Leben auch dann, wenn mehrere Zellen in einer Petrischale gezüchtet wurden. Medizinisch eindeutig und damit rechtsverbindlich in Deutschland ist die Feststellung des Hirntodes. Mit ihm ist die Grenze zwischen Leben und Tod überschritten und folglich kann und darf man auch bei einem Hirntoten nicht mehr von einem Sterbenden, sondern muss von einem gestorbenen, toten Menschen sprechen. Eine Wiederbelebung des Gehirns ist nicht möglich. Das Sterben und der Tod eines Menschen sind zu unterscheiden vom Absterben seiner Körperteile. Das Sterben des Menschen ist mit dem Hirntod beendet. Nach dem Tod des Menschen werden bei einer möglichen Organspende Kreislauf und Atmung nur kurzzeitig apparativ aufrechterhalten und so das Absterben der Organe, Gewebe und Zellen verzögert.

Ist eine Erklärung zur Organspende möglich, wenn gleichzeitig eine Patientenverfügung existiert?

Ja. Man kann diese so verfassen, dass die Möglichkeit zur Organspende erhalten bleibt. Um Unsicherheiten und Konflikte zu vermeiden, ist es wichtig, gerade zu diesen Punkten eindeutige Angaben zu machen und die Angehörigen darüber zu informieren.

Wichtig ist, die Menschen über die Vorgänge im Zusammenhang einer Organspende, aber auch in der Abgrenzung zwischen Organspende und Patientenverfügung transparent aufzuklären. Hierzu empfiehlt sich eine Formulierung wie folgt:

»Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.«

Die Medizin muss Fragen zum Tod als dem Lebensende des Menschen beantworten.

Sie tut dies auf naturwissenschaftlich-medizinischer Grundlage. In der Medizin gilt der Hirntod weltweit als wissenschaftlich und anthropologisch begründetes Kriterium für den eingetretenen Tod des Menschen und ermöglicht damit eine sichere Unterscheidung von Leben und Tod. Diese Definition hat zugleich ihre Gültigkeit in allen Rechtsfragen.

In einer pluralistischen Gesellschaft, die auch Einzelmeinungen toleriert, kann es bei so strittigen Fragen wie der Definition des Todes unterschiedliche Meinungen geben. Die Frage nach Leben und Tod ist auch Gegenstand von religiös-weltanschaulichen sowie von persönlichen Überzeugungen. Diese verschiedenen Perspektiven beeinflussen was jeder Einzelne als das Ende des Lebens versteht. Idealerweise können diese Perspektiven zu einem vorherrschenden Verständnis des Todes führen.

HERAUSGEBER

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)
Gemeinnützige Stiftung
Koordinierungsstelle Organspende

Deutschherrnufer 52
60594 Frankfurt am Main

Telefon 069 /677 328 9401
Telefax 069 /677 328 9409

kontakt@dso.de
www.dso.de

REDAKTION

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. Günter Kirste

GESTALTUNG UND DRUCKABWICKLUNG

Lindner & Steffen GmbH, Nastätten
www.lindner-steffen.de

Für die Überlassung der Abbildung auf Seite 15 unten danken wir Prof. Dr. Christoph Reiners, Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin der Universität Würzburg.

Im Text sind immer Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen, auch wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur eine Form verwendet wurde.

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Herausgebers

7. aktualisierte Auflage,
Frankfurt am Main,
September 2012

ISBN-Nr. 978-3-943384-05-5

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

WWW.DSO.DE

Tätigkeitsbericht 2012 der Bundesärztekammer

BUNDESÄRZTEKAMMER

Tätigkeitsbericht 2012 der Bundesärztekammer

Tätigkeitsbericht 2012 der Bundesärztekammer

von Vorstand und Geschäftsführung dem
116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorgelegt

Bundesärztekammer
Deutscher Ärztetag

Mit den in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind – auch wenn sie nur in einer Form auftreten – gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Die bis 2006 im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer veröffentlichten Satzungen und Statuten wurden mit Beginn der Wahlperiode 2007/2011 als Broschüre publiziert. Die jeweils aktuellen Fassungen stehen im Internet unter www.baek.de zur Verfügung.

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2013

Herausgeber:
Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:
Angelika Regel, Bundesärztekammer

Satz:
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Druck und Bindung:
farbo print+media GmbH, 50969 Köln

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.

Inhaltsverzeichnis

1.	**Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs**	13
1.1	**Programmatische Aussagen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 zur gesundheitspolitischen Entwicklung**	14
1.2	**Zusammenarbeit mit der Politik auf nationaler Ebene**	19
1.2.1	Interessenvertretung gegenüber der Politik	19
1.2.2	Gesetzgebung im Jahr 2012	21
1.3	**Europäische Union**	41
1.3.1	Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union	41
1.3.2	Europäische Gesundheitspolitik	43
1.3.3	Begleitung von europäischen Gesetzesvorhaben und politischen Initiativen mit gesundheits- und sozialpolitischem Bezug	44
1.3.4	AG Patientenrechterichtlinie	54
1.3.5	Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)	56
1.3.6	Zusammenarbeit in der Europäischen Union	60
1.4	**Internationale Angelegenheiten**	64
1.4.1	Symposium der zentral- und osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA)	64
1.4.2	Weltärztebund (World Medical Association)	66
1.4.3	Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	68
1.4.4	Internationale Zusammenarbeit	69
1.5	**Beauftragter für Menschenrechte**	73
1.5.1	Medizinische Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern ohne legalen Aufenthaltsstatus	73
1.5.2	Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung	74
1.5.3	Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern	74
2.	**Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten**	77
2.1	**Ärztliche Ausbildung**	77
2.1.1	Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte	77
2.1.2	Änderung der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte	80
2.1.3	Studienplatzkapazitäten	80
2.1.4	Zugangsvoraussetzungen/Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium	81
2.1.5	Nachwuchsförderung	82
2.1.6	Arzt-Patienten-Kommunikation	82
2.1.7	Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)	83
2.1.8	Bologna-Prozess: Bachelor- und Masterstrukturen	84
2.1.9	Neue Studiengänge im Gesundheitswesen	84
2.1.10	Evaluierung von Modellstudiengängen in der Medizin	86
2.1.11	Hygiene an den Hochschulen in Lehre und Forschung	86

2.1.12 Entwicklung computergestützter Prüfungen 86
2.2 Ärztliche Weiterbildung 87
2.2.1 Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 87
2.2.2 Vereinheitlichung von Qualifikationen im Berufs- und Sozialrecht/Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen 90
2.2.3 Finanzierung der Weiterbildung und Stärkung der ambulanten Weiterbildung 91
2.2.4 Quereinstieg in die Allgemeinmedizin 92
2.2.5 Psychoonkologie 92
2.2.6 Kompetenzstärkung der wissenschaftlich begründeten Medizin in der Weiterbildung 93
2.2.7 Überarbeitung von (Muster-)Kursbüchern 94
2.2.8 Evaluation der Weiterbildung 94
2.2.9 Auswirkungen der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen in Deutschland 96
2.2.10 Anerkennung österreichischer Facharztweiterbildungen 96
2.2.11 Notifizierung von fachärztlichen Bezeichnungen im Anhang V der EU-Richtlinie 2005/36/EG 97
2.2.12 Aktivitäten der Union Européenne des Médicins Spécialistes (UEMS) 98
2.2.13 Anerkennungsgesetz und Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO 99
2.2.14 Leitfaden zum Umgang mit Anträgen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweisen 99
2.2.15 Sachbearbeitertagung 2012 100
2.3 Ärztliche Fortbildung 101
2.3.1 Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung 101
2.3.2 Ständige Arbeitsgruppe „Weiterbildung und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen 109
2.3.3 Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen 109
2.3.4 Koordination der Kursweiterbildung „Allgemeinmedizin“ der Landesärztekammern 112
2.3.5 Curricula und strukturierte curriculare Fortbildungen der Bundesärztekammer 113
2.3.6 Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung 114
2.4 Europäische und internationale Aspekte der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten 114
2.4.1 EU-Berufsanerkennung 114
2.4.2 Informelles Netzwerk zuständiger Behörden 117
2.4.3 Anerkennung der Weiterbildung in Europa 119

3. Ärztliche Versorgung 123

3.1 Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 123
3.1.1 Gesamtzahl der Ärzte 127
3.1.2 Berufstätige Ärzte 127
3.1.3 Im Krankenhaus tätige Ärzte 127
3.1.4 Ambulant tätige Ärzte 129
3.1.5 In Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen tätige Ärzte 129

3.1.6 Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit 129
3.1.7 Anzahl der erteilten Anerkennungen 131
3.1.8 Ausländische Ärztinnen und Ärzte 131
3.1.9 Abwanderung von Ärzten ins Ausland 132
3.2 Ambulante Versorgung 133
3.2.1 Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin 135
3.2.2 Statistische Entwicklung in der Allgemeinmedizin 137
3.2.3 Förderprogramm Allgemeinmedizin 141
3.2.4 Deutsche Akademie der Gebietsärzte 142
3.3 Stationäre Versorgung 144
3.3.1 Trägerstrukturänderungen im Bereich der stationären Versorgung . . 150
3.3.2 Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF – Weiterentwicklung des G-DRG-Fallpauschalensystems . . . 151
3.3.3 G-DRG-System 2013 154
3.3.4 Krankenhausbedarfsplanungsanalysen 160
3.3.5 Gesundheitsmarkt/Gesundheitswirtschaft 161
3.3.6 Wettbewerb im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung des stationären Sektors 162
3.3.7 Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze – Verbesserung der Krankenhaushygiene 164
3.3.8 Ökonomisch orientierte Bonusvereinbarungen im Rahmen von Chefarztverträgen 165
3.4 Sektorenübergreifende Versorgung 168
3.4.1 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung 168
3.4.2 Gemeinsames Landesgremium 170
3.4.3 Schnittstellenmanagement 171
3.4.4 Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen 171
3.5 Rehabilitation 175
3.5.1 Gesetzliche Neuregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation als Grundlage für deren Weiterentwicklung 175
3.5.2 Perspektiven und zukünftige Potenziale der medizinischen Rehabilitation 176
3.5.3 Sachverständigenrat der Ärzteschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 176
3.5.4 REHACare International 2012 179
3.5.5 Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen 180
3.5.6 Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 181
3.5.7 Perspektiven und weitere Entwicklungen in der Rehabilitation 182
3.6 Betriebsärztliche Versorgung 183
3.6.1 Arbeitsmedizinische Weiter- und Fortbildung 183
3.6.2 Betriebsärztliche Berufsausübung 187
3.7 Öffentlicher Gesundheitsdienst 206
3.8 Nationale Pandemieplanung 209
3.9 Notfall- und Katastrophenmedizin 212
3.9.1 Qualifikation in der Notfallmedizin 212
3.9.2 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst 213
3.9.3 Notarztindikationskatalog 213

3.9.4 Ärztliche Sichtung ... 213
3.9.5 Novellierung Rettungsassistentenausbildung/Notfallsanitätergesetz ... 214
3.9.6 Bevölkerungsschutz ... 214

4. Ärztliche Berufsausübung ... 217

4.1 Medizinethik – Grundsatz- und Verfahrensfragen ... 217
4.1.1 Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen 217
4.1.2 Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission) ... 217
4.1.3 Ständige Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern ... 220
4.2 Ärztliche Berufsordnung ... 224
4.2.1 Berufsordnungsgremien ... 224
4.2.2 Arbeitsgruppe „Heilberufe- und Kammergesetze“ ... 225
4.2.3 Berufshaftpflichtversicherung ... 227
4.3 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ... 228
4.4 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Patientensicherheit ... 235
4.4.1 Arbeitsschwerpunkte berufsimmanenter Qualitätssicherung ... 235
4.4.2 Qualitätssicherung nach SGB V ... 244
4.4.3 Qualitätssicherung nach spezialgesetzlichen Regelungen ... 255
4.4.4 Curricula zur Qualitätssicherung ... 260
4.4.5 Qualitätssicherung mit und in anderen Organisationen ... 265
4.5 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ... 277
4.5.1 Zielstellungen und Arbeitsschwerpunkte des Jahres 2012 ... 277
4.5.2 Businessplan „Weiterentwicklung des ÄZQ 2013 – 2020“ ... 278
4.5.3 Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien ... 279
4.5.4 Patienteninformation und Patientenbeteiligung ... 284
4.5.5 Qualität in der Medizin/Patientensicherheit ... 287
4.5.6 Wissensmanagement ... 290
4.5.7 Internetangebote und Veröffentlichungen des ÄZQ ... 292

5. Wissenschaft und Forschung ... 293

5.1 Transplantationsmedizin ... 293
5.1.1 Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG) ... 293
5.1.2 Transparenz und Kontrolle in der Transplantationsmedizin ... 293
5.1.3 Ständige Kommission Organtransplantation ... 295
5.1.4 Überwachungskommission gemäß § 11 Abs. 3 Satz 4 TPG ... 300
5.1.5 Prüfungskommission gemäß § 12 Abs. 5 Satz 4 TPG ... 302
5.1.6 Flächendeckende Kontrollen der Transplantationszentren ... 303
5.1.7 Vertrauensstelle Transplantationsmedizin ... 304
5.1.8 Gewebemedizin ... 304
5.2 Hämotherapie ... 307
5.2.1 Richtlinien zur Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG ... 307
5.2.2 Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten ... 309

5.2.3 Hämatopoetische Stammzellen ... 310
5.3 Fortpflanzungsmedizin ... 311
5.3.1 Arbeitskreis „Offene Fragen der Reproduktionsmedizin“ ... 311
5.3.2 Arbeitsgruppe „Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik“ ... 312
5.3.3 Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin ... 314
5.4 Gendiagnostikgesetz ... 314
5.4.1 Hintergrund ... 314
5.4.2 Gendiagnostik-Kommission beim Robert-Koch-Institut ... 315
5.4.3 Ausblick ... 316
5.5 Psychotherapie ... 317
5.5.1 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie ... 317
5.5.2 Änderung der Psychotherapie-Richtlinie und der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ... 320
5.5.3 Kooperation zwischen Bundesärztekammer und Ständiger Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände ... 320
5.5.4 Gespräche zu Fragen der ärztlichen Psychotherapie ... 321
5.5.5 Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ... 322
5.5.6 Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ... 323
5.6 Weitere Themen und gremienbezogene Entwicklungen ... 325
5.6.1 Wissenschaftlicher Beirat ... 325
5.6.2 Arbeitskreis „Zukunft der deutschen Hochschulmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“ ... 326
5.6.3 Initiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer ... 327
5.6.4 Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes ... 330

6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ... 333

6.1 Aufgaben ... 333
6.2 Zeitschrift „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) ... 334
6.3 Leitlinienarbeit der Arzneimittelkommission ... 334
6.3.1 Therapieempfehlungen ... 334
6.3.2 Leitfaden ... 335
6.3.3 Mitarbeit an Leitlinien ... 335
6.3.4 Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) der Bundesärztekammer ... 335
6.4 Fortbildungsveranstaltungen ... 336
6.5 Patienteninformationen ... 336
6.6 Buch „Arzneiverordnungen“ ... 337
6.7 Wirkstoff AKTUELL ... 337
6.8 Neue Arzneimittel ... 338
6.9 Kostenberechnung von Arzneimitteltherapien ... 339
6.10 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ... 339
6.11 Stellungnahmen der Arzneimittelkommission ... 340
6.12 Pharmakovigilanz ... 341
6.12.1 Meldung, Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) ... 341
6.12.2 Gremien ... 342

6.12.3 Risikokommunikation ... 344
6.13 Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ... 344
6.14 Internet und Newsletter ... 346
6.15 Beratung ... 347
6.15.1 Bundesärztekammer und Landesärztekammern ... 347
6.15.2 Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen ... 348
6.15.3 Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss ... 348
6.15.4 Beratung von Ärzten ... 348

7. Gesundheitsförderung, Prävention und Umweltmedizin ... 349

7.1 Prävention ... 349
7.1.1 Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie ... 349
7.1.2 Rezept für Bewegung ... 349
7.1.3 Vierte Präventionstagung der Bundesärztekammer ... 350
7.1.4 Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes ... 350
7.1.5 gesundheitsziele.de ... 351
7.1.6 Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen am Beispiel des Patientenforums ... 351
7.2 Sucht und Drogen ... 355
7.2.1 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger ... 356
7.2.2 Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) ... 359
7.2.3 Novelle des Heilmittelwerbegesetzes im Rahmen der 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) ... 359
7.2.4 Anwendung von Cannabis in der Medizin ... 359
7.2.5 Umfragen zum Stand der Interventionsprogramme für suchtkranke Ärzte und zu den Kostenübernahmen durch die ärztlichen Versorgungswerke ... 360
7.3 Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“ ... 361

8. Telematik im Gesundheitswesen ... 363

8.1 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ... 364
8.1.1 Aufbau und Einführung einer Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen ... 364
8.1.2 Projektleitung „Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte“ ... 365
8.2 E-Health und telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung ... 366
8.2.1 Begleitsymposium zum Interdisziplinärem Forum – Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung und in der ärztlichen Fortbildung ... 367
8.2.2 E-Health-Initiative der Bundesregierung ... 369
8.2.3 Telekonsultationszentren ... 370
8.2.4 Ärzte in sozialen Medien ... 371
8.2.5 Apps im Gesundheitswesen – Entwicklung von Mobile Health ... 371
8.3 Elektronischer Arztausweis ... 372

8.4 Begleitung von Gesetzgebungsvorhaben und weiteren Regulierungsvorschriften 374
8.4.1 Anpassung des § 291a SGB V durch das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz 374
8.4.2 Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte 375
8.4.3 Technische Richtlinie BSI-TR-03138 (TR-RESISCAN) des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik zum ersetzenden Scannen 375
8.5 Öffentlichkeitsarbeit zum Themenkomplex Telematik/Telemedizin . 375

9. Ärztliche Honorierung 379

9.1 Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 379
9.2 Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer 380
9.3 GOÄ-Anwendungsfragen 382
9.4 Informations- und Erfahrungsaustausch mit den Landesärztekammern zur GOÄ 383
9.5 GOÄ-Datenbank 384
9.6 GOÄ-Service/-Internetauftritt 384

10. Fachberufe im Gesundheitswesen 385

10.1 Entwicklungen in der beruflichen Bildung 387
10.1.1 Modernisierung des Berufsbildungssystems 387
10.1.2 Deutscher Qualifikationsrahmen 388
10.2 Medizinische Fachangestellte 389
10.2.1 Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation 389
10.2.2 Rekrutierung von Auszubildenden 391
10.2.3 Ausbildungsverordnung und ihre Umsetzung 392
10.2.4 Fortbildungscurricula für die ambulante Versorgung und Förderung der Fortbildung 393
10.2.5 „Nichtärztliche Praxisassistentin" nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V . . 394
10.2.6 Aufstiegsfortbildung nach § 54 BBiG „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung" 395
10.2.7 Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen 395
10.2.8 Zentraler Aufgabenpool für Prüfungen 396
10.2.9 Verbesserung der Feststellung und Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen 397
10.3 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen 398
10.3.1 Kooperation mit den Fachberufen 398
10.3.2 Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung 401
10.3.3 Beteiligung in Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit . . . 404
10.3.4 Direktzugang zur Versorgung durch Physiotherapeuten 405
10.4 Tarifangelegenheiten des Praxispersonals 406
10.5 Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (GesundheitsRente) 408

11. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ... 411

11.1 Pressestelle der deutschen Ärzteschaft ... 411
11.1.1 Pressearbeit zum 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg ... 411
11.1.2 Die gesundheitspolitischen und medizinisch-ethischen Top-Themen 2012 ... 416
11.1.3 Medizinisch-ethische Themen von besonderem Interesse ... 428
11.1.4 Anstöße zur Meinungsbildung ... 432
11.2 Außendarstellung/Informationsdienste ... 435

12. Bundesärztekammer innerhalb der Arbeitsgemeinschaft ... 443

12.1 Zusammenarbeit der Kammern ... 443
12.1.1 Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern ... 443
12.1.2 Arbeitsgruppe „Kaufmännische Geschäftsführer“ ... 445
12.1.3 Finanzkommission und Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ ... 445
12.2 Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung ... 445
12.2.1 Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ ... 446
12.2.2 Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) ... 447

13. Dokumentation ... 451

13.1 Dokumentation zum Berichtsteil ... 452
13.2 Ergebnisse der Beratungen zu Beschlüssen der Deutschen Ärztetage ... 495
13.2.1 Beratungsergebnisse zu den Beschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 ... 495
13.2.2 Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 114. Deutschen Ärztetages 2011 ... 521
13.2.3 Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 113. Deutschen Ärztetages 2010 ... 525
13.2.4 Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 112. Deutschen Ärztetages 2009 ... 525
13.3 Auszeichnungen der Bundesärztekammer ... 526
13.4 Die Organisation der Bundesärztekammer ... 527
13.4.1 Deutscher Ärztetag ... 527
13.4.2 Organe, Ausschüsse, Ständige Konferenzen, sonstige Einrichtungen und Geschäftsführung ... 530
13.4.3 Organisationsstruktur der Geschäftsstelle ... 608
13.5 Adressen der Landesärztekammern ... 611

Stichwortregister ... 613

Abkürzungsverzeichnis ... 625

1. Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs

Es kommt selten vor, dass die Gesundheitspolitik ohne größere Gesundheitsreform auskommt. Insofern war 2012 eine Ausnahme. Die Koalition hat zwar eine Vielzahl von Spezialgesetzen zu unterschiedlichen gesundheitspolitischen Regelungskreisen auf den Weg gebracht, ein umfassendes Gesetzespaket im Bereich des Sozialgesetzbuches V (SGB V) war jedoch nicht darunter. Das war auch nicht zu erwarten. Die Regierung hat keinen Zweifel daran gelassen, dass das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die letzte große Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vor der Bundestagswahl 2013 war. Mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-VStG hat sie den Versuch unternommen, erstmals ernsthafte Schritte gegen den Ärztemangel und für eine bessere Versorgung der Patienten einzuleiten. Das gilt auch für die im Jahr 2012 beschlossene Neuordnung der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO). Deutsche Ärztetage haben schon seit langem mehr Praxisnähe im Studium, familienfreundliche Studienbedingungen und neue Regelungen für das Staatsexamen gefordert. Mit der geänderten ärztlichen Ausbildungsordnung leistet der Verordnungsgeber einen Beitrag dazu, dass aus motivierten Medizinstudenten praxisnah ausgebildete Medizinabsolventen werden.

Ob auch das vom Bundestag beschlossene Patientenrechtegesetz zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt, bleibt abzuwarten. Günstigstenfalls schafft es für Ärzte mehr Rechtssicherheit und für Patienten mehr Transparenz über die ihnen zustehenden Rechte. Das Gesetz ändert aber nichts daran, dass die Politik angesichts der zunehmenden Rationierung in unserem Gesundheitswesen andere Bewertungsperspektiven von Patientenrechten einnehmen muss. Es geht um die Schutzfunktion von Patientenrechten zur Absicherung von Mindeststandards einer bedarfsgerechten Patientenversorgung auf der Grundlage von rechtlich durchsetzbaren Leistungsansprüchen.

Die Politik muss endlich die Voraussetzungen dafür schaffen, dass es Ärzten möglich ist, den Anspruch der Patienten auf eine individuelle, nach ihren Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung, zu gewährleisten. Dies kann aber nur gelingen, wenn Politik und Gesellschaft offen und ehrlich essentielle Finanzierungsfragen für unser Gesundheitssystem diskutieren. Wir müssen uns Gedanken machen, wie wir in einer älter werdenden Gesellschaft mit steigendem Versorgungs- und Finanzierungsbedarf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung noch auf Dauer sicherstellen können. Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt sind grundlegende Herausforderungen unserer Gesellschaft des langen Lebens und erfordern die Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die nachhaltig und stabil finanziert sind.

An dieser Diskussion – das hat der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg unmissverständlich klargestellt – wird sich auch die Ärzteschaft beteiligen. Die Delegierten haben sich nicht nur mit großer Mehrheit für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung ausgesprochen. Sie haben darüber hinaus die Bundesärztekammer beauftragt, in Zusammenarbeit mit einem gesundheitsökonomischen Beirat ein Finanzierungskonzept zu entwickeln.

Unser Ziel ist es, Politik und Bürgern, jenseits jeglicher Parteiideologie mit den hinlänglich bekannten Reformmodellen, ein Finanzierungskonzept an die Hand zu geben, das sowohl den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit gerecht wird als auch die Sicherstellung der Versorgung auf Dauer gewährleistet.

Die vor uns liegenden Herausforderungen sind vielfältig. Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, unseren Sachverstand bei deren Bewältigung mit einzubringen.

1.1 Programmatische Aussagen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 zur gesundheitspolitischen Entwicklung

Ein Schwerpunkt des diesjährigen Deutschen Ärztetages war die Diskussion um die Anforderungen an eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in der Zukunft. Dabei hat sich der Ärztetag mit großer Mehrheit für den **Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems** mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung ausgesprochen. „Beide Elemente haben ihre Berechtigung, ihre besonderen Stärken und Herausforderungen", heißt es in einer Entschließung des Ärztetages. Die Delegierten wiesen darauf hin, dass alle Patienten, gesetzlich oder privat versichert, von der Existenz der privaten Krankenversicherung (PKV) profitieren. In der PKV würden die Erlaubnis- und Verbotsvorbehalte der GKV bei Einführung neuer Techniken und Behandlungsverfahren nicht gelten. Gesetzliche Kassen übernähmen Innovationen dadurch schneller in ihren Leistungskatalog. Deshalb sei es irreführend, wenn in der Öffentlichkeit das duale Versicherungssystem aus GKV und PKV mit einer Zwei-Klassen-Medizin in Verbindung gebracht werde.

Um sich künftig stärker in die Debatte über die **künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung** einbringen zu können, hat der 115. Deutsche Ärztetag zudem beschlossen, dass die Ärzteschaft hierzu Forderungen an die Politik formuliert sowie ein eigenes Finanzierungskonzept erarbeitet. Dafür wird die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit einem gesundheitsökonomischen Beirat einen Forderungskatalog entwickeln und in den politischen Meinungsbildungsprozess einbringen. Bis zum nächsten Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover soll dann ein tragfähiges Finanzierungskonzept der Ärzteschaft vorliegen, das den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit gerecht werden und die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten soll.

Hinsichtlich der Nutzung der **Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung** haben die Delegierten sich mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, die Praxisgebühr, welche die ursprünglich gewünschte Steuerung einerseits verfehlt, andererseits jedoch eine unverhältnismäßige bürokratische Belastung von Patienten, Praxen und Krankenhäusern bedeutet, abzuschaffen oder zumindest auszusetzen bzw. durch eine sinnvolle Form der Eigenbeteiligung zu ersetzen. Zudem forderte der Ärztetag eine finanzielle Entlastung der Krankenhäuser. Vor dem Hintergrund der derzeit vorhandenen Überschüsse wird die Bundesregierung aufgefordert, die nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung, etwa durch die Abschaffung der Begrenzung des Zuwachses der Erlösbudgets auf die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme, sicherzustellen sowie die Finanzierung der ambulanten Versorgung zu verbessern.

Auch war der Antrag der SPD-Fraktion für ein Gesetz zur Eindämmung individueller Gesundheitsleistungen (**IGeL-Eindämmungsgesetz**) Bestandteil der Diskussion auf dem 115. Deutschen Ärztetag. Diesbezüglich wurde begrüßt, dass darin in vielen Punkten die Forderungen des 109. Deutschen Ärztetages 2006 aufgenommen wurden, wie etwa die sachliche und für den Patienten verständliche Information und Beratung sowie die Gewährung einer angemessenen Informations- und Bedenkzeit. Kritisiert wurde hingegen

u. a. die Forderung der SPD-Fraktion, dass IGeL-Behandlungen nicht mehr an demselben Behandlungstag mit GKV-Leistungen erbracht werden dürfen: „Die Forderung ist überzogen, verursacht vermehrte Wartezeiten sowie überflüssige Wiedervorstellungstermine und stellt eine nicht akzeptable Gängelung von Patienten und Ärzten dar", heißt es in einer Entschließung dazu. Anknüpfend an die Debatte zu dem Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) haben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf dem diesjährigen Ärztetag den überarbeiteten IGeL-Ratgeber „Selbst zahlen?" vorgestellt. Der Ratgeber beinhaltet unter anderem eine Checkliste sowohl für Patienten als auch für Ärzte zum Umgang mit IGeL. Er erklärt, was IGeL sind, warum gesetzlich Versicherte dafür zahlen müssen und worauf jeder Patient achten sollte, der von seiner Ärztin oder seinem Arzt eine solche Leistung angeboten bekommt oder sie von sich aus wünscht. Auch für Ärztinnen und Ärzte, die IGeL anbieten, kann dieser Ratgeber als Leitfaden dienen. Er trägt mit dazu bei, bei Beratung und Aufklärung Missverständnisse zu vermeiden, und er informiert über rechtliche Anforderungen. Bei der Erstellung der Publikation (Erstauflage 2009) wurden zahlreiche Ärzteverbände, Patientenorganisationen sowie das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin mit eingebunden.

Ferner wurde die **Änderung der Approbationsordnung für Ärzte** begrüßt. Darin seien langjährige Forderungen der Ärzteschaft zu der Reform der ärztlichen Ausbildung aufgenommen worden. „Wir befürworten die größere Flexibilität und verbesserte Familienfreundlichkeit im Praktischen Jahr (PJ), die Stärkung der Allgemeinmedizin und die didaktisch sinnvolle Gestaltung des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Damit leistet die Verordnung wertvolle Beiträge zur besseren Vereinbarkeit von Studium und Familie und somit zur Nachwuchsförderung", heißt es in einer Entschließung. Zudem wurde noch einmal verdeutlicht, dass eine Überführung des Medizinstudiums in die Bachelor-/Master-Struktur gemäß der Bologna-Reform für die Ärzteschaft auch weiterhin nicht in Betracht komme.

Darüber hinaus haben die Delegierten des 115. Deutschen Ärztetages begrüßt, dass im Medizinstudium die **Wahlmöglichkeiten im dritten Tertial des Praktischen Jahres (PJ)** erhalten bleiben sollen. Der Ärztetag unterstützt damit die Entscheidung des Bundesrates, der im Mai ebenfalls gegen ein Pflichttertial im Fachbereich Allgemeinmedizin entschieden hatte. Die Diskussion war entstanden, nachdem der Gesundheitsausschuss des Bundesrates der Länderkammer die Einführung eines verpflichtenden Tertials in der Allgemeinmedizin empfohlen hatte. Mit der Möglichkeit zur Fachwahl sei es den Medizinstudierenden erlaubt, individuelle Orientierungsmöglichkeiten während des Studiums wahrzunehmen, begründete der Ärztetag u. a. seine Entschließung.

Um mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen, sei das Vorhaben der Bundesregierung zu begrüßen, im Zuge des geplanten **Patientenrechtegesetzes** mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen. Das verdeutlichten die Delegierten in einer Entschließung zu dem Gesetzentwurf. So begrüßte das Ärzteparlament insbesondere die vorgesehenen Möglichkeiten für Vergütungszuschläge für Kliniken, wenn diese sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. „Hiermit greift der Gesetzgeber die seit langem von der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen initiierten Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur auf", heißt es in einer Entschließung des Ärztetages. Mit Blick auf die vorgesehenen Informations- und Dokumentationspflichten warnten die Delegierten jedoch vor zusätzlicher Bürokratie.

„Im Vordergrund muss die Behandlung der Patientinnen und Patienten und nicht die Dokumentation aller vor, während und nach der Behandlung veranlassten Maßnahmen stehen. Ausufernde Dokumentation bindet wertvolle Zeit, die primär für die Behandlung genutzt werden sollte“, so der Ärztetag. Die Delegierten riefen die Politik auf, bestimmte Übermaßregelungen bei der weiteren Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes fallen zu lassen und stattdessen die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Gesundheitsberufe wieder an Attraktivität gewinnen. Andernfalls drohe ein empfindlicher Personalmangel in der medizinischen Versorgung.

Ein Schwerpunkt der Diskussion auf dem 115. Deutschen Ärztetag war auch die Frage, wie jungen Ärztinnen und Ärzten das Berufsbild des Hausarztes näher gebracht werden kann. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Max Kaplan, führte an: „Wenn wir wieder mehr Medizinstudierende und junge Ärztinnen und Ärzte für das äußerst **attraktive Berufsbild des Hausarztes** begeistern wollen, müssen wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen vermitteln, was die Arbeit als Hausarzt so besonders macht“. Die Universitäten seien aufgerufen, Strukturen zu schaffen und Mittel bereitzustellen, dass Studierende ab dem ersten Semester die Möglichkeiten erhalten, strukturierte Hospitationen und später Famulaturen entsprechend ihres Ausbildungsstandes in allgemeinmedizinischen Praxen abzuleisten. In einer Entschließung zur Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wird zudem betont, dass gerade das breite Behandlungsspektrum und die umfassende und kontinuierliche medizinische Betreuung den Hausarzt einerseits unverzichtbar für eine hochwertige Patientenversorgung machen und andererseits der jungen Ärztegeneration eine hervorragende berufliche Perspektive geben.

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesländer ferner dazu aufgefordert, stärker Verantwortung für die Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu übernehmen. Die Länder müssten eine **ausreichende Zahl an Medizinstudienplätzen** schaffen, damit die ambulante und stationäre Versorgung auch künftig auf dem jetzigen hohen Qualitätsniveau erhalten werden kann. Zudem sei es erforderlich, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen bei den Krankenhäusern nachkommen und für bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sorgen. „Die Zahl der Studienabsolventen reicht langfristigen Erhebungen und Prognosen zufolge nicht aus, den aufgrund der Altersentwicklung zu erwartenden Rückgang kurativ tätiger Ärztinnen und Ärzte auszugleichen“, begründete das Ärzteparlament seine Entschließung. Die Absolutzahl der Absolventen sei irreführend, da sie der Entwicklung in der Gesundheitsstruktur, den Erwartungen der jungen Ärztegeneration an die Work-Life-Balance und dem medizinischen Fortschritt in keiner Weise Rechnung trage.

Außerdem lehnt der Ärztetag eine weitere Verdichtung des Medizinstudiums durch eine **Verkürzung der Studiendauer** ab. Der wöchentliche Lernaufwand der Studierenden würde deutlich steigen und sei nicht mehr zu bewältigen. Die Ausbildungsqualität würde zwangsläufig schlechter. Auch die Flexibilität der Studierenden, beispielsweise bei der Famulaturplanung, würde deutlich eingeschränkt, warnte der Ärztetag. Hintergrund ist ein Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission. Dieser sieht vor, die Mindestdauer des Medizinstudiums bei gleichbleibender Mindeststundenzahl (5.500 Stunden) von sechs auf fünf Jahre zu verkürzen.

Zu Beginn des Ärztetages hatte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Pauschalvorwürfe der Krankenkassen, dass sogenannte **Fang-**

prämien bei Krankenhausüberweisungen im Gesundheitswesen gängige Praxis seien, scharf zurückgewiesen. „Der Versuch der Krankenkassen, zeitgleich zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages eine Skandalisierung des ärztlichen Berufsstandes zu initiieren, ist gleichermaßen platt wie populistisch. Seriös wäre es gewesen, jeden einzelnen Verdachtsfall umgehend der Ärztekammer zu melden, damit diese eine sachliche und fachliche berufsrechtliche Überprüfung und gegebenenfalls ein Berufsgerichtsverfahren einleiten kann". Die Delegierten des 115. Deutschen Ärztetages haben diesbezüglich auch davor gewarnt, Ärztinnen und Ärzte unter den Generalverdacht der Korruption zu stellen. „Um von eigenen Versäumnissen und Missständen abzulenken, werden von Politik und Krankenkassen Skandalisierungen initiiert, die das Vertrauen der Menschen in ihre gesundheitliche Versorgung nachhaltig erschüttern", kritisierten die Ärztetagsdelegierten in einer Entschließung. Dadurch werde billigend in Kauf genommen, dass die nachwachsende Ärztegeneration abgeschreckt und viele engagierte Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis demotiviert würden.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 appelliert im Hinblick auf die 85. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Ende Juni 2012 an die Bundesländer, auch die Landesärztekammern an den neu geschaffenen **Landesgremien zur Bedarfsplanung nach § 90a SGB V** stimmberechtigt zu beteiligen. „Die Landesärztekammern verfügen nach Auffassung des Deutschen Ärztetages über spezifische Kompetenzen, die für die Arbeit dieser neuen Gremien unerlässlich sind. Den Ärztekammern stehen moderne Analysemöglichkeiten zur Generierung sektorenübergreifender Zahlen, Daten und Fakten zur ärztlichen Personalausstattung und -qualifikation zur Verfügung", wird in einer Entschließung bekräftigt. Im Rahmen einer sektorenübergreifend ausgerichteten Bedarfsplanung komme der Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen, einschließlich der Gründung von Zweitpraxen und mobilen Praxen, der Einbeziehung von Krankenhausärzten und der Berücksichtigung von Verbundweiterbildungen, eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere im Hinblick auf die zu erwartenden berufsrechtlichen Implikationen einer solchen Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen verfügten die für die Berufsaufsicht über die Ärzte im stationären und ambulanten Bereich zuständigen Ärztekammern über eine spezifische Kompetenz, wird die Forderung weiter begründet.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung zudem auf, nachdrücklich auf die Bundesländer einzuwirken, dass diese bei der **Umsetzung der länderspezifischen Hygieneverordnungen** die erforderlichen Begleitmaßnahmen ergreifen, wie z. B. die Einrichtung von „Hygieneinstituten" einschließlich der Schaffung von entsprechenden Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin. Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze wurde den Bundesländern die Umsetzung in entsprechende Verordnungen auf Landesebene bis zum 31. März 2012 aufgegeben. Wesentlicher Inhalt der gesetzlichen Maßnahme ist die Verpflichtung der betroffenen Einrichtungen zur Bestellung von Krankenhaushygienikern. Der Gesetzgeber geht selbst von einer deutschlandweit zu bestellenden Zahl von 942 Krankenhaushygienikern aus. „Angesichts der relativ geringen Zahl von Lehrstühlen für Hygiene und Umweltmedizin sowie weiterbildungsbefugter Ärzte erscheint dieses Vorhaben sehr ambitioniert und bedarf daher dringend nachhaltiger Maßnahmen seitens der Bundesländer", wird in der Begründung zu der Entschließung erklärt.

Der Gesetzgeber sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden darüber hinaus angehalten, in dem **Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen** (PsychEntgG) unter ande-

rem die Sicherung der Personalausstattung, die der zeitaufwändigen Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gerecht wird, zu berücksichtigen. Die Berufsgruppen, die für die Patientenversorgung zuständig sind, müssten von Bürokratie entlastet werden. Zu berücksichtigen seien ferner die engmaschige Einbeziehung ärztlicher Experten der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in die weitere Ausgestaltung des Systems sowie die langfristige Beibehaltung des Primates eines tagespauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Der Ärztetag hat sich intensiv mit dem Thema **Normung in der Medizin** befasst. Das Normungsprojekt zur DIN EN 16372 „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie" definiert u. a. Anforderungen an die persönliche Qualifikation für ästhetisch-chirurgische Eingriffe. Dies sei nach Auffassung des Deutschen Ärztetages ein klarer Verstoß gegen die den Landesärztekammern vorbehaltenen Regelungsbefugnisse in den Bereichen Berufs- und Weiterbildungsrecht: „Es werden Standards für Ärztinnen und Ärzte von Normungsgremien gesetzt, die in Deutschland gesetzlich nicht dafür zuständig sind, nicht über die standesrechtliche und fachliche Kompetenz verfügen und die – im Gegensatz zu den Landesärztekammern – keiner Aufsicht unterliegen", heißt es in einer Entschließung. Hintergrund ist, dass das europäische Normungsinstitut Comité Européen de Normalisation (CEN) ein Normungsprojekt vorantreibt, mit welchem in die ureigenen Kompetenzen der Landesärztekammern und in die den Mitgliedstaaten vorbehaltenen Kompetenzen im Gesundheitswesen eingegriffen wird. Vor diesem Hintergrund hat der 115. Deutsche Ärztetag begrüßt, dass das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN) sowie das Bundesministerium für Gesundheit den Normentwurf „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie" mittlerweile eindeutig abgelehnt haben. Der Ärztetag fordert das CEN auf, den abgelehnten Normentwurf nicht weiter zu verfolgen und gleichgelagerte Normentwürfe in anderen Bereichen der ärztlichen Versorgung künftig nicht anzunehmen.

Einstimmig und ohne Enthaltung haben die Delegierten die **Nürnberger Erklärung** des Deutschen Ärztetages 2012 angenommen. Darin wird den Opfern der Verbrechen von Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus gedacht:

„Nürnberger Erklärung des Deutschen Ärztetages 2012

Der 115. Deutsche Ärztetag findet 2012 in Nürnberg statt, an dem Ort also, an dem vor 65 Jahren 20 Ärzte als führende Vertreter der ‚staatlichen medizinischen Dienste' des nationalsozialistischen Staates wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt wurden. Die Forschungen der vergangenen Jahrzehnte haben gezeigt, dass das Ausmaß der Menschenrechtsverletzungen noch größer war, als im Prozess angenommen. Wir wissen heute deutlich mehr über Ziele und Praxis der vielfach tödlich endenden unfreiwilligen Menschenversuche mit vielen tausend Opfern und die Tötung von über 200.000 psychisch kranken und behinderten Menschen, ebenso über die Zwangssterilisation von über 360.000 als ‚erbkrank' klassifizierten Menschen.

Im Gegensatz zu noch immer weit verbreiteten Annahmen ging die Initiative gerade für diese gravierendsten Menschenrechtsverletzungen nicht von politischen Instanzen, sondern von den Ärzten selbst aus. Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften und ebenso unter maß-

geblicher Beteiligung von herausragenden Vertretern der universitären Medizin sowie von renommierten biomedizinischen Forschungseinrichtungen.

Diese Menschenrechtsverletzungen durch die NS-Medizin wirken bis heute nach und werfen Fragen auf, die das Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte, ihr professionelles Handeln und die Medizinethik betreffen.

Der 115. Deutsche Ärztetag stellt deshalb fest:

- *Wir erkennen die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin an und betrachten das Geschehene als Mahnung für die Gegenwart und die Zukunft.*
- *Wir bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung.*
- *Wir verpflichten uns, als Deutscher Ärztetag darauf hinzuwirken, dass die weitere historische Forschung und Aufarbeitung von den Gremien der bundesrepublikanischen Ärzteschaft aktiv sowohl durch direkte finanzielle als auch durch institutionelle Unterstützung, wie etwa den unbeschränkten Zugang zu den Archiven, gefördert wird."*

Alle gefassten Beschlüsse und Entschließungen des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg können unter www.bundesaerztekammer.de oder im veröffentlichten Wortprotokoll vertieft werden. Die Ergebnisse der Beratungen zu Beschlüssen und Überweisungen des Ärztetages an den Vorstand der Bundesärztekammer sind im Kapitel 13.2 zusammengestellt.

1.2 Zusammenarbeit mit der Politik auf nationaler Ebene

1.2.1 Interessenvertretung gegenüber der Politik

Als Vertretung der Ärzteschaft in Deutschland ist es für die Bundesärztekammer unerlässlich, am Regierungssitz mit einer eigenen Interessenvertretung präsent zu sein. Denn mit fast allen Fachbereichen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), aber auch mit anderen Ressorts – beispielsweise Bildung und Forschung, Inneres, Wirtschaft oder Justiz – ist die Bundesärztekammer regelmäßig in Kontakt. Von einer Vielzahl parlamentarischer Entscheidungsprozesse ist die Bundesärztekammer direkt oder indirekt betroffen. Ein kontinuierlicher fachlicher Austausch mit Regierung, Parlament und der Ministerialebene ist daher unabdingbar. So führten Vertreter der Bundesärztekammer im Jahr 2012 zahlreiche Einzelgespräche mit führenden Politikern aus der Gesundheits- und Sozialpolitik, um auf besonders kritische Stellen in Gesetzes- oder Verordnungsinitiativen aufmerksam zu machen oder um bestimmte Problemfelder und Regelungslücken im deutschen Gesundheitssystem aufzuzeigen. So stand der Präsident der Bundesärztekammer im engen Kontakt u. a. mit dem Bundesgesundheitsminister, den parlamentarischen Staatssekretärinnen des BMG sowie mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen. Zudem konnte die Zusammenarbeit sowohl mit Abgeordneten des Bundestages als auch mit Referenten der Fraktionen durch die Beantwortung zahlreicher Fachfragen intensiviert werden.

Angesichts der Komplexität der politischen Inhalte ist die Politik darauf angewiesen, zur Meinungsbildung externen Sachverstand von fachlicher Seite einzuholen und sich mit den Verbänden über Problemlösungen auszutauschen. Die Politik wäre ohne den regelmäßigen Dialog mit den Verbänden nur sehr eingeschränkt in der Lage, sachgerechte Entscheidungen zu treffen. Die Interessenvertretung trägt zum einen zur demokratischen Willensbildung bei, zum anderen gleicht sie Informationsdefizite der Politik aus. Verlässlichkeit, Seriosität und Glaubwürdigkeit sind Voraussetzung für einen kontinuierlichen und vertrauensvollen Informationsaustausch mit den Entscheidungsträgern von Regierung und Fraktionen des Deutschen Bundestages, des Bundesrats sowie der Ministerialbürokratie der Ministerien und des Kanzleramtes. Regelmäßige Kommunikation auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsprozesse, ein stetiges Monitoring der politischen Abläufe von Regierung und Parlament sowie Informationsgewinnung und -auswertung sind Grundlagen dieser Tätigkeit.

Um insbesondere den Präsidenten, Geschäftsführern, Justiziaren und den Pressesprechern der Landesärztekammern sowie den Mitarbeitern der Bundesärztekammer einen Überblick über die zahlreichen Gesetzesinitiativen von Bund, Ländern und den europäischen Institutionen zu gewähren, hat die Koordinationsstelle der Bundesärztekammer für Parlaments- und Regierungskontakte gemeinsam mit der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft seit Mitte des Jahres 2012 einen elektronischen Gesetzgebungskalender entwickelt. Dieser beinhaltet nicht nur nähere Informationen zu dem parlamentarischen Verfahren der jeweiligen Richtlinie, Verordnung oder des jeweiligen Gesetzes, sondern ermöglicht auch einen Überblick über den aktuellen Zeitplan der einzelnen Gesetzesinitiativen. Zudem verfügt der Gesetzgebungskalender, der durch die Eingabe von Zugangsdaten – ähnlich wie bei einem E-Mail-Account – aufgerufen werden kann, über eine systematisch angeordnete Übersicht der zugehörigen Dokumente. Dabei handelt es sich in erster Linie um Beratungsdokumente, etwa des Bundesrates und des Bundestages, um Wortprotokolle und Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie von weiteren, einschlägigen sozial- und gesundheitspolitischen Akteuren. Neben einer Kurzfassung der politischen Zielsetzung der jeweiligen Gesetzesinitiativen bietet der elektronische Gesetzgebungskalender auch eine Zusammenfassung der Position der Bundesärztekammer.

Darüber hinaus wurde der Eilmeldungsservice der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft auf den Politikbereich ausgeweitet. Seit Anfang des Jahres 2012 werden neue politische Entwicklungen als Eilmeldungen oder als Hintergrundmeldungen kommuniziert.

Gespräche mit der Politik und Anhörungen im Bundestag

Das Jahr 2012 bot der Ärzteschaft eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich neben vielen Einzelgesprächen mit Abgeordneten, wissenschaftlichen Mitarbeitern und Referenten der Fraktionen aktiv an der politischen Willensbildung im Bundestag zu beteiligen. Die Bundesärztekammer war u. a. bei allen wichtigen Anhörungen, zu denen der Gesundheitsausschuss 2012 eingeladen hatte, durch ihre Fachexperten vertreten. Die Spannweite der Themen reichte vom Patientenrechtegesetz über die 16. AMG-Novelle bis hin zu dem Gesetzentwurf zum Assistenzpflegebedarf. Während der zahlreichen Anhörungen hat die Bundesärztekammer ihre Positionen zum Ausdruck gebracht und Einfluss auf Anträge und Gesetzesentwürfe nehmen können. Auch konnte die Bundesärztekam-

mer die Zusammenarbeit mit den Bundesministerien, insbesondere mit dem BMG, im Jahr 2012 weiter ausbauen. Zudem intensivierte die Bundesärztekammer den Kontakt zu Bundestagsabgeordneten, Staatssekretären, Ministerpräsidenten, Gesundheitsministern sowie Gesundheitssenatoren der Länder. So wurden insbesondere zu der Novelle des Transplantationsgesetzes, zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung oder zur Präimplantationsdiagnostik zahlreiche persönliche Gespräche geführt und Briefwechsel vollzogen. Auch für die in den Medien äußerst kritisch diskutierten Themen, wie Korruption im Gesundheitswesen, aber auch im Zusammenhang mit dem im Sommer bekannt gewordenen Transplantationsskandal, stand die Bundesärztekammer als Ansprechpartner zur Verfügung.

1.2.2 Gesetzgebung im Jahr 2012

Die Gesetzgebung des Gesundheitsressorts war im dritten Jahr der christlich-liberalen Koalition von zahlreichen Gesetzes- und Verordnungsentwürfen geprägt. Viele Gesetzgebungsinitiativen sind als sogenannte EU-Umsetzungsinitiativen auf den Weg gebracht worden, um zeitlichen Vorgaben der europäischen Gesetzgeber zur Umsetzung von EU-Verordnungen und EU-Richtlinien gerecht zu werden. Zahlreiche weitere Gesetze und Verordnungen dienen der Umsetzung von bereits im Koalitionsvertrag angekündigten Initiativen, wie etwa das Patientenrechtegesetz oder das Achte Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Weitere Neuregelungen, wie die Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013, brachte die Koalition im Rahmen sogenannter Omnibusgesetze auf den Weg.

Zahlreiche Gesetzes- und Verordnungsinitiativen, u. a. im Bereich des Transplantationswesens, der Gesetzentwurf zur Beschneidung des männlichen Kindes und die Veröffentlichung einer Präimplantationsdiagnostikverordnung (PIDV), haben die gesundheitspolitische Diskussion im Jahr 2012 entscheidend geprägt. Obwohl bereits mehrfach angekündigt, hat die Bundesregierung auch im Jahr 2012 ihre Arbeiten zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht aufgenommen und angekündigt, das Vorhaben in dieser Legislaturperiode auch nicht mehr zum Abschluss bringen zu können. Wegen koalitionsinterner Unstimmigkeiten ist ebenfalls offen, ob die Koalition ihren 2012 vorgelegten Entwurf für eine strafrechtliche Ahndung der gewerbsmäßigen Sterbehilfe noch vor der Bundestagswahl im September 2013 verabschieden kann.

Präimplantationsdiagnostikverordnung

Bereits am 8. Dezember 2011 trat das Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) in Kraft. Danach soll die PID nach dem positiven Votum einer Ethikkommission an zugelassenen Zentren nur solchen Paaren ermöglicht werden, die die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder bei denen mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist. Auch sieht das Gesetz eine Regelung vor, nach der die Bundesregierung die Rahmenbedingungen für die PID in einer Rechtsverordnung zu bestimmen habe. Dabei sei vor allem relevant, wie viele PID-Zentren es geben soll und welche Zulassungsvoraussetzungen diese erfüllen müssen. Davon dürfte maßgeblich abhängen, wie häufig die PID in Deutschland angewendet werden wird und ob es zu dem von PID-Gegnern befürchteten Dammbruch kommen wird. Die Bundesärztekam-

mer hatte sich in diesem Zusammenhang dafür ausgesprochen, die Durchführung der PID auf wenige Zentren zu begrenzen. Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, forderte nach dem Vorbild Frankreichs eine Begrenzung auf etwa drei Zentren.

Obwohl die Rechtsverordnung bereits zu einem früheren Zeitpunkt erwartet wurde, legte das BMG den Referentenentwurf einer Verordnung über die rechtmäßige Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PIDV) erst Anfang Juli 2012 vor. Der Vorschlag sah u. a. vor, die Anzahl der Zentren, in denen eine Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden darf, zahlenmäßig nicht zu beschränken. Um allerdings sicherzugehen, dass die PID nur in besonders qualifizierten Einrichtungen und von entsprechend qualifizierten Personen angemessen und kompetent durchgeführt wird, sollte es laut des Vorschlages hohe Anforderungen an die Zulassung dieser Zentren geben. Zudem war vorgesehen, die Ethikkommissionen, die künftig über die Durchführung einer PID zu entscheiden haben, bei dem jeweiligen PID-Zentrum anzusiedeln. Auch in Bezug auf die einzurichtenden Ethikkommissionen sah der Verordnungsvorschlag keine zahlenmäßigen Beschränkungen vor. Mit der Veröffentlichung des Referentenentwurfs hatte die Bundesregierung zugleich Interessenvertreter aufgerufen, Stellung zu dem Vorschlag zu nehmen.

Am 20. August 2012 hatte die Bundesärztekammer ihre Stellungnahme[1] veröffentlicht, in der sie zahlreiche bereits in der Öffentlichkeit kommunizierte Forderungen, wie etwa eine Beschränkung der Anzahl der Zentren und der Ethikkommissionen, aufgriff. Zwar begrüßte die Bundesärztekammer den vom BMG vorgelegten Entwurf, machte aber zugleich auf zahlreiche kritische Punkte aufmerksam. So enthalte die PIDV sowohl Regelungen, die korrekturbedürftig seien, als auch Regelungslücken für wesentliche Fragen der praktischen Umsetzung. Zudem seien die im Verordnungsentwurf enthaltenen Regelungen nicht immer kongruent mit bestehenden Bestimmungen. Zu korrigieren seien insbesondere die Regelungen zur Zulassung der die PID durchführenden Zentren und zu den Ethikkommissionen für die Präimplantationsdiagnostik, hieß es in der Stellungnahme. Darüber hinaus äußerte sich die Bundesärztekammer kritisch zu den Begriffsbestimmungen, den Voraussetzungen für die Zulassung von Zentren und insbesondere zu der „zuständigen Stelle", die als Zulassungsstelle fungieren soll.

Dennoch änderte das BMG im später vorgelegten Regierungsentwurf lediglich einige wenige Punkte. Entgegen der Forderung zahlreicher Politiker und Verbände sollte auch nach dem neuen Entwurf die Anzahl der Zentren, in denen eine PID durchgeführt werden darf, nicht begrenzt werden. Auch an der Formulierung, dass die Länder für die PID-Zentren unabhängige interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommissionen für die PID einzurichten haben, wurde keine Änderung vorgenommen. Allerdings sah der Regierungsentwurf im Gegensatz zum Referentenentwurf vor, dass die Berufungsdauer befristet sein soll. Neu war auch, dass die eine reproduktionsmedizinische Einrichtung leitende Person „Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe" sein soll und über die Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin" verfügen muss. Das war auch eine der Forderungen der Bundesärztekammer.

[1] Die im Kapitel 1.2.2 genannten Stellungnahmen der Bundesärztekammer sind auf der Internetseite www.baek.de unter der Rubrik „Gesundheitspolitik"/Stellungnahmen abrufbar.

Die Bundesärztekammer hatte zum Ende des Jahres 2012 eine weitere Stellungnahme zu dem Entwurf für eine Präimplantationsdiagnostik verfasst, in der sie noch einmal die Kritikpunkte an dem Entwurf darlegt. Um den Mitgliedern der Ausschüsse des Bundesrates zugleich eine weitere Argumentationshilfe zu bieten, hat die Bundesärztekammer zudem ein sogenanntes Positionspapier zu dem Verordnungsentwurf entwickelt. Obwohl der Bundestag bei einer Verordnung nicht am politischen Verfahren beteiligt ist, hat die Bundesärztekammer ihre Stellungnahme und das Positionspapier auch den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Verfügung gestellt, die dort u. a. als Grundlage einer fraktionsübergreifenden Stellungnahme zu dem Verordnungsentwurf diente.

Transplantationswesen

Der Referentenentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) wurde bereits Mitte April 2011 vorgelegt. Das Gesetz diente der Umsetzung der Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe in deutsches Recht. In dem Entwurf war u. a. vorgesehen, die Aufgaben der Entnahmekrankenhäuser im Prozess der postmortalen Organspende zentral zu verankern und dadurch ihre Verantwortung für die Organspende zu unterstreichen. Zudem wurden die Krankenhäuser nochmals ausdrücklich verpflichtet, den Hirntod möglicher Organspender zu melden und aktiv an einer Organentnahme mitzuwirken. Die Entnahmekrankenhäuser sollten ferner angewiesen werden, mindestens einen Transplantationsbeauftragten zu bestellen. Vorgesehen war auch, die Rolle der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle nach § 11 TPG zu stärken. Sie sollte vor allem postmortale Organentnahmen im Rahmen eines organisierten Ablaufs anforderungsgerecht realisieren. Nach dem Abschluss der ersten Beratung des Gesetzentwurfs im Plenum des Bundesrates am 23. September 2011 haben die Vorsitzenden aller Bundestagsfraktionen Ende November 2011 vereinbart, zur Förderung der Organspendebereitschaft einen Gruppenantrag aus der Mitte des Parlaments zu erarbeiten. Die Bundesärztekammer begrüßte die Ankündigung der Fraktionsspitzen, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt werden soll, ohne jedoch eine Antwort zu erzwingen. Die Entscheidung zur Organspende müsse absolut freiwillig bleiben, machte die Bundesärztekammer deutlich. Am 21. März 2012 legte die Bundesregierung schließlich einen fraktionsübergreifenden Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz vor.

Die Bundesärztekammer begrüßte in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2012 die Absicht der Fraktionen des Deutschen Bundestages, die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung mit einem gemeinsamen Gesetz erhöhen zu wollen, und betonte angesichts des großen Bedarfs an Spenderorganen die Notwendigkeit, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt wird. Dabei wurde auch darauf hingewiesen, dass es gerade auch aus ärztlicher Sicht wichtig sei, dass eine Entscheidung zur Organspende – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – freiwillig bleiben soll. Auch wurden der Vorschlag begrüßt, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für die Dokumentation der Organspendebereitschaft zu nutzen und die Krankenkassen zu verpflichten, eine entsprechende Infrastruktur aufzubauen. Allerdings wurde davor gewarnt, dass die Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen Kenntnis über

den Inhalt einer Erklärung zur Organ- oder Gewebespende erlangen könnten. Dazu hatte die Bundesärztekammer auch ein Schreiben an die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages verfasst, in dem sie auf die Gefahren eines Schreibrechts der Kostenträger für die Dokumentation der Organspendebereitschaft auf der elektronischen Gesundheitskarte hinwies.

Am 25. Mai 2012 hatte der Bundestag den Gesetzentwurf zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz und den Gesetzentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes verabschiedet. Nach dem neuen TPG soll u. a. das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien der Bundesärztekammer zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen sowie für die Beschlussfassung gesetzlich verankert werden. Grundlage hierfür soll das bisherige Statut der Ständigen Kommission Organtransplantation (SKO) der Bundesärztekammer sein. Die Bundesärztekammer habe mit der Einrichtung der SKO die angemessene Beteiligung der betroffenen Fach- und Verkehrskreise bei der Erarbeitung der Richtlinien vorgenommen. Wegen dieser herausragenden Bedeutung werde die Beteiligung nunmehr gesetzlich verankert, hieß es dazu in der Beschlussempfehlung.

Darüber hinaus wurde erstmals gesetzlich verankert, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam darauf zu achten haben, dass die Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation – DSO) die Voraussetzungen des § 16 Abs. 1 Satz 3 TPG erfülle und dabei nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit arbeite. Diesbezüglich soll die Koordinierungsstelle auch verpflichtet werden, ihren Geschäftsbericht aus Gründen der Transparenz jährlich zu veröffentlichen.

Eine weitere Neuregelung sieht vor, dass Lebendspender von Organen und Geweben künftig von der Krankenkasse des Spendeempfängers als Ersatz für den Verdienstausfall Krankengeld in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts erhalten. Nach der Annahme der beiden Gesetzentwürfe im Plenum des Bundesrates Mitte Juni 2012 konnten das Gesetz zur Änderung des TPG am 1. August 2012 und das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im TPG am 1. November 2012 in Kraft treten.

Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Ende des Jahres 2011 wurde der Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (16. AMG-Novelle) veröffentlicht und an die Bundesärztekammer mit der Möglichkeit zur Stellungnahme versandt. Mit der Gesetzesänderung sollte neben der sogenannten EU-Pharmakovigilanzrichtlinie (2010/84/EU) auch die Richtlinie zur Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette (2011/62/EU) umgesetzt werden. Ziel war es u. a., das Risikomanagementsystem des Zulassungsinhabers, den Nebenwirkungsbegriff und die Meldung von vermuteten Nebenwirkungen zu ändern. Von der Novellierung waren auch Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsstudien nach der Zulassung eines Arzneimittels und das System zur Informationsbereitstellung durch die Behörden betroffen. Um das Eindringen gefälschter Arzneimittel und Wirkstoffe in die legale Vertriebskette zu verhindern, zeigte der Referentenentwurf auch Anforderungen an Hersteller, Importeure und Vertreiber von Wirkstoffen auf und konkretisierte diese. Angehörige der Ge-

sundheitsberufe sollten künftig regelmäßig aufgefordert werden, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung an die zuständige Bundesoberbehörde zu melden. Dafür sollten bei allen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, ein Standarttext aufgenommen werden. Auch zielte der Referentenentwurf darauf ab, besondere Voraussetzungen für angeordnete nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsstudien festzuschreiben.

In einer Stellungnahme vom 11. Januar 2012 hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) u. a. die Neustrukturierung des Sachverständigenausschusses für die Verschreibungspflicht begrüßt. Gefordert wurde, dass im Standardtext in den Fachinformationen auf die Möglichkeit zur Meldung von Nebenwirkungen an die AkdÄ hingewiesen werden muss. Auch wurde eine enger an die Richtlinie 2010/84/EU angelehnte Definition des Begriffes „Nebenwirkung" vorgeschlagen und empfohlen, weitere Begriffsdefinitionen aufzunehmen. Im Hinblick auf den Umgang mit Gewebe und Gewebezubereitungen wurde in der Stellungnahme ferner betont, dass die Regelungen für das Vigilanzsystem für menschliche Keimzellen, imprägnierte Eizellen und Embryonen aus rechtssystematischen wie aus medizinethischen Gründen bis zur Schaffung sachadäquater Regelungen in einem Fortpflanzungsmedizingesetz ausschließlich im Transplantationsgesetz (TPG) zu belassen seien. Zu den Voraussetzungen für klinische Studien am Menschen forderte die Bundesärztekammer, dass der Stellvertreter im Vertretungsfall die gleiche Verantwortung trägt wie der Prüfer, und daher eine Bewertung seiner Qualifikation durch die Ethikkommission unabdingbar ist. Auch wurde darauf verwiesen, dass die in dem Entwurf vorgesehenen Ausnahmen von der Pflicht zum Abschluss einer Probandenversicherung Versicherungslücken für Schäden durch die Teilnahme an einer klinischen Prüfung nach sich ziehen könnten.

Mitte Februar 2012 veröffentlichte die Bundesregierung den von ihr beschlossenen Regierungsentwurf zur 16. AMG-Novelle, zu dem die Bundesärztekammer eine weitere Stellungnahme verfasste. Am 30. März 2012 konnte die erste Beratung im Bundesrat zu der Novelle zum Abschluss gebracht werden. Die von der Länderkammer angenommene Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sah zahlreiche Änderungen vor. So wurde darin etwa vorgeschlagen, die Tatbestandsmerkmale „erheblicher Versorgungsmangel", „schwerwiegende Erkrankungen" und „bedarfsgerechte Bereitstellung" zu präzisieren. Ferner sprachen sich die Länder für eine Fortentwicklung der Stimmrechte im Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht aus: Die Vertreter der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft sollten ein doppeltes Stimmrecht erhalten. Im Hinblick auf die schutzwürdigen Interessen der an einer klinischen Prüfung teilnehmenden Patienten sollte zudem die Ethikkommission in ihrer Bewertung die Geeignetheit des Prüfers und der Mitglieder seiner Prüfgruppe berücksichtigen. Neben einer zusätzlichen Definition für „klinisch Prüfen" soll nach Ansicht des Bundesrates künftig auch sichergestellt werden, dass sowohl der Prüfer als auch der stellvertretende Prüfer für die Durchführung einer klinischen Prüfung vergleichbare Qualifikationen vorweisen müssen.

Zu der Stellungnahme der Länderkammer und der Gegenäußerung der Bundesregierung veröffentlichte die Bundesärztekammer am 5. Juni 2012 eine weitere Stellungnahme, die zugleich im Vorfeld einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages an die einschlägigen Bundestagsabgeordneten übermittelt wurde. Nach zahlreichen Abstimmungsprozessen gelang den Abgeordneten des Bun-

destages am 28. Juni 2012 in zweiter und dritter Lesung eine Einigung zu dem Gesetzentwurf. Dabei waren auch Änderungen an dem Gesetzentwurf vorgenommen worden. So wurden beispielsweise ergänzende Regelungen zum Stellvertreter des Prüfers in klinischen Prüfungen sowie zur Streichung der Anordnungsbefugnis der Länder bei Versorgungsmängeln in den Gesetzentwurf eingebracht. Um die Versorgung ambulanter Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln in Krisensituationen zu verbessern, haben sich die Abgeordneten zudem auf eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes geeinigt. Danach darf der Arzt einem ambulant versorgten Palliativpatienten zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs unter bestimmten Voraussetzungen Betäubungsmittel in Form von Fertigarzneimitteln überlassen. Weitere Änderungen betreffen die Klarstellung bei Fristenregelungen für Erlaubnisse zur Gewinnung von Gewebe und den Regelungsbereich „Anzeigepflicht und Neuzulassung". Zudem werden die ursprünglich im Regierungsentwurf vorgesehenen Anordnungsbefugnisse der Landesbehörden zur Durchsetzung des öffentlichen Bereitstellungsauftrags gestrichen. Mit dem Ziel, die Länder noch einmal von der Notwendigkeit zu überzeugen, dass auch durch die Meldung von Nebenwirkungen über andere Beteiligte des jeweiligen nationalen Spontanmeldesystems, z. B. an die AkdÄ, die Meldeverpflichtung erfüllt wird, und diese Information in den Standardtext für die Fachinformation aufgenommen werden müsste, wandte sich der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, im Vorfeld der abschließenden Beratung in einem Schreiben an die Gesundheitsminister der Länder. Am 21. September 2012 stimmte das Plenum des Bundesrates der am 28. Juni 2012 vom Bundestag verabschiedeten Fassung des Gesetzentwurfes zu. Das Gesetz trat am 26. Oktober 2012 in Kraft.

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Ende Juni 2012 konnte die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte zum Abschluss gebracht werden. Der Verordnungsentwurf sah u. a. Regelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung vor. Die darin enthaltenen Maßnahmen betrafen die gezielte Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden sowie die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung. Zur gezielten Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden enthielt der Verordnungsentwurf u. a. Regelungen zur Neuausrichtung der Ärztlichen Prüfung und des Praktischen Jahrs (PJ). Letzteres soll künftig nicht nur an der Universitätsklinik der Heimatuniversität und an den der Heimatuniversität bisher zugeordneten Lehrkrankenhäusern, sondern auch an anderen geeigneten Krankenhäusern absolviert werden können. Ferner wurde den Studierenden zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Studium die Möglichkeit eingeräumt, das PJ in Teilzeit durchzuführen. Darüber hinaus wird für das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin eine Dauer von zwei Wochen statt bisher von einer Woche verbindlich vorgeschrieben.

In einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde der zu Beginn der parlamentarischen Beratungen vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegte Referentenentwurf begrüßt. Die Beibehaltung der bewährten Struktur des Medizinstudiums mit einer Regelstudienzeit von sechs Jahren und drei Monaten einschließlich der Prüfungszeit wurde darin positiv bewertet. Auch wurde betont, dass mit der Schaffung von Studienbedin-

gungen, die sich vor allem im Praktischen Jahr durch größere Familienfreundlichkeit und mehr Flexibilität auszeichnen, mit der Stärkung der Allgemeinmedizin und mit der didaktisch sinnvollen Reform der Prüfungsordnung der Verordnungsentwurf wertvolle Beiträge zur Nachwuchsförderung leistet. Zustimmend hervorgehoben wurde hinsichtlich des Praktischen Jahres ferner, dass an der Grundstruktur des PJ mit einer Gliederung in drei Abschnitte (Tertiale) von je 16 Wochen Dauer festgehalten wird. Darüber hinaus wurde begrüßt, dass nach der Palliativmedizin im Jahr 2009 nun auch die Schmerzmedizin als eigener Querschnittsbereich Eingang in die Approbationsordnung (ÄAppO) findet.

Am 15. Januar 2012 hatte sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrates für die Einführung eines Pflichttertials im Praktischen Jahr im Fach Allgemeinmedizin ausgesprochen. Der Kulturausschuss des Bundesrates aber hatte sich in seiner Beschlussempfehlung gegen die Einführung eines Pflichttertials ausgesprochen. Um die Nachfrage der Studierenden nach einem Wahltertial in der Allgemeinmedizin zu erfüllen, sei es ausreichend, dass die Universitäten bis zum Beginn des Praktischen Jahres im Oktober 2019 sicherstellen, dass alle Studierenden den Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin absolvieren können, so die Begründung des Kulturausschusses.

Um sie im Vorfeld der Abstimmung davon zu überzeugen, den Vorschlag des Gesundheitsausschusses für eine Einführung eines Pflichttertials in der Allgemeinmedizin abzulehnen, wandte sich der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, in einem Schreiben an die Ministerpräsidenten. Darin wurden zwar die vorgesehene Abschaffung des Hammerexamens und die Neuregelungen zur Stärkung der Allgemeinmedizin begrüßt. Zugleich forderte Prof. Montgomery die Ministerpräsidenten auf, nicht an dem geplanten PJ-Pflichttertial in der Allgemeinmedizin festzuhalten. In der abschließenden Abstimmung des Plenums beschloss die Länderkammer, den Änderungsantrag des Gesundheitsausschusses und damit die Einführung eines Pflichttertials in der Allgemeinmedizin abzulehnen. Am 27. Juni 2012 hatte das Bundeskabinett die Verordnung des BMG zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung in der vom Bundesrat beschlossenen Fassung erneut zur Kenntnis genommen. Damit war der Weg für die Novellierung der Approbationsordnung frei.

Ärztliche Approbation – Übergangsregelung

Die Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte ist zu Teilen bereits im Juli 2012 in Kraft getreten. Im April und Oktober 2013 sowie im Januar 2014 (Abschaffung des Hammerexamens) sollen weitere Abschnitte der Verordnung in Kraft treten. Um in diesem Zusammenhang unbillige Härten zu vermeiden, sollten die Studierenden, die sich bereits im klinischen Studienabschnitt befinden oder diesen im Wintersemester 2012/13 beginnen, mit Hilfe einer Übergangsregelung von der Neuregelung der Famulatur ausgenommen werden. Das sah der Entwurf einer Verordnung zur Änderung von Vorschriften über die ärztliche Approbation vom 17. September 2012 vor.

Die Bundesärztekammer hatte die Intention des Gesetzgebers, unbillige Härten, welche durch Regelungen in der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte auftreten könnten, zu beheben, in einer Stellungnahme vom 12. Oktober 2011 begrüßt. Auch unterstützte die Bundesärztekammer die Klarstellung hinsichtlich der Prüfungstermine in der Übergangsvorschrift, die vorsah, dass der mündlich-praktische

Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung weiterhin in den Monaten April bis Juni bzw. Oktober bis Dezember durchgeführt werden kann. Im Rahmen des politischen Gesetzgebungsverfahrens hatte die Bundesärztekammer zudem die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundesrates in einem Schreiben aufgefordert, die Höchstgrenze der Ausbildungspauschale im Praktischen Jahr zu erhöhen. Die Bundesärztekammer monierte, dass eine Regelung der Ersten Verordnung zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung für Ärzte dazu führen würde, dass als absolute Höchstgrenze von Ausbildungspauschalen im Praktischen Jahr der im Bundesausbildungsförderungsgesetz genannte Betrag von 373 Euro festgelegt wird. Der Bundesrat ist am 14. Dezember 2012 dem Vorschlag der Bundesärztekammer gefolgt. Die Höchstgrenze wurde um 224 Euro monatlich angehoben. Der Höchstbetrag steigt somit pro Monat von 373 Euro auf 597 Euro für die Ausbildung im Praktischen Jahr. Die Übergangsregelung soll Anfang des Jahres 2013 in Kraft treten.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes

Mit dem Ziel, die Überwachungspraxis im Bereich der Medizinprodukte zu optimieren und dabei zugleich europäische Verordnungen in nationales Recht umzusetzen, hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits am 19. Oktober 2011 einen Entwurf für eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (MPGVwV) veröffentlicht. In Ihrer Stellungnahme vom 18. November 2011 empfahl die Bundesärztekammer u. a., im Rahmen der MPG-Durchführungsvorschrift auch die medizinischen Ethikkommissionen in den Informationsaustausch der zuständigen Behörden einzubinden. Ansonsten bestehe die Gefahr gegensätzlicher Entscheidungen der Bundesoberbehörde und der zuständigen Ethikkommission. Die Verwaltungsvorschrift ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Mit Hilfe eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wollte die Bundesregierung „den Weg von der krankenhausindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung fortsetzen“. Zudem sollte die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessert werden. Das ging aus dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) vom 7. November 2011 hervor. Neben der Schaffung von Regelungen für die notwendige Ein- und Überführungsphase des pauschalierten Entgeltsystems (Psych-Entgeltsystem) für die genannten Leistungen bis zum 1. Januar 2013 waren die primären Ziele des Entwurfs die Präzisierung der notwendigen Vergütungsvereinbarungen, die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts sowie die Stärkung sektorenübergreifender Ansätze und der erforderlichen begleitenden Maßnahmen.

In ihrer Stellungnahme hatte die Bundesärztekammer ihr Bedauern darüber ausgedrückt, dass wesentliche Anregungen aus ihrer Stellungnahme vom 15. März 2011 zur weiteren Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die Einführung des neuen Entgeltssystems noch nicht berücksichtigt wurden. So betonte die Bundesärztekammer,

dass bei der weiteren Ausgestaltung des Gesetzesvorhabens unbedingt der zunehmende Fachkräftebedarf im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung mit einem Bedarfszuwachs an psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungsbedürftigkeit zu berücksichtigen seien. Die Bundesärztekammer hatte sich auch deutlich gegen eine mögliche Weiterentwicklung zu einem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-DRG-Fallpauschalensystem) ausgesprochen.

Mit dem Kabinettsbeschluss vom 18. Januar 2012 leitete die Bundesregierung die parlamentarischen Beratungen zu dem Gesetzentwurf ein, in das sich die Bundesärztekammer mit der Veröffentlichung einer weiteren Stellungnahme vom 16. April 2012 als auch über die Beteiligung an einer Anhörung im Gesundheitsausschuss einbringen konnte. Dabei wurde noch einmal deutliche Kritik an der Zweckmäßigkeit und Sachgerechtigkeit der neuen Finanzierungssystematik bei der Einführung eines Psych-DRG-Fallpauschalensystems geäußert.

Im Juni 2012 haben die Bundestagsabgeordneten den Gesetzentwurf schließlich in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Dabei wurden auch zahlreiche Änderungen an dem Gesetz vorgenommen. So sollten begleitend zur Einführung eines anteiligen Orientierungswertes ab dem Jahr 2013 übergangsweise zweijährige Mehrleistungsabschläge eingeführt werden. Kliniken mit stark steigenden Behandlungszahlen müssten danach künftig einen Vergütungsabschlag von 25 Prozent hinnehmen. Die Höhe der Abschläge sollte im Jahr 2015 gesetzlich fixiert werden. Auch wurde der Vorschlag mitaufgenommen, die ursprünglich vorgesehene Begrenzung der Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV) auf die Optionshäuser aufzuheben. Damit stand die Nachverhandlungsmöglichkeit zunächst weiterhin allen Einrichtungen offen, für die die Psych-PV Anwendung findet. Künftig sollte zudem gesetzlich festgeschrieben werden, dass Allgemeinkrankenhäuser sowie psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärzte (z. B. niedergelassene Ärzte) erbringen können. Um die wohnortnahe geriatrische Versorgung zu verbessern, sollten ferner geriatrische Einrichtungen vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden.

Entgegen der Empfehlung des Gesundheitsausschusses hatte sich das Plenum des Bundesrates am 6. Juli 2012 schließlich dagegen ausgesprochen, zum Psych-Entgeltgesetz den Vermittlungsausschuss einzuberufen, und damit den Weg für die schrittweise Einführung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Leistungen frei gemacht. Am 1. August 2012 trat das Gesetz in Kraft.

Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) hatten bis zum 30. September 2012 den ersten Entgeltkatalog für das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik zu vereinbaren. Eine fristgerechte Einigung der Vertragsparteien war jedoch nicht möglich: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(DKG) erklärte mit Schreiben vom 5. Oktober 2012 das Scheitern der Verhandlungen. Mit dem Verordnungsentwurf zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (PEPPV 2013) sollten die Vorgaben für das Entgeltsystem nach § 17d Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) daher durch eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Kraft gesetzt werden. Damit sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, dass psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf freiwilliger Grundlage im Jahr 2013 das neue Entgeltsystem nutzen können. Dabei handelt es sich um einen Katalog, der insgesamt 135 Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen und zusätzlich 75 Zusatzentgelte umfasst.

Im Rahmen einer Anhörung des BMG zur PEPPV 2013 hatte sich die Bundesärztekammer kritisch zu der vom BMG geplanten Ersatzvornahme eines Entgeltkatalogs für die Psychiatrie/Psychosomatik zum aktuellen Zeitpunkt geäußert. So wurde betont, dass der Katalog u. a. zu stark diagnoseorientiert ausgerichtet und zum Teil an die DRG-Fallpauschalensystematik angelehnt sei. Die Bundesärztekammer verwies in der Anhörung auch darauf, dass die Regelungen für den Bereich der Psychosomatik und der Suchterkrankungen für eine leistungsgerechte Abbildung unzureichend seien. Zudem müssten noch zahlreiche offene Fragen hinsichtlich der Abbildbarkeit von Leistungen und der Auswirkungen der neuen Regelungen auf die psychiatrische und kinderpsychiatrische Versorgung geklärt werden. Der Forderung zahlreicher Verbände und Interessenvertreter, derzeit von einer Einführung abzusehen, ist das BMG nicht nachgekommen. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr unterzeichnete die Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 am 19. November 2013; sie trat am selben Tag in Kraft.

26. Betäubungsmitteländerungsverordnung

Im Jahr 2012 konnte auch die 26. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtMÄndVO) in Kraft treten, mit Hilfe derer das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden sollte. So war vorgesehen, zum Schutz der Gesundheit neue synthetische, psychoaktive Stoffe in die Anlagen des BtMG aufzunehmen, um den Missbrauch dieser Stoffe einzudämmen und die Strafverfolgung zu erleichtern. Der Bundesrat beschloss am 6. Juli 2012, dem Verordnungsentwurf unter Maßgabe von Änderungen zuzustimmen. Daneben haben sich die Bundesratsmitglieder auch auf eine Entschließung geeinigt. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert zu prüfen, wie eine Gruppenunterstellung psychoaktiver Substanzen unter das BtMG durchzusetzen sei. Bislang werden psychoaktive Substanzen einzeln dem BtMG unterstellt, auch wenn sie sich in ihrer chemischen Struktur stark ähneln. So können beispielsweise durch kleine chemische Änderungen bekannter Betäubungsmittel sogenannte Designerdrogen hergestellt werden, die nicht im BtMG aufgeführt sind.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens hatte die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme zu dem Verordnungsentwurf vom 29. März 2012 auf eine längst fällige Novellierung der auf Ärzte anwendbaren strafrechtlichen Bestimmungen des BtMG hingewiesen. Für eine Überlassung von Betäubungsmitteln an Patienten, die im Rahmen einer eng kontrollierten Behandlung und für einen überbrückenden Zeitraum erfolgt,

sollen Ärzte zukünftig nicht mehr mit Strafe bedroht werden können, forderte die Bundesärztekammer. Diese Forderung wurde zwar nicht im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften aufgenommen, doch fand diese Eingang in die 16. AMG-Novelle. Die Verordnung trat am 26. Juli 2012 in Kraft.

Vierte Apothekenbetriebsordnungsänderungsverordnung

Um die Regelungen an neue Herstellungstätigkeiten, an inzwischen geänderte rechtliche Bedingungen und an Erfahrungen aus der Praxis anzupassen, hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 19. Oktober 2011 einen Referentenentwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung veröffentlicht. Wesentliche Ziele der Überarbeitung waren eine verbesserte Arzneimittelsicherheit und eine verbesserte Versorgung durch die Apotheke. Überholte und nicht mehr gerechtfertigte Regelungen sollten im Sinne eines Bürokratieabbaus abgeschafft werden. Ferner zielte die Verordnung darauf ab, die Regelungen für die Arzneimittelherstellung und -prüfung in der Apotheke zu konkretisieren und die Beratungs- und Informationspflicht der Apotheken zu stärken.

In einer gemeinsamen Stellungnahme forderten die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), dass Ärzte ihrem Patienten aus Sorge um seine Gesundheit sowie zur Sicherstellung der eingeleiteten Behandlung überbrückend ein Betäubungsmittel zur eigenständigen Einnahme überlassen können, wenn dieses nicht vom Patienten mittels einer ärztlichen Verschreibung über eine Apotheke in angemessener Zeit und unter angemessenen Umständen besorgt werden kann.

In dem Beschluss des Bundesrates vom 30. März 2012 hatten sich die Länder darauf geeinigt, durch eine begrenzte Öffnung des Dispensierrechts für Ärzte die Behandlung von Schmerzpatienten in der ambulanten Palliativversorgung zu verbessern. Diese Initiative der Bundesregierung wurde von der Bundesärztekammer begrüßt. Bisher begehen Palliativmediziner mit der Überlassung eines Betäubungsmittels nach dem Betäubungsmittelgesetz eine strafbare Handlung, die mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft werden kann. Ferner hatte der Bundesrat beschlossen, auch das Medikationsmanagement als Begriffsdefinition mit aufzunehmen. In der Begründung dazu wurde darauf verwiesen, dass das Medikationsmanagement eine pharmazeutische Tätigkeit sei und wegen des hohen pharmazeutischen Anspruchs dem Apotheker vorbehalten bleiben sollte. Das Bundeskabinett hatte am 9. Mai 2012 die Vierte Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung in der Fassung, die sich aus dem Maßgabenbeschluss des Bundesrates vom 30. März 2012 ergab, zur Kenntnis genommen. Damit konnte die Verordnung am 12. Juni 2012 in Kraft treten.

Achtes Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Die Bundesregierung hatte im Jahreswirtschaftsbericht 2011 angekündigt, zur Stärkung des Wettbewerbs in allen Bereichen das Achte Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Änderungsgesetz) vorzulegen. Dieser Ankündigung kam sie mit Veröffentlichung des Referentenentwurfs am 10. Oktober 2011 nach. Der Gesetzesentwurf sollte die wettbewerblichen Rahmenbedingungen, insbesondere

im Bereich der Fusionskontrolle, der Missbrauchsaufsicht und des Verfahrens bei Kartellverstößen, weiter modernisieren und optimieren sowie die Durchsetzung des GWB noch effizienter gestalten. Ferner wurde das kartellrechtliche Bußgeldverfahren effizienter gestaltet und sichergestellt, dass das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen dem Kartellrecht unterliegt.

Bereits in ihrer Stellungnahme zum 18. Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009 vom 15. September 2010 begrüßte die Bundesärztekammer das Bemühen der Bundesregierung, sich mit den Rahmenbedingungen des Wettbewerbes im Gesundheitswesen sowie der Steigerung der Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auseinanderzusetzen. Die aktuelle Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen erfordert aus Sicht der Bundesärztekammer nicht zuletzt in der Relation des Sozial- und Wettbewerbsrechtes erheblichen Diskussions- und Klärungsbedarf. Die Dynamik der wettbewerbsbedingten Umbrüche habe allerdings in Verbindung mit der Debatte über mögliche Insolvenzen gesetzlicher Krankenkassen und den zu ergreifenden Abwehrmaßnahmen eine Dimension erreicht, die Versicherte und Patienten massiv beunruhigt. Daher lehnte die Bundesärztekammer eine weitere Steigerung des Wettbewerbs und die Übernahme der kartellrechtlichen Vorgaben in den Bereich der GKV ohne eine klare und verlässliche Abschätzung der Folgewirkungen für alle Beteiligten und ohne eine Klärung der Zuständigkeiten sowie der rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab.

Mit der Veröffentlichung des Regierungsentwurfs zu dem 8. GWB-Änderungsgesetz am 28. März 2012 wurde das parlamentarische Verfahren im Bundestag und Bundesrat eröffnet. Im Mittelpunkt der Diskussion stand insbesondere der Vorschlag, das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auch auf das Verhältnis der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander sowie zu den Versicherten zu übertragen. Eine freiwillige Vereinigung von Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde könnte danach zukünftig nur noch genehmigt werden, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt. Während sich der Bundesrat in seiner ersten Beratung zu dem Gesetzentwurf am 11. Mai 2012 explizit dagegen ausgesprochen hat, die Anwendbarkeit des Gesetzes auf die gesetzlichen Krankenkassen zu erweitern, hielt die Bundesregierung weiterhin an ihrem Vorhaben fest. In ihrer Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrates lehnte die Bundesregierung die Forderung ab, von einer entsprechenden Anwendbarkeit des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf das Verhältnis der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander und zu den Versicherten abzusehen. In der Begründung dazu wurde angeführt, dass die Prüfung einer Fusion durch das Bundeskartellamt darauf abzielt, eine Verschlechterung der Wettbewerbsstruktur zu verhindern.

Im Oktober 2012 haben die Bundestagsabgeordneten den Gesetzentwurf zwar gebilligt, über die Annahme eines Änderungsantrages allerdings auch ergänzt, dass die Kartellbehörden bei der Anwendung der Regelungen des Gesetzes auf das Verhältnis der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander sowie zu den Versicherten den Versorgungsauftrags der gesetzlichen Krankenkasse zwingend berücksichtigen müssten. Dabei wurde explizit betont, dass die Anwendbarkeit des Kartellrechts ohnehin ausdrücklich ausgeschlossen ist, soweit die gesetzlichen Krankenkassen sozialgesetzlich zu gemeinsamem Handeln verpflichtet sind. Trotz dieser Ergänzung hat der Bundesrat am 23. November 2012 beschlossen, zu dem 8. GWB-Änderungsgesetz den Vermittlungs-

ausschuss einzuberufen. In der Begründung sprachen sich die Vertreter der Länder weiterhin gegen den Vorschlag der Bundesregierung und des Bundestages aus, das Wettbewerbsrecht auch auf Krankenkassen zu übertragen. Bereits Mitte Dezember 2012 wurde das Gesetz im Vermittlungsausschuss beraten, konnte aber nicht zum Abschluss gebracht werden. Die nächste Sitzung wird im Januar 2013 stattfinden. Ob im Vermittlungsausschuss zu dem Gesetz eine Einigung gelingen wird, steht derzeit noch aus. Die Bundesärztekammer wird die Verhandlungen im Vermittlungsausschuss weiterhin aufmerksam verfolgen und gegebenenfalls Stellung nehmen.

Gesetzentwurf zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme

Zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme hatte das Bundesministerium der Justiz (BMJ) im November 2012 einen Gesetzesvorschlag vorgelegt. Mit dem Entwurf sollte eine hinreichend bestimmte Regelung für die Einwilligung des Betreuers in eine Behandlung des Betreuten, die dieser ablehnt, geschaffen werden. Die ärztliche Zwangsmaßnahme sollte definiert und die engen Voraussetzungen für die Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Zwangsmaßnahme klar geregelt werden. Danach wäre eine vom Betreuer veranlasste Unterbringung eines Betreuten, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, künftig nur dann möglich, wenn ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden nicht anders abzuwenden ist. Ferner sollte der Betreuer im Rahmen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nur dann eine Betreuung veranlassen können, wenn der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Zudem sah der Entwurf vor, dass die Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme oder deren Anordnung die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten darf, es sei denn, diese wird vorher verlängert.

Mit den betreuungsrechtlichen Neuregelungen will die Bundesregierung nach eigenem Bekunden dafür sorgen, dass Ärzte künftig nicht mehr sehenden Auges eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Patienten hinnehmen müssen. Die schwierige Situation war entstanden, weil der Bundesgerichtshof (BGH) in zwei Entscheidungen im Juni 2012 Ärzten auch solche Behandlungen gegen den Willen eines Patienten untersagt hatte, die medizinisch indiziert sind. Dies gilt auch für Patienten, die einen gesetzlichen Betreuer haben. Ursprünglich war geplant, die Neuregelung über ein sogenanntes Omnibusgesetz einzuführen. Die dafür vorgesehene Formulierungshilfe wurde aber doch als eigenständiger Gesetzentwurf in die parlamentarischen Verhandlungen eingebracht.

Im Rahmen einer Anhörung im für den Gesetzentwurf federführenden Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages begrüßte die Bundesärztekammer ausdrücklich die mit dem Gesetz vorgesehene Behebung der derzeit bestehenden Rechtsunsicherheit der Ärzte im Falle einer notwendigen ärztlichen Zwangsbehandlung. Die Beratungen im Bundestag und Bundesrat sollen Anfang des Jahres 2013 zum Abschluss gebracht werden.

Assistenzpflegebedarfsgesetz/Abschaffung der Praxisgebühr

Am 1. Januar 2013 trat das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Kraft. Mit dem Gesetz wurde auch die von der Koalition zuvor beschlossene Abschaffung der umstrittenen Praxisgebühr umgesetzt.

Der Mitte Juni 2012 vorgelegte Referentenentwurf sah zunächst lediglich eine Ausweitung des Anwendungsbereichs des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus aus dem Jahr 2009 auf die stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vor. Pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte ambulant sicherstellen, haben seit Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Anspruch auf Mitnahme ihrer Pflegekräfte in ein Krankenhaus sowie auf Weiterzahlung der bisherigen entsprechenden Leistungen während der Dauer der Krankenhausbehandlung. Durch die Ausweitung des Gesetzes soll der Assistenzbedarf auch bei stationärer Vorsorge oder Rehabilitationsbehandlung von pflegebedürftigen Menschen gesichert werden. Dafür sah der Referentenentwurf u. a. die Weiterzahlung des Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung sowie die Weiterleistung der Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfe für die gesamte Dauer von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsaufenthalten vor. Die durch den Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs hatte die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 9. Juli 2012 ausdrücklich begrüßt. Darin wurde unterstrichen, dass der Gesetzentwurf einen weiteren, wesentlichen Beitrag zur Verwirklichung der Ansprüche von Menschen mit Behinderungen leistet. Darüber hinaus hatte die Bundesärztekammer in einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages die Möglichkeit, den Mitgliedern dieses Ausschusses ihre Position zu dem Gesetzentwurf zu erläutern.

Parallel zu den parlamentarischen Beratungen im Bundestag zum Assistenzpflegebedarfsgesetz wurde von Seiten zahlreicher Politiker und Verbände der Ruf nach einer Abschaffung der Praxisgebühr laut. Grund dafür waren in erster Linie die finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl sich Gegner einer Abschaffung der Praxisgebühr dafür aussprachen, die Überschüsse der Krankenkassen als Rücklagen einzusetzen und nicht sofort wieder auszugeben, konnten sich die Regierungsfraktionen Anfang November 2012 auf einen Änderungsantrag zur Abschaffung der Praxisgebühr einigen, der in das parlamentarische Verfahren zu dem Assistenzpflegebedarfsgesetz eingebracht wurde.

Am 9. November 2012 hatte daraufhin das Plenum des Bundestages mit den Stimmen aller 548 anwesenden Abgeordneten die Abschaffung der Praxisgebühr beschlossen. Um die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von ca. 1,8 Milliarden Euro zu kompensieren, einigten sich die Abgeordneten auch darauf, den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 aus der Liquiditätsreserve 1,78 Milliarden Euro zuzuführen. In einem zweiten Schritt nahmen die Bundestagsabgeordneten den Regierungsentwurf für ein Assistenzpflegebedarfsgesetz an.

Mit dem Beschluss des Bundesrates vom 14. Dezember 2012, den vom Bundestag beschlossenen Gesetzentwurf mit den Änderungen zur Abschaffung der Praxisgebühr zuzustimmen, konnte das Assistenzpflegebedarfsgesetz am 1. Januar 2013 in Kraft treten und zugleich die Praxisgebühr abgeschafft werden.

Datentransparenzverordnung

Zur Wahrnehmung, Durchführung und Finanzierung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, durch eine Rechtsverordnung jeweils eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle sowie als Datenaufbereitungsstelle zu bestimmen. Mit Veröffentlichung eines Referentenentwurfs für eine Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz ist das BMG dieser Ermächtigung nachgekommen. Danach sollte künftig das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit der Wahrnehmung der Aufgaben sowohl der Vertrauensstelle als auch der Datenaufbereitungsstelle betraut werden.

Die Bundesärztekammer leitete dem BMG am 28. Juni 2012 eine Stellungnahme zu dem Verordnungsvorschlag zu. Darin wurde der Entwurf der Datentransparenzverordnung als konkreter Schritt begrüßt, der Zielsetzung einer datengestützten, versorgungsforschungsbasierten Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe eines für die Akteure des Gesundheitswesens zu schaffenden Datenzugangs näher zu kommen. Allerdings wurde u. a. empfohlen, Detailregelungen zu der Aufgabenwahrnehmung des DIMDI sowie zu der Festlegung einer Evaluation der Auswirkungen der Rechtsverordnung zu überarbeiten. So müsste hinsichtlich der Aufgabenwahrnehmung beispielsweise geprüft werden, ob eine Aufteilung von Vertrauensstelle und Datenaufbereitungsstelle auf zwei separate Einrichtungen zugunsten einer höheren Datensicherheit und zur Vermeidung von Zielkonflikten innerhalb einer Einrichtung realisierbar ist.

Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz/Neuregelung zu Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen

Anfang Juli 2012 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Umsetzung von Empfehlungen des Nationalen Krebsplans veröffentlicht. Um die Krebsfrüherkennung, onkologische Versorgungsstrukturen, die Qualitätssicherung sowie die Patientenorientierung zu stärken, wurde bereits im Jahr 2008 durch das BMG der Nationale Krebsplan initiiert. Die darin empfohlenen Maßnahmen und Empfehlungen zur Optimierung der Krebsfrüherkennung sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in entsprechende Richtlinien umzusetzen. Das Krebsplan-Umsetzungsgesetz sollte hierfür den notwendigen rechtlichen Rahmen schaffen. Zudem sieht der Gesetzentwurf Regelungen für den vom „Nationalen Krebsplan“ empfohlenen flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister vor. Danach sollten die Länder zur Einrichtung klinischer Krebsregister verpflichtet werden. Sie haben die für die Einrichtung und den Betrieb klinischer Krebsregister notwendigen rechtlichen Bestimmungen zu treffen und jeweils landesbezogen eine flächendeckende, möglichst vollzählige Datenerfassung sowie eine jährliche Auswertung der klinischen Krebsregistrierung sicherzustellen.

In ihrer Stellungnahme vom 20. Juli 2012 befürwortete die Bundesärztekammer jegliche Initiativen, die das Ziel haben, die durch onkologische Erkrankungen verursachte Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu senken. Allerdings wurde auch betont, dass bei den gesetzlichen Vorgaben zum Handlungsfeld der Krebsfrüherkennung Modifikationsbedarf im Detail und beim Handlungsfeld des flächendeckenden Ausbaus klinischer Krebsregister weiterer Beratungsbedarf bestünde. So hält die Bundesärztekammer

die Einrichtung klinischer Krebsregister in der in dem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Form für nur bedingt umsetzbar. Darüber hinaus wurden neben der Ausklammerung der Erfassung der Daten von Kindern und Jugendlichen aufgrund der Existenz des Deutschen Kinderkrebsregisters auch die Neuregelung zur Festlegung eines Softwaresystems zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung von Daten durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen kritisiert.

Am 22. August 2012 kam der Kabinettsbeschluss zu dem Gesetzentwurf zustande, der seither den Titel Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz) trägt. Im Rahmen der ersten Beratung des Gesetzentwurfs im Bundesrat am 12. Oktober 2012 hatten sich die Länder dafür ausgesprochen, auch die nichtmelanotischen Hautkrebsarten in die Finanzierung der fallbezogenen Krebsregisterpauschalen einzubeziehen.

Zudem hatte sich die Länderkammer für eine Änderung des § 285 SGB V ausgesprochen. Danach sollte künftig auch die Übermittlung von rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) an die zuständige Heilberufskammer zulässig sein, soweit dies zur Erfüllung deren Aufgaben, insbesondere zur Vornahme berufsrechtlicher Maßnahmen, erforderlich sei. Dringend notwendig bzw. zulässig wäre eine solche Datenübermittlung insbesondere dann, wenn der KV bekannt ist, dass ein Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut mit seinem Handeln seine Berufspflichten verletzt hat und dies von der zuständigen Heilberufskammer zu ahnden wäre.

In Vorbereitung auf das parlamentarische Verfahren im Bundestag zum Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz hatte die Bundesärztekammer eine weitere Stellungnahme verfasst. Die zweite und dritte Lesung im Bundestag konnte im Jahr 2012 nicht zum Abschluss gebracht werden, obwohl sich die für den Gesetzentwurf verantwortlichen Ausschüsse noch bis Ende Dezember 2012 intensiv damit befassten. Dabei diskutierten die Abgeordneten auch mögliche Änderungsanträge, die in das Gesetzgebungsverfahren mit eingebracht werden sollten. Im Mittelpunkt stand dabei der Vorschlag für einen Änderungsantrag zur Neuregelung zu Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen. Danach hätte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer bis spätestens zum 31. Juli 2013 Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abzugeben, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. Die Empfehlungen sollten insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern. Auch wurden Änderungsanträge zur Erhöhung der Transparenz solcher Zielvereinbarungen und zur Einbeziehung anderer Stellen in die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung diskutiert. Über die Annahme des Gesetzentwurfs sowie der Änderungsanträge wird sich der Bundestag erst im Januar 2013 befassen.

Notfallsanitätergesetz

Das derzeit geltende Rettungsassistentengesetz stammt aus dem Jahr 1989. Da die darin geregelte Ausbildung nach Ansicht der Bundesregierung nicht mehr in ausreichendem Maße den Anforderungen an einen modernen Rettungsdienst entspreche, hatte sie am 25. Mai 2012 mit der Veröffentlichung des Referentenentwurfs für ein Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vor-

schriften die Novellierung dieser Ausbildung eingeleitet. Darüber hinaus war mit der Gesetzesinitiative geplant, das Hebammengesetz zu ändern.

Zunächst war vorgesehen, die neue Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter" einzuführen. Auch sollte die Ausbildungsdauer von zwei auf drei Jahre verlängert, das Berufsbild modernisiert und Qualitätsanforderungen an Schulen und Einrichtungen der praktischen Ausbildung festgelegt werden. Weitere Neuerungen betrafen die Vernetzung von theoretischem und praktischem Unterricht mit der praktischen Ausbildung sowie die Einführung einer Ausbildungsvergütung. Schließlich sollte gesetzlich festgeschrieben werden, über welche Kompetenzen Notfallsanitäter verfügen müssen, damit sie auch kritischen Einsatzsituationen gerecht werden können. Danach sollte die Ausbildung zum Notfallsanitäter dazu befähigen, angemessene medizinische Maßnahmen der Erstversorgung bei Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen.

In ihrer Stellungnahme vom 21. Juni 2012 hatte sich die Bundesärztekammer kritisch zu dem Entwurf geäußert: Sie bemängelte, dass der fachliche Umfang der zukünftig eigenständig durchzuführenden Maßnahmen insbesondere angesichts der dreijährigen Ausbildung, der gestellten Eingangsqualifikation eines Realschulabschlusses und dem möglichen Einstiegsalter deutlich zu umfassend sei. Die Bundesärztekammer hatte davor gewarnt, dass der Gesetzentwurf in seiner derzeitigen Fassung zu einer Verwischung der Grenzen zwischen dem Heilberuf des Arztes und einem geplanten neuen Gesundheitsfachberuf führen könnte

Im November 2012 wurde der Gesetzentwurf in einer Sondersitzung in den Ausschüssen des Bundesrates diskutiert. Dabei einigten sich die Vertreter der Länder auf eine Empfehlung, nach der der Notfallsanitäter künftig befugt sein soll, bei der Durchführung von Maßnahmen im Notfalleinsatz bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung die Heilkunde auszuüben. Im Einzelnen sollte es sich dabei um die Durchführung angemessener medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patienten im Notfalleinsatz und um die Anwendung von in der Ausbildung erlernten und beherrschten – auch invasiven Maßnahmen – handeln.

Noch vor der abschließenden Abstimmung am 23. November 2012 im Plenum des Bundesrates hatte sich die Bundesärztekammer in einem Schreiben an die Ministerpräsidenten gewandt und sich für eine Streichung einer gesetzlichen Regelung für die Befugnis zur Ausübung der Heilkunde im Notfallsanitätergesetz ausgesprochen. Dieser Forderung war die Länderkammer im Rahmen ihrer Abstimmung allerdings nicht gefolgt. Inwieweit der Bundestag dieser Warnung entsprechen wird, konnte im Jahr 2012 noch nicht abschließend geklärt werden. Die Bundesärztekammer wird ihre Kritikpunkte an dem Gesetzentwurf im Januar 2013 im Rahmen einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages bekräftigen.

Patientenrechtegesetz

Mitte Januar 2012 legte die Bundesregierung den bereits seit langer Zeit angekündigten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vor. Die Neuregelung war nach Ansicht der Bundesregierung notwendig geworden, da auf dem Gebiet des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts Wesentliches nicht im Gesetz verankert, sondern Richterrecht sei. Gemäß dem Gesetzentwurf sollten

Patienten u. a. mehr Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken und Krankenkassen erhalten und bei ärztlichen Behandlungsfehlern leichter Schadensersatz verlangen können. Auch sollte mit dem Gesetz die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht gesetzlich geregelt werden. Nicht vorgesehen war dabei eine Beweislastumkehr auch für einfache statt nur für grobe Behandlungsfehler. Wer Opfer eines Behandlungsfehlers wird, dem müsste dem Entwurf nach künftig die Krankenkasse helfen, Schadensersatz zu erhalten. Bisher war diese Unterstützung in das Ermessen der Leistungsträger gestellt.

Am 9. März 2012 hatten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihre gemeinsame Stellungnahme zu dem Referentenentwurf veröffentlicht. Darin wird explizit darauf hingewiesen, dass die Rechte der Patienten in Deutschland hoch entwickelt und durch die Rechtsprechung umfangreich gesichert sind. Gleichwohl wurden die in dem Gesetzentwurf vorgeschlagene Förderung einer Fehlervermeidungskultur und die Stärkung der Rechte der Patienten gegenüber den Krankenkassen ausdrücklich begrüßt. Kritisiert wurde hingegen, dass die Kategorien „Eingriff" und „geringfügiger Eingriff" nicht klar bestimmt sind. Auch machte die Bundesärztekammer darauf aufmerksam, dass die Verpflichtung des Behandelnden, den Patienten auf Nachfrage über erkennbare Behandlungsfehler zu informieren, vielfältige Fragen aufweist. Neben den offenen haftungsrechtlichen Fragen seien negative Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wahrscheinlich. Ferner warnte die Bundesärztekammer vor einem Übermaß an Dokumentation. Dies würde das Arzt-Patienten-Verhältnis in einer Weise überlagern, die nicht angemessen erscheint.

Mitte März 2012 erläuterte die Bundesärztekammer in einer Expertenanhörung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) ihre in der Stellungnahme dargelegten Kritikpunkte an dem Gesetzentwurf. Der am 23. Mai 2012 veröffentlichte Regierungsentwurf sah im Vergleich zu dem Referentenentwurf nur wenige Änderungen vor.

Am 6. Juli 2012 einigte sich die Länderkammer auf eine Empfehlung zum Regierungsentwurf, in der zahlreiche weitere Vorschläge für eine Verbesserung der Patientenrechte gemacht worden waren. So sollten in dem Entwurf zusätzliche Regelungen zur Einrichtung eines Härtefallfonds für durch Behandlungen geschädigte Patienten und besondere Bestimmungen bei der Erbringung von Zusatzleistungen, z. B. von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), in dem Gesetzentwurf etabliert werden. Auch müssten Patienten nach Ansicht des Bundesrates künftig Anspruch auf einen sogenannten Patientenbrief haben. In ihrer Gegenäußerung lehnte die Bundesregierung einen Großteil der Forderungen des Bundesrates ab. Neben der Einführung eines Patientenentschädigungsfonds lehnte die Bundesregierung auch den Vorschlag des Bundesrates für einen Patientenbrief ab. In der Begründung wurde angeführt, dass ein solcher nicht im Einklang mit dem von der Bundesregierung verfolgten Ansatz der unmittelbaren und persönlichen Information zwischen Behandelndem und Patient stehe.

Trotz der ablehnenden Haltung der Bundesregierung zu den Vorschlägen des Bundesrates standen diese im Rahmen einer öffentlichen Anhörung des Rechts- und Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Diskussion. An der Anhörung, die am 22. Oktober 2012 stattfand, nahm auch der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, teil und beantwortete zahlreiche Fragen der Bundestagsabgeordneten. Noch im Vorfeld der Anhörung hatten Bundesärztekammer und KBV ein ge-

meinsames Positionspapier zum Patientenrechtegesetz vorgelegt, das den Bundestagsabgeordneten zur Verfügung gestellt worden war. Darin wurde ein weiteres Mal auf den Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der im Gesetz vorgeschlagen Regelungen im Bereich der Informationspflichten, der Aufklärungspflichten sowie der Dokumentation hingewiesen. Am 29. November 2012 passierte das Patientenrechtegesetz in zweiter und dritter Beratung das Plenum des Bundestages.

Daneben konnten sich die Bundestagsabgeordneten auch auf zahlreiche Änderungsanträge einigen, die bereits vor der Abstimmung von den Fraktionen von CDU/CSU und FDP vorgelegt worden waren. Unter anderem sollen Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen. Da es in der Praxis an ausreichender Überprüfung mangele, wurde diese Aufgabe den Ländern und den Ärztekammern übertragen. Außerdem sollen Sanktionsmechanismen im Bundesrecht verankert werden: Wird ein Verstoß gegen die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung festgestellt oder besteht diese nur unzureichend, soll künftig das Ruhen der Approbation angeordnet werden können. Nach dem Abschluss der parlamentarischen Beratungen im Bundestag wird derzeit auf die abschließende Beratung im Bundesrat gewartet. Diese soll in den ersten Wochen des Jahres 2013 stattfinden. Daher konnte das Gesetz auch nicht – wie ursprünglich vorgesehen – zum 1. Januar 2013 in Kraft treten.

Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Nach Ansicht der Bundesregierung müssten die Leistungsangebote der Pflegeversicherung fortentwickelt werden, damit sie den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden können. Aus diesem Grund wurde am 20. Januar 2012 ein Gesetzentwurf zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht. Neben einem verbesserten Leistungskatalog insbesondere für demenziell erkrankte Menschen und einer flexibleren Leistungsinanspruchnahme für Pflegebedürftige, sollte künftig auch die ärztliche Versorgung in Heimen verbessert werden. In einer gemeinsamen Stellungnahme begrüßten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Referentenentwurf. Damit die medizinische Versorgung in Pflegeheimen effektiv verbessert werden kann, wurde in der Stellungnahme vom 10. Februar 2012 vorgeschlagen, diese durch praktikablere Regelungen der ärztlichen Betreuung zu optimieren. Zur Umsetzung des Zieles wurde auf ein Papier „Kooperation in der heimärztlichen Versorgung – Eckpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen“ verwiesen, das im Jahr 2009 zwischen der Bundesärztekammer und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste erarbeitet worden war.

Ende Juni 2012 fand die zweite und dritte Beratung des Regierungsentwurfs im Bundestag statt, in der neben dem Regierungsentwurf auch die dazu eingereichten Änderungsanträge der Regierungsfraktionen gebilligt wurden. Nachdem am 21. September 2012 die Beratungen des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf ohne Einberufung des Vermittlungsausschusses abgeschlossen werden konnten, trat das Gesetz am 30. Oktober 2012 in Kraft.

Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Der am 5. April 2012 veröffentlichte Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) für ein Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung wurde in der Gesundheitspolitik äußerst kontrovers diskutiert. Der zunächst vorgelegte Entwurf sah die Schaffung eines neuen Straftatbestands im Strafgesetzbuch vor, der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Die Neuregelung wurde nach Ansicht des Ministeriums notwendig, da auch in Deutschland die Fälle zunehmen, in denen Personen auftreten, deren Anliegen es ist, einer Vielzahl von Menschen in Form einer entgeltlichen Dienstleistung eine schnelle und effiziente Möglichkeit für einen Suizid anzubieten.

In ihrer Stellungnahme vom 31. Mai 2012 begrüßte die Bundesärztekammer den Referentenentwurf. Die Bundesärztekammer forderte aber, nicht nur die gewerbliche Suizidbeihilfe, sondern jede Form der organisierten Sterbehilfe in Deutschland zu verbieten. Damit soll insbesondere verhindert werden, dass solche Organisationen unter anderem Rechtsstatus weiter ihren Geschäften nachgehen können.

Ende Juli 2012 gelangte ein abgeänderter Referentenentwurf an die Öffentlichkeit. Dieser sah vor, dass Angehörige und andere einem Suizidwilligen nahestehende Bezugspersonen, die sich als nicht gewerbsmäßig handelnde Teilnehmer an der Sterbehilfe beteiligen, straffrei bleiben sollen. Laut des Entwurfs könnte das auch für Ärzte und Pflegekräfte gelten, wenn eine über das rein berufliche Verhältnis hinausgehende, länger andauernde persönliche Beziehung entstanden ist, wie dies z. B. beim langjährigen Hausarzt der Fall sein kann. Die Bundesärztekammer kritisierte die Pläne des BMJ scharf. So wurde angeführt, dass einerseits die gewerbsmäßige Sterbehilfe verboten werden soll, andererseits aber zugleich gesetzliche Grundlagen für Ärzte als Sterbehelfer geschaffen werden.

In dem Ende August 2012 dem Bundesrat und Bundestag zugeleiteten Regierungsentwurf wurde der Hinweis auf Straffreiheit der Ärzte in der Begründung gestrichen. Da der Gesetzentwurf dennoch nahezu unverändert blieb, befürchtet die Ärzteschaft auch weiterhin, dass mit dem Gesetzentwurf ein Einfallstor für die Straffreiheit der Ärzte bei einer Beteiligung an der Sterbehilfe geschaffen werden könnte. Diese und weitere Befürchtungen konnte die Bundesärztekammer am 12. Dezember 2012 im Rahmen einer öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des Bundestages darlegen. Die parlamentarischen Beratungen zu dem Gesetzentwurf konnten im Jahr 2012 nicht mehr abgeschlossen werden. Die Bundesärztekammer wird das Gesetzgebungsverfahren auch weiterhin kritisch mitverfolgen und gegebenenfalls Stellung beziehen.

Beschneidung des männlichen Kindes – Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes

Die Beschneidung des männlichen Kindes in Deutschland soll auch künftig möglich sein. Daher hat das Bundesministerium der Justiz (BMJ) Anfang Oktober 2012 einen Referentenentwurf für ein Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes veröffentlicht. Das Gesetz war nach einer Entscheidung des Landgerichts Köln notwendig geworden. Das Landgericht hatte die Auffassung vertreten, bei der religiös begründeten, aber nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit

Zustimmung der sorgeberechtigten Eltern durchgeführten Beschneidung eines minderjährigen (vierjährigen) Jungen handele es sich um eine rechtswidrige Körperverletzung.

Laut Gesetzentwurf sollte die Personensorge der Eltern grundsätzlich auch das Recht umfassen, bei Einhaltung bestimmter Anforderungen in eine nicht medizinisch indizierte Beschneidung ihres nicht einsichts- und urteilsfähigen Sohnes einzuwilligen. Eine Ausnahme davon sollte es dann geben, wenn im Einzelfall durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird. Zentral und unabdingbar für die Berechtigung der Eltern zur Einwilligung ist dabei, dass die Beschneidung des männlichen Kindes fachgerecht durchgeführt wird. Zur Rechtfertigung eines jeden medizinischen Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit ist es gemäß dem Gesetzentwurf erforderlich, dass bei seiner Durchführung die den aktuellen Erkenntnissen entsprechenden ärztlichen Standards eingehalten werden. Ferner war geplant, dass in den ersten sechs Monaten nach der Geburt eines Sohnes auch von einer Religionsgemeinschaft dazu vorgesehene Personen die Beschneidung vornehmen dürfen, wenn sie dafür besonders ausgebildet sind. Sofern sie nicht Ärzte sind, müssen sie für die Durchführung der Beschneidung auch eine einem Arzt vergleichbare Befähigung vorweisen.

Die Bundesärztekammer begrüßte in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2012, dass mit dem Gesetzesentwurf die durch das Kölner Urteil entstandene Rechtsunsicherheit beseitigt werden soll. Darüber hinaus sprach sich die Bundesärztekammer aber auch für die Einhaltung bestimmter Bedingungen aus, dass etwa nur Ärzte die Beschneidung durchführen dürfen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung passierte bereits am 12. Dezember 2012 ohne weitere Änderungen den Bundestag. Insgesamt stimmten 434 Abgeordnete für und 100 Abgeordnete gegen den Regierungsentwurf. Weitere 46 Bundestagsabgeordnete enthielten sich ihrer Stimme. Im Eilverfahren fand die abschließende Beratung zu dem Gesetzentwurf bereits zwei Tage später, am 14. Dezember 2012, im Bundesrat statt. Nachdem die Länderkammer beschlossen hatte, den Vermittlungsausschuss zu dem Gesetzentwurf nicht einzuberufen, konnte das Gesetz am 28. Dezember 2012 in Kraft treten.

1.3 Europäische Union

1.3.1 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union

Mehr als 70 Prozent der jeweiligen nationalen Gesetze werden auf europäischer Ebene geprägt. Fast alles, was dort erarbeitet und verabschiedet wird, schlägt sich mittelbar oder unmittelbar in der Gesetzgebung der Mitgliedstaaten nieder. Insbesondere in der Gesundheits- und Sozialpolitik hat die Europäische Union (EU) in den vergangenen Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs zu verzeichnen. Während Verordnungen direkt nach ihrem Inkrafttreten in die nationale Gesetzgebung übernommen werden müssen, haben die Mitgliedstaaten bei europäischen Richtlinien einen gewissen zeitlichen und inhaltlichen Spielraum, um diese umzusetzen. Die grobe politische Richtung geben die Staats- und Regierungschefs im Europäischen Rat vor, der nicht mit dem Rat der Europäischen Union – dem sogenannten Ministerrat – oder dem Europarat zu verwechseln ist. Der Ministerrat, der sich aus Vertretern der nationalen Ministerien zusammensetzt,

fungiert gemeinsam mit dem Europäischen Parlament auf EU-Ebene als Gesetzgeber. Sie müssen im parlamentarischen Verfahren über die Annahme oder Ablehnung eines von der Europäischen Kommission erarbeiteten und veröffentlichten Verordnungs- oder Richtlinienentwurfs entscheiden. Daneben können auf EU-Ebene zahlreiche rechtlich unverbindliche Maßnahmen wie Schlussfolgerungen und Initiativberichte erlassen werden. Da diese bei den Verhandlungen der europäischen Institutionen über neue Rechtsakte richtungsweisend sein können, bedürfen diese – ebenso wie Verordnungen und Richtlinien – einer besonderen Aufmerksamkeit.

Mit dem zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten steigt die Notwendigkeit, gesundheits- und sozialpolitische Vorhaben der EU zu beobachten, zu beschreiben und zu begleiten. Ein bedeutender Teil der Arbeit des Brüsseler Büros der deutschen Ärzteschaft besteht in der Analyse und Auswertung von politischen Entwicklungen, um mögliche Initiativen oder Gesetzesvorschläge zu antizipieren und um die Diskussion auf EU-Ebene frühzeitig mitgestalten zu können. Die Komplexität der europäischen Gesetzgebung erfordert einen kontinuierlichen Informationsaustausch nicht nur mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments, sondern auch mit Kommissionsbeamten, Akteuren des Ministerrates und Mitgliedern der ständigen Ausschüsse. Darüber hinaus ist der Informationsaustausch mit den Gesundheitsreferenten der einschlägigen Ministerien der Bundesländer und anderer Organisationen im Gesundheitswesen bei informellen Treffen wichtiger denn je geworden, um für die Belange der Ärzteschaft zu sensibilisieren.

Das Brüsseler Büro bringt die spezifischen Positionen der deutschen Ärzteschaft gegenüber den entscheidenden Stellen in den europäischen Gremien direkt ein. Dazu gehört eine enge und gut funktionierende Zusammenarbeit mit der Berliner Koordinationsstelle der Bundesärztekammer für Parlaments- und Regierungsangelegenheiten, um gemeinsame Vorgehensweisen abzustimmen. Erfolgreiche Lobbyarbeit in Brüssel ist nur in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung und den Gremien der Bundesärztekammer möglich. Dies wird durch einen beständigen Informationsaustausch zwischen Brüssel und Berlin gewährleistet. Vor allem der Austausch von Fachinformationen mit den Experten der Bundesärztekammer konnte durch informelle Treffen – beispielsweise zu den Themen Anerkennung von Berufsqualifikationen sowie klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln – im Jahr 2012 noch verstärkt werden. Auch die europäischen Initiativen in den Bereichen Normung, Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika wurden mit den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer vielfältig diskutiert und beraten. Insbesondere im Bereich der Berufsanerkennungsrichtlinie gelang es darüber hinaus, die Zusammenarbeit mit weiteren nationalen und internationalen Organisationen im Gesundheitssektor zu stärken, um die gemeinsamen Interessen gebündelt in den europäischen Politikprozess einbringen zu können. So konnte die Bundesärztekammer im Juni 2012 gemeinsam mit dem Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) eine parlamentarische Veranstaltung zum Thema „Europa 2020 – Zukunft Freie Berufe – Berufsqualifikationen“ in Brüssel durchführen, an der auch Abgeordnete des Europäischen Parlaments und Kommissionsbeamte teilnahmen.

Darüber hinaus wird im „EU-Bulletin“ in regelmäßigen Abständen über neueste Gesetzgebungsinitiativen, Konsultationen und Entscheidungen aus Brüssel berichtet. Der Informationsdienst wurde von der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft in Zusammenarbeit mit dem Brüsseler Büro entwickelt. Um möglichst zeitnah über die Entwicklungen

auf europäischer Ebene zu informieren, wurde zudem der Eilmeldungsinformationsdienst der Pressestelle auf die Europapolitik ausgeweitet. Ferner konnte der sogenannte elektronische Gesetzgebungskalender – eine Datenbank der Bundesärztekammer für aktuelle Gesetzesvorhaben – um europäische Gesetzesinitiativen ergänzt werden. Darin können neben einem Zeitplan für die jeweiligen Initiativen auch die relevanten Dokumente der politischen Institutionen sowie die von der Bundesärztekammer und anderen Gesundheitsakteuren eingereichten Stellungnahmen abgerufen werden.

Auf Brüsseler Ebene wird das Ziel eines verstärkten kontinuierlichen Dialogs neben zahlreichen bilateralen Gesprächen auch durch Gesprächskreise mit hochrangigen Vertretern aus Politik und anderen Entscheidungsträgern verfolgt. Die Vertretung in Brüssel sieht es als eine ihrer Hauptaufgaben an, durch Sachkompetenz, den gegenseitigen Austausch von Informationen sowie durch einen konstruktiven Dialog zum Verständnis der komplexen europäischen Materie beizutragen. So hat die Bundesärztekammer im Jahr 2012 ihre Zusammenarbeit mit vielen Europaabgeordneten intensivieren können. Zahlreiche Gespräche – auch mit den zuständigen Beamten der Europäischen Kommission – wurden zu den Verordnungs- und Richtlinienentwürfen zur Berufsanerkennungsrichtlinie, zu klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur europäischen Normung geführt sowie Stellungnahmen und Änderungsanträge übermittelt. Eine engere Zusammenarbeit konnte zudem durch die Beantwortung zahlreicher Fachfragen realisiert werden.

1.3.2 Europäische Gesundheitspolitik

Für eine europäische Gesundheitspolitik gilt seit Ende 2009 der Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), der mit dem Vertrag von Lissabon eingeführt worden war; dieser hatte am 1. Dezember 2009 den Vertrag von Nizza abgelöst. Dem Lissabon-Vertrag zufolge ist die Zuständigkeit der Europäischen Union im Bereich des Gesundheitswesens nach wie vor begrenzt. Zwar hat die EU bei Maßnahmen, die sie in anderen politischen Bereichen festlegt oder durchführt, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen, doch darf sie die Politik der Mitgliedstaaten allenfalls ergänzen sowie die Zusammenarbeit der Staaten untereinander fördern, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern oder Humankrankheiten zu verhindern. Auch kann die EU die Maßnahmen und Programme der Mitgliedstaaten koordinieren und über bewährte Verfahren informieren. Die Hauptverantwortung für die nationale Gesundheitspolitik liegt jedoch noch immer bei den Mitgliedstaaten, was insbesondere durch Art. 168 Abs. 7 AEUV unterstrichen wird. Die ergänzende Tätigkeit der Europäischen Union berührt in keiner Weise die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation ihrer nationalen Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung.

Gleichwohl übt die europäische Ebene durch die Binnenmarktregeln und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auch auf die gesetzliche Krankenversicherung und weitere Bereiche des Gesundheitssystems in Deutschland aus. Einen umfangreichen Handlungsspielraum erhalten die politischen Akteure auf europäischer Ebene insbesondere durch das Recht der EU-Bürger auf eine grenzüberschreitende Ausübung von Dienstleistungen, auf Niederlassungs- und Beschäftigungsfreiheit und das Recht zum grenzüberschreitenden Erwerb von Waren und Dienstleistungen. Die EU-Gesetzesini-

tiativen haben in erster Linie zum Ziel, den Bürgern in der Europäischen Union die Anwendung ihrer Rechte zu erleichtern. Die vielfältigen Aktivitäten der EU-Kommission, wie beispielsweise Grünbücher, Weißbücher, sogenannte Mitteilungen, Verordnungen und Richtlinien, berühren jeweils die nationalen Gesundheitssysteme und können sich auch auf deren Gestaltung und Entwicklung auswirken. In Verbindung mit der europäischen Rechtsprechung der vergangenen Jahre lässt sich hier nach wie vor eine Tendenz hin zu einer schleichenden Kompetenzausweitung der EU und Harmonisierung der Gesundheitssysteme feststellen.

1.3.3 Begleitung von europäischen Gesetzesvorhaben und politischen Initiativen mit gesundheits- und sozialpolitischem Bezug

Berufsqualifikationsrichtlinie

Um die Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit von Angehörigen reglementierter Berufe zu verbessern, die Mobilität von hochqualifizierten Fachkräften zu steigern und dadurch dem Fachkräftemangel in der EU entgegenwirken zu können, hat die EU-Kommission Ende des Jahres 2011 einen Richtlinienentwurf [KOM (2011) 883] zur Revision der bislang gültigen Berufsqualifikationsrichtlinie aus dem Jahr 2005 vorgelegt. Der Fokus liegt dabei auf der Modernisierung des Systems der automatischen Anerkennung, der Reform der allgemeinen Regeln für die Niederlassung und für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat. Neben der Prüfung der Sprachkenntnisse beziehen sich die neuen Regelungen auch auf einen Vorwarnmechanismus: Die nationalen zuständigen Behörden sollen künftig einander nach einem standardisierten Mechanismus warnen, wenn einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs die Ausübung seines Berufs untersagt wird. Um insbesondere die Freizügigkeit von Berufstätigen zu fördern und gleichzeitig eine effizientere und transparentere Anerkennung der Qualifikationen zu gewährleisten, soll zudem ein europäischer Berufsausweis eingeführt werden. Im Bereich der Weiterbildung wurde im Richtlinienentwurf die Grundausbildung für den Arztberuf von sechs auf fünf Jahre heruntergestuft, die kumulativ mit 5.500 Stunden abgeleistet werden müssen. Der Richtlinienvorschlag sieht ferner neue Regelungen für die Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung von Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen vor. Danach sollen diese Ausbildungsanwärter nur dann zugelassen werden, wenn eine allgemeine Schulausbildung von zwölf Jahren oder eine bestandene Prüfung von gleichwertigem Niveau vorgewiesen werden kann. Demzufolge müssten in Deutschland die Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung in diesen Berufen von einer zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung auf zwölf Jahre heraufgesetzt werden.

Über das Jahr 2012 hinweg wurde der Vorschlag im Rat der Europäischen Union und in den Ausschüssen des Europäischen Parlaments äußerst kontrovers diskutiert. Die Bundesärztekammer hatte sich über den gesamten Zeitraum in diesen Diskussionsprozess eingebracht, die Vorschläge der EU-Kommission kritisch kommentiert und zu Umsetzungsfragen Stellung bezogen. So hatte die Bundesärztekammer bereits zu Beginn der parlamentarischen Verhandlungen im Januar und im März 2012 Stellungnahmen[1] zu

[1] Alle im Kapitel 1.3.3 genannten Stellungnahmen der Bundesärztekammer sind auf der Internetseite www.baek.de unter der Rubrik „Gesundheitspolitik"/Stellungnahmen abrufbar.

dem Richtlinienvorschlag veröffentlicht und den Abgeordneten des EU-Parlaments, den auf EU-Ebene agierenden gesundheitspolitischen Akteuren der Bundesländer sowie den für das Thema zuständigen Mitarbeitern in den Bundesministerien zugeleitet. Die Stellungnahmen wurden in englischer und deutscher Sprache auch weiteren Interessenten durch die Veröffentlichung auf der Internetseite der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt. Mitte des Jahres 2012 gelang es der Bundesärztekammer auf der Grundlage der ersten Veröffentlichung ihrer Stellungnahme ferner, mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (ABDA) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 30. Mai 2012 eine gemeinsame Stellungnahme zu dem Richtlinienvorschlag fertig zu stellen. Diese wurde ebenfalls den zuständigen politischen Akteuren zugeleitet.

Die Hauptkritikpunkte der Bundesärztekammer beziehen sich insbesondere auf die neuen Regelungen zur Ausbildung von Gesundheitsfachberufen, auf die Einführung eines Berufsausweises und die damit einhergehenden Fristen und Genehmigungsfiktionen, auf den partiellen Zugang sowie die in der Richtlinie vorgeschlagenen Durchführungsrechtsakte. Allerdings wurden nicht nur Kritikpunkte dargelegt, sondern auch Vorschläge für Änderungen an dem Richtlinienentwurf formuliert. Da sowohl die Abgeordneten im EU-Parlament als auch die Mitglieder im Ministerrat den Richtlinienvorschlag mit Hilfe von Änderungsanträgen anpassen können, dienten die Änderungsvorschläge in der BÄK-Stellungnahme sowie in der gemeinsamen Stellungnahme als geeignetes Instrument, die Interessen der Ärzteschaft in den Diskussionsprozess einzubringen.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens im EU-Parlament fanden in den für den Richtlinienvorschlag verantwortlichen Ausschüssen Abstimmungen statt. Während die Abstimmung im federführenden Binnenmarktausschuss auf Anfang des Jahres 2013 verlegt wurde, fand die Abstimmung im Gesundheitsausschuss über den Entwurf einer Stellungnahme der Abgeordneten Dr. Anja Weisgerber zu dem Richtlinienvorschlag bereits im Oktober 2012 statt. In Vorbereitung auf diese Abstimmung im vierten Quartal des Jahres 2012 formulierte die Bundesärztekammer ein Schreiben an Abgeordnete des EU-Parlaments. Darin wurde auf kritische Änderungsvorschläge hingewiesen und es wurden geeignete Änderungsvorschläge hervorgehoben. Auch zu dem Entwurf eines Berichts der Abgeordneten Bernadette Vergnaud, der ebenfalls aus Änderungsanträgen zu dem Richtlinienentwurf besteht, hat die Bundesärztekammer am 12. Oktober 2012 gemeinsam mit der KBV, der ABDA und der BZÄK eine Stellungnahme formuliert, die den politischen Akteuren auf EU-Ebene übermittelt wurde.

Im gesamten Abstimmungsprozess ist es ferner gelungen, zahlreiche Gespräche mit Europaabgeordneten, den zuständigen Mitarbeitern in den Bundesministerien und mit den einschlägigen EU-Kommissionsbeamten zu führen, um die Änderungsvorschläge der Bundesärztekammer darzulegen und auf kritische Formulierungen in dem Richtlinienentwurf hinzuweisen.

Als weitere Aktivität gelang es der Bundesärztekammer im Juni 2012 zudem, gemeinsam mit dem Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und der BZÄK eine Veranstaltung zu dem Thema „Europa 2020 – Zukunft Freie Berufe – Berufsqualifikationen“ in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg bei der Europäischen Union abzuhalten. Im Mittelpunkt stand der Richtlinienentwurf über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion, an der auch der Vizepräsident des Europäischen Parlaments, Othmar Karas, sowie die Europaabgeordnete Evelyne Gebhardt teilnahmen,

wurde von Seiten der Gastgeber insbesondere auf die Gefahr hingewiesen, dass die im Interesse der Patienten und Verbraucher im Laufe der Anerkennungsverfahren notwendigen Prüfungen der migrierenden Leistungserbringer an Substanz verlieren könnten. Als Gäste nahmen zahlreiche Abgeordnete des EU-Parlamentes teil, mit welchen der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, am Rande der Veranstaltung die Diskussion über den Richtlinienvorschlag fortsetzen konnte.

Schließlich wurde in einem gemeinsamen Mailing an die Mitglieder der einschlägigen Ausschüsse des EU-Parlaments von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) die Beibehaltung der Zugangsvoraussetzung von zehn Jahren für die Ausbildung in einem Pflegeberuf gefordert. Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses sind dieser Aufforderung gefolgt und haben sich im Rahmen ihrer Abstimmung für diese Beibehaltung ausgesprochen.

Auch im kommenden Jahr wird die Bundesärztekammer den Gesetzgebungsprozess kontinuierlich verfolgen und als Gesprächspartner für die politischen Akteure auf europäischer Ebene zur Verfügung stehen.

Verordnung über das Binnenmarktinformationssystem

Bereits Ende August 2011 hat die EU-Kommission einen Verordnungsvorschlag über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems (IMI-Verordnung) veröffentlicht, der im Jahr 2012 intensiv im Rat der Europäischen Union und im Europäischen Parlament diskutiert wurde. Der Vorschlag zielt darauf ab, das Binnenmarktinformationssystem (IMI) weiterzuentwickeln, das in der Europäischen Union dazu eingesetzt wird, Barrieren zu überwinden, die durch unterschiedliche Sprachen und Verwaltungsstrukturen entstehen. Zahlreiche EU-Richtlinien, wie beispielsweise die Berufsqualifikationsrichtlinie, können nur dann umgesetzt und angewandt werden, wenn der grenzüberschreitende Informationsaustausch zwischen den zuständigen Behörden der Nationalstaaten gewährleistet ist.

Der Verordnungsvorschlag soll unter anderem einen soliden Rechtsrahmen für das IMI sowie einen umfassenden Datenschutzrahmen durch Festlegung der Vorschriften für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des IMI schaffen. Gemäß den neuen Regelungen haben die EU-Mitgliedstaaten einen nationalen IMI-Koordinator zu benennen und ihre Vorschriften zur Wahrung des Berufsgeheimnisses oder anderer Verschwiegenheitspflichten auf ihre IMI-Akteure und IMI-Nutzer im Einklang mit den nationalen Rechtsvorschriften anzuwenden. Ferner sollen die zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten verpflichtet werden, Anfragen rechtzeitig und angemessen zu beantworten.

Die Bundesärztekammer hatte den gesamten Gesetzgebungsprozess aufmerksam verfolgt und Informationen dazu bereitgestellt. Mit der endgültigen Abstimmung über den Verordnungsvorschlag im Plenum des EU-Parlaments am 11. September 2012 sowie mit der Annahme des Vorschlags durch den Ministerrat am 4. Oktober 2012 konnte der Gesetzgebungsprozess beendet werden. Die Verordnung, die in allen Teilen verbindlich ist und unmittelbar in jedem Mitgliedstaat gilt, wurde am 14. November 2012 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht und trat am 4. Dezember 2012 in Kraft.

Europäische Normung

Ebenfalls im Jahr 2012 wurde die EU-Verordnung zur europäischen Normung zum Abschluss gebracht, die von Seiten der Bundesärztekammer über den politischen Gesetzgebungsprozess hinweg intensiv verfolgt wurde. Mit Hilfe der Verordnung soll der bislang bestehende Rechtsrahmen für die europäische Normung vereinfacht und angepasst werden. Dadurch soll es künftig beispielsweise möglich werden, neue Aspekte der Normung abzudecken. Sehr kontrovers diskutiert wurde in diesem Zusammenhang auch die Entwicklung von Normen für Dienstleistungen, insbesondere für Dienstleistungen im Gesundheitssektor, die nicht in die Kategorie der klassischen Normen fallen. Bisher gab es die Normung nur bei Produkten oder im technischen Bereich. Trotz der Bemühungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztliche Bundesvereinigung – insbesondere in Gesprächen mit Abgeordneten des EU-Parlaments sowie mit Beamten der EU-Kommission – sind die Gesundheitsdienstleistungen nicht aus dem Anwendungsbereich der Verordnung herausgenommen worden. Allerdings ist in Erwägungsgrund 12 der Verordnung ein Hinweis mitaufgenommen worden, dem nach die Verantwortung für die Gesundheitspolitik und die Organisation des Gesundheitswesens bei den Mitgliedstaaten liegen und in diesem Bereich bei der Beauftragung des Europäischen Normungskomitees keine Harmonisierung erfolgen darf. Die Verordnung zur europäischen Normung wurde am 14. November 2012 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht und trat am 4. Dezember 2012 in Kraft. Die Verordnung ist in allen ihren Teilen verbindlich.

Bereits während des EU-Gesetzgebungsprozesses hatte sich die Bundesärztekammer im Bereich der Normung in den Gremien des Deutschen Instituts für Normung (DIN) und des Europäischen Komitees für Normung (CEN) eingebracht und sich an der Beantwortung von Fragen zur Normung von Dienstleistungen beteiligt. Insbesondere im Rahmen des Projektes „Normung in der ästhetischen Chirurgie“ gelang es der Bundesärztekammer, ihre Expertise einzubringen, auf Risiken aufmerksam zu machen und zu Zertifizierungsfragen Stellung zu beziehen. Dafür hat die Bundesärztekammer im März 2012 auch eine Stellungnahme zum Entwurf einer Norm über Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie (DIN EN 16372) veröffentlicht.

Die Tätigkeit der deutschen Ärzteschaft in den Gremien des DIN und des CEN wird auch im Jahr 2013 fortgesetzt. Dabei steht das Mitwirken der Bundesärztekammer im Beirat des Normenausschusses Dienstleistungen (NADL), dem DIN-Spiegelgremium „Normenausschuss Dienstleistungen – Fachbereich Gesundheitswirtschaft“ sowie in den Normenausschüssen „Medizin“ und „Feinmechanik und Optik (NAFuO) – Arbeitsausschuss Klinische Prüfungen“ im Mittelpunkt.

Pharmapaket

Das sogenannte Pharmapaket, bestehend aus insgesamt fünf Einzeldossiers zu Arzneimittelfälschung, Pharmakovigilanz und Patienteninformation, wurde zwar bereits im Dezember 2008 von dem damaligen EU-Kommissar für Industrie und Unternehmen, Günter Verheugen, auf den Weg gebracht, konnte bislang allerdings noch nicht in allen Teilen zum Abschluss gebracht werden. Während der Gesetzgebungsprozess zur Arzneimittelfälschung seit dem Jahr 2011 und der zur Pharmakovigilanz seit Ende des Jahres 2012 abgeschlossen ist, steht eine endgültige Annahme der Regelungen im Bereich der Patienteninformation noch aus.

Pharmakovigilanz

Die Entwürfe einer Richtlinie sowie einer Verordnung zur Pharmakovigilanz wurden bereits Ende Dezember 2010 verabschiedet und sind Anfang des Jahres 2011 in Kraft getreten. Aufgrund eines Arzneimittelskandals in Frankreich beschloss die EU-Kommission allerdings, die verabschiedeten Regelungen zu überarbeiten. Im Oktober 2011 legte sie neue Vorschläge vor. Danach sollen die Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission künftig verpflichtet werden, bei jedem Verdacht schwerwiegender Sicherheitsrisiken im Zusammenhang mit national zugelassenen Arzneimitteln ein europäisches Risikobewertungsverfahren (Referrals) zu starten. Auch ist der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen eines Arzneimittels künftig verpflichtet, die einschlägigen zuständigen Behörden und die Europäische Arzneimittelagentur über die Gründe zu unterrichten, aus denen ein Arzneimittel zurückgenommen, das Inverkehrbringen eines Arzneimittels ausgesetzt, der Widerruf einer Genehmigung für das Inverkehrbringen beantragt oder eine solche Genehmigung nicht verlängert wird. Das Ziel der neuen Regelungen ist die Verschärfung der Überwachung von Arzneimitteln und die europaweite Vereinheitlichung der Pharmakovigilanzvorschriften.

Die Bundesärztekammer hatte den Gesetzgebungsprozess zu den neuen Vorschlägen aufmerksam verfolgt und den politischen Akteuren auf EU-Ebene ihre Expertise zur Verfügung gestellt. Am 11. September 2012 hatte das Plenum des EU-Parlaments die neuen Regelungen zur Pharmakovigilanz angenommen. Wenige Wochen danach, am 4. Oktober 2012, wurden diese auch vom Gesundheitsministerrat gebilligt. Die Veröffentlichung der Vorschläge im Amtsblatt der Europäischen Union erfolgte am 25. Oktober 2012.

Patienteninformation über verschreibungspflichtige Arzneimittel

Die ursprünglich im Jahr 2008 von der EU-Kommission vorgelegten Vorschläge für eine Verordnung sowie eine Richtlinie zu Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel [KOM (2008) 662 und 663] wurden von den politischen Akteuren auf europäischer Ebene scharf kritisiert. Das Ziel des Kommissionsvorschlags, den Bürgern den Zugang zu qualitätsgesicherten Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu erleichtern, wurde zwar grundsätzlich begrüßt, doch die Meinungen über den Inhalt der Arzneimittelinformationen sowie über die Frage, auf welchem Weg diese zu den Patienten gelangen sollten, gingen weit auseinander. Eine Einigung zwischen EU-Parlament und Ministerrat war nicht absehbar, sodass die EU-Kommission am 11. Oktober 2011 geänderte Vorschläge für eine Verordnung sowie eine Richtlinie zu Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel veröffentlichte. Die ursprünglichen Vorschläge wurden durch diese ersetzt. Die Grundlage für die Abänderungen bildeten die Abstimmungsergebnisse des Europäischen Parlaments: Ende November 2010 hatte das Plenum die Dossiers mit zahlreichen, auch von der Bundesärztekammer initiierten Änderungen angenommen, die größtenteils von der EU-Kommission aufgegriffen wurden.

Mit Hilfe der Vorschläge sollte zwar das Werbeverbot über verschreibungspflichtige Arzneimittel aufrechterhalten werden, bestimmte Informationen, wie Gebrauchsanweisungen oder Informationen über Preise und klinische Versuche, sollten hingegen künftig auf Anfrage der Bürger zugänglich gemacht werden. Die Verbreitung dieser Informationen über das Fernsehen, Radio oder Printmedien sollte verboten bleiben. Die EU-Kom-

mission hatte in den ursprünglichen Dossiers vorgeschlagen, dass Pharmahersteller sich direkt an die Patienten wenden dürfen, um diese über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu informieren. Auch nach Vorlage der abgeänderten Vorschläge und der Entscheidung der EU-Kommission im Februar 2012, die Vorschläge zur Pharmakovigilanz und Patienteninformation zu trennen, konnte im Rat der Europäischen Union keine Einigung erzielt werden. So haben die Mitgliedstaaten im Ministerrat festgestellt, dass es nicht möglich sein wird, eine qualifizierte Mehrheit für die Annahme der vorliegenden Vorschläge zu erreichen. Ob die Europäische Kommission einen dritten Versuch startet und überarbeitete Vorschläge vorlegen wird, steht derzeit noch nicht fest. Bis dahin gelten der Verordnungs- und der Richtlinienvorschlag als gescheitert.

Vorschlag für eine Richtlinie zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch physikalische Einwirkungen (elektromagnetische Felder)

Im Oktober 2012 gelang es dem Rat der Europäischen Union, sich auf einen gemeinsamen Standpunkt bezüglich des Richtlinienvorschlags der EU-Kommission über Mindestvorschriften zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch physikalische Einwirkungen (elektromagnetische Felder) [KOM (2011) 348] aus dem Jahr 2011 zu einigen. Gemäß dem Vorschlag sollen die bereits von der EU in der Richtlinie 2004/40/EG über elektromagnetische Felder festgelegten Grenzwerte für magnetische und elektromagnetische Felder künftig nicht für die Magnetresonanztomographie (MRT) gelten. Auch die Installation, Reinigung und Wartung von Magnetresonanztomographen sowie die damit verbundenen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten sollen von den Grenzwerten ausgenommen werden. Nach dem Erlass der bestehenden Richtlinie aus dem Jahr 2004 wurde insbesondere aus medizinischen Kreisen moniert, dass die Tätigkeit mit der MRT durch die in der Richtlinie festgelegten strengen Expositionsgrenzwerte behindert würde. Aus diesem Grund war nach Ansicht der EU-Kommission eine Überarbeitung der Richtlinie 2004/40/EG unabdingbar geworden.

Während der Diskussion im Ministerrat hatte Deutschland die Befürchtung geäußert, dass die Methode gewichteter Spitzenwerte oder vom Ergebnis her vergleichbare Methoden in bestimmten Expositionsszenarien unnötig konservative Werte ergeben, die den Arbeitnehmerschutz nicht wesentlich verbessern, jedoch die Fortführung bestimmter technischer Anwendungen in der Automobilbranche und in anderen Industriezweigen in Deutschland sowie vermutlich in anderen Mitgliedstaaten gefährden könnten. Auch wurden unter anderem von Deutschland Vorbehalte zu den Artikeln 11 und 13 aufrechterhalten, da delegierte Rechtsakte – wie in den Artikeln vorgesehen – kein angemessenes Mittel seien, um die Anhänge der Richtlinie zu ändern. Nach der gelungen Festlegung einer allgemeinen Ausrichtung zum Wortlaut der Richtlinie im Ministerrat und die bereits abgeschlossenen Beratungen in den Ausschüssen des EU-Parlaments zu dem Richtlinienentwurf wird derzeit auf die endgültige Abstimmung im Plenum des Europäischen Parlaments gewartet. Gelingt eine Annahme der Richtlinie durch das EU-Parlament und im Anschluss daran durch den Ministerrat, kann die Richtlinie bereits im Jahr 2013 erlassen werden. Die Bundesärztekammer wird die politischen Beratungen zu dem Richtlinienvorschlag auch weiterhin verfolgen und gegebenenfalls Stellung zu kritischen Punkten nehmen.

Europäisches Datenschutzpaket

Ende Januar 2012 legte die EU-Kommission ein umfassendes Reformpaket zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vor, das sich aus einem Richtlinien- sowie einem Verordnungsentwurf zusammensetzt. Der Richtlinienentwurf zielt darauf ab, ein hohes, einheitliches Datenschutzniveau herzustellen, um etwa das gegenseitige Vertrauen zwischen den Polizei- und Justizbehörden verschiedener Mitgliedstaaten zu stärken und deren Zusammenarbeit zu erleichtern. Dabei soll die Richtlinie für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die zuständigen Behörden zum Zwecke der Verhütung, Aufdeckung, Untersuchung oder Verfolgung von Straftaten oder der Strafvollstreckung Anwendung finden. Mit Hilfe des Vorschlags für eine sogenannte Datenschutz-Grundverordnung sollen unter anderem die Bedingungen für die Verarbeitung gesundheitsbezogener Daten harmonisiert werden. Danach dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten, d. h. Informationen, die sich auf den körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand einer Person oder auf die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für die betreffende Person beziehen, grundsätzlich nicht verarbeitet werden. Ausnahmsweise sollen die Gesundheitsdaten aber unter anderem zum Zwecke der Gesundheitsversorgung, der Arbeitsmedizin sowie der medizinischen Diagnostik durch ärztliches Personal verarbeitet werden können. Darüber hinaus sollen diese Daten aus Gründen des öffentlichen Interesses zum Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren oder aus anderen Gründen des öffentlichen Interesses in Bereichen wie der sozialen Sicherheit verwendet werden können. Auch soll es natürlichen Personen ermöglicht werden, Auskunft über ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten, wie zum Beispiel die Daten, die in ihrer Patientenakte zu finden sind, zu erhalten. Dabei kann es sich um Informationen zu Diagnosen oder um Befunde der behandelnden Ärzte handeln.

Die Bundesärztekammer hat ihre Bedenken zu dem Verordnungsentwurf in die Stellungnahme des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) eingebracht, die unter anderem den Abgeordneten des Europäischen Parlaments zugeleitet wurde. Der Beratungsprozess im EU-Parlament und im Ministerrat zu den Vorschlägen soll im Jahr 2013 zum Abschluss gebracht werden. Der dafür federführende Ausschuss für bürgerliche Freiheiten, Justiz und Inneres des EU-Parlaments hat bereits die Berichtsentwürfe zu dem Verordnungs- und dem Richtlinienvorschlag vorgelegt, mit deren Hilfe die ursprüngliche Fassung der Vorschläge abgeändert werden soll. Die Bundesärztekammer befasst sich derzeit mit den in den Berichten vorgeschlagenen Änderungen. Dabei werden die Vermeidung eines zu hohen bürokratischen Aufwands für Arztpraxen und Kliniken und die Einhaltung des Schutzes personenbezogener Gesundheitsdaten im Mittelpunkt stehen. Auch soll auf die Notwendigkeit von interoperablen Sicherheitssystemen zur grenzüberschreitenden Übermittlung von Daten hingewiesen werden.

Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln

Um die Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln zu gewährleisten und Medikamente weiterzuentwickeln, sind klinische Prüfungen am Menschen notwendig. Gleichzeitig dürfen die Risiken für eine Versuchsperson nicht in unangemessenem Verhältnis zu dem potenziellen Nutzen der medizinischen Forschung stehen, und das Recht der Person auf geistige und körperliche Unversehrtheit muss gewahrt bleiben. Der Vor-

schlag der EU-Kommission für eine Verordnung über klinische Prüfungen vom 17. Juli 2012 legt die Bedingung für die Durchführung einer solchen Prüfung neu fest und modernisiert die EU-Richtlinie (2001/20/EG), die bisher die Verfahrensweise für die Durchführung dieser Prüfungen bestimmt hatte. Die EU-Kommission plant, einen flexibleren und schnelleren Bewertungsprozess ohne viel Bürokratie sowie ein zentrales Portal für die Einreichung eines Antrags auf Durchführung einer klinischen Prüfung zu schaffen. Vorgesehen ist, das Verfahren für die Genehmigung einer klinischen Prüfung aus der nationalen Ebene zu lösen und in ein Genehmigungsverfahren für multinationale Prüfungen weiterzuentwickeln.

Der Verordnungsvorschlag sieht für die Bewertung eines Antrags auf Genehmigung einer klinischen Prüfung bestimmte Fristen vor, die ausreichen sollen, um das Dossier zu prüfen. Der sogenannte berichterstattende Mitgliedstaat hat den Antrag auf Genehmigung einer klinischen Prüfung zu bewerten und dazu einen Bewertungsbericht zu erstellen. Darin muss festgelegt werden, ob die Durchführung der klinischen Prüfung vertretbar, nicht vertretbar oder unter Einhaltung besonderer Auflagen vertretbar ist. Der berichterstattende Mitgliedstaat hat den Bewertungsbericht und die Schlussfolgerung unter Einhaltung einer bestimmten Frist dem Sponsor und den anderen betroffenen Mitgliedstaaten über das EU-Portal zu übermitteln. Danach haben die betroffenen Mitgliedstaaten innerhalb von zehn Tagen nach der Bewertung des berichterstattenden Mitgliedstaats dem Sponsor über das EU-Portal eine Entscheidung mitzuteilen, ob die klinische Prüfung auch aus ihrer Sicht vertretbar, unter Auflagen vertretbar oder nicht vertretbar ist. Eine Ablehnung der Schlussfolgerung ist nur unter bestimmten, genau definierten Gründen möglich. Daneben sieht das in der Verordnung vorgesehene Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen ethische und nationale/lokale Aspekte vor, deren Bewertung jeder Mitgliedstaat für sich vornimmt. Dabei handelt es sich beispielsweise um die Konformität der Vorkehrungen für Entlohnung oder Entschädigung der Prüfer und Probanden. So bleibt es den Mitgliedstaaten überlassen, den organisatorischen Aufbau sowie die internen Kompetenzen für die Bewertungen klinischer Prüfungen zu bestimmen. Voraussetzung ist, dass internationale Leitlinien zur Unabhängigkeit der Gutachter eingehalten werden.

Die Bundesärztekammer hat sich bereits am 27. August 2012 in einer Stellungnahme zu den Vorschlägen der EU-Kommission geäußert. Darin wird befürchtet, dass die in der gegenwärtig geltenden Richtlinie aus dem Jahr 2001 verankerten ethischen und wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen im Interesse der Sicherheit, Verlässlichkeit und ethischen Vertretbarkeit klinischer Forschung am Menschen künftig aufgeweicht werden könnten. Die Bundesärztekammer befürchtet, dass diese Qualitätsanforderungen und ethischen Grundsätze mit dem neuen Verordnungsvorschlag in seiner derzeitigen Fassung nicht mehr beibehalten werden können. Um dies zu vermeiden, hat sich die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme für Änderungen an dem Kommissionsvorschlag ausgesprochen, die in erster Linie die ausdrückliche Einbindung unabhängiger Ethikkommissionen im Sinne der Deklaration von Helsinki und die effektive Beteiligung der betroffenen Mitgliedstaaten an der Nutzen-Risiko-Bewertung betrifft. Auch die Einführung einer Öffnungsklausel für die Mitgliedstaaten zur Festlegung höherer Schutzstandards für vulnerable Gruppen oder die Sicherstellung, dass eine ablehnende Entscheidung der Ethikkommission zu einer Versagung der Genehmigung führt, sind aus Sicht der Bundesärztekammer für die Beibehaltung der derzeit bestehenden hohen Qualitätsanforderungen unabdingbar. Die Stellungnahme wurde an die Mitglieder der

an dem Verordnungsvorschlag beteiligten Ausschüsse im EU-Parlament, an einschlägige Beamte der nationalen Ministerien, die auch in den Verhandlungen im Ministerrat zu dem Vorschlag eingebunden sind, sowie an die entsprechenden EU-Kommissionsbeamten übermittelt.

Um einen kontinuierlichen Austausch mit den gesundheitspolitischen Akteuren auch über die nationale Grenze hinweg zu gewährleisten, hat die Bundesärztekammer auch eine englische Fassung der Stellungnahme zur Verfügung gestellt. Damit den Abgeordneten des Europäischen Parlaments die Bedenken der deutschen Ärzteschaft auch über die Stellungnahme hinaus erläutert werden können, sind im Jahr 2013 parallel zu den parlamentarischen Beratungen zahlreiche Gespräche geplant. Um die Bedenken der Bundesärztekammer darzustellen, bereitet die Bundesärztekammer für Februar 2013 ein Pressefrühstück im Europäischen Parlament vor, zu dem insbesondere die in Brüssel tätigen Europakorrespondenten geladen werden sollen. Darüber hinaus wird die Bundesärztekammer das parlamentarische Verfahren auf EU-Ebene aufmerksam verfolgen und mit Hilfe von weiteren Stellungnahmen versuchen, Änderungen an dem vorliegenden Verordnungsvorschlag zu initiieren. Ferner sind Gespräche mit Vertretern der zuständigen Bundesministerien geplant, mit dem Ziel, Vorschläge für Änderungen an dem Verordnungsvorschlag in die Verhandlungen im Ministerrat einzubringen. Mit einem Abschluss der Verhandlungen auf EU-Ebene zu dem Verordnungsvorschlag kann frühestens im vierten Quartal 2013 gerechnet werden.

Vorschläge für EU-Verordnungen über Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika

Den derzeitigen EU-Rechtsrahmen für In-vitro-Diagnostika bildet die Richtlinie 98/79/EG (IVD-Richtlinie); der geltende EU-Rechtsrahmen für Medizinprodukte besteht in der Richtlinie 90/385/EWG über aktive implantierbare medizinische Geräte und der Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte. Nach Ansicht der EU-Kommission als auch zahlreicher Experten hat es in der Vergangenheit erhebliche Divergenzen bei der Auslegung und Anwendung der Vorschriften gegebenen. Zudem mussten in Bezug auf bestimmte Produkte, wie etwa aus nicht lebensfähigen menschlichen Zellen oder Gewebe hergestellte Produkte, Regelungslücken und Rechtsunsicherheiten festgestellt werden. Aus diesen Gründen hat die EU-Kommission Ende September 2012 einen Verordnungsvorschlag über Medizinprodukte sowie einen Verordnungsvorschlag über In-vitro-Diagnostika veröffentlicht. Mit den beiden Entwürfen sollen die bestehenden Richtlinien ersetzt werden.

Mit Hilfe des Verordnungsvorschlages über In-vitro-Diagnostika sollen klare Bedingungen für Unternehmen festgelegt werden, die an der Neuetikettierung oder dem Umpacken von IVD beteiligt sind. Notwendig sei diese Neuregelung, da im Handel mit In-vitro-Diagnostika der Grundsatz des freien Verkehrs von den Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich angewendet wird und viele diesen Handel de facto verbieten. Darüber hinaus sieht der Verordnungsvorschlag neue Regelungen vor, die die Identifizierung und Rückverfolgbarkeit von Produkten, die Funktionsweise der sogenannten benannten Stellen, die Einstufung und Konformitätsbewertung, die klinischen Nachweise sowie die Vigilanz und Marktüberwachung betreffen.

Der Verordnungsvorschlag über Medizinprodukte hat zum Ziel, einen stabilen, transparenten, nachhaltigen und bedarfsgerechten Rechtsrahmen zu schaffen. Dieser sollte

sich fördernd auf Innovation und Wettbewerbsfähigkeit der Medizinprodukteindustrie auswirken und innovativen Medizinprodukten einen raschen und kostengünstigen Zugang zum Markt ermöglichen, damit Patienten und Angehörige der Gesundheitsberufe davon profitieren können. Darüber hinaus sieht der Vorschlag auch neue Regelungen zur Patienteninformation vor. So sollen Patienten, denen ein Produkt implantiert wird, wichtige Informationen über das implantierte Produkt erhalten, mit denen das Produkt identifiziert werden kann und die alle erforderlichen Warnungen oder eventuell zu treffenden Vorsichtsmaßnahmen umfassen. Dazu kann auch der Hinweis auf mögliche Inkompatibilitäten mit bestimmten Diagnostika oder mit Sicherheitsscannern gehören. Ferner sieht der Vorschlag strenge Regelungen für die Aufbereitung von Einmalprodukten vor, um auch in diesem Bereich ein hohes Maß an Sicherheit und Gesundheitsschutz zu gewährleisten.

Die Bundesärztekammer bereitet derzeit eine Stellungnahme zu den beiden Verordnungsvorschlägen vor, die sich insbesondere auf die vorgeschlagenen Regelungen zu klinischen Prüfungen und zu Einmalprodukten und ihre Aufbereitung konzentrieren wird. Darüber hinaus plant die Bundesärztekammer weitere Stellungnahmen, etwa zu den Berichten des EU-Parlaments zu den Verordnungsvorschlägen. Außerdem ist ein kontinuierlicher Austausch mit Europaabgeordneten sowie mit Vertretern der Nationalstaaten im Ministerrat vorgesehen.

EU-Tabakproduktrichtlinie

Am 19. Dezember 2012 legte die EU-Kommission die bereits seit langem erwartete Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen vor. Die sogenannte Tabakproduktrichtlinie sieht vor, das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen mit einem charakteristischen Aroma wie Frucht-, Menthol- oder Schokoladenaroma künftig zu verbieten. Auch Zusatzstoffe, die mit Energie oder Vitalität assoziiert werden – wie etwa Koffein oder Taurin – sollen nicht mehr erlaubt sein. Ferner wird das Verbot, Tabak zum oralen Gebrauch (Snus) in Verkehr zu bringen, bestehen bleiben. Mit Hilfe des Richtlinienvorschlages, mit dem die bisher gültige EU-Tabakproduktrichtlinie aus dem Jahr 2001 geändert wird, soll erreicht werden, dass weniger Menschen mit dem Rauchen anfangen. Daher konzentrieren sich die neuen Regelungen insbesondere auf Erzeugnisse, die junge Menschen ansprechen. Zu diesem Zweck schlägt die EU-Kommission auch zusätzliche Warnhinweise auf den Verpackungen von Tabakprodukten vor. So sollen kombinierte Warnhinweise, bestehend aus Bild und Text, künftig mindestens 75 Prozent der Verpackungsfläche einnehmen. Zugleich dürfen weder die Verpackungen von Tabakerzeugnissen noch die Erzeugnisse selbst Elemente aufweisen, die für Tabakerzeugnisse werben oder die Verbraucher glauben machen, dass das Erzeugnis weniger schädlich sei als andere. Um die Platzierung, das Format, das Layout und die Gestaltung der gesundheitsbezogenen Warnhinweise – einschließlich der Schriftart und der Hintergrundfarbe – zu bestimmen, hat die EU-Kommission delegierte Rechtsakte zu erlassen. Um die bestehenden Unterschiede in den Mitgliedstaaten in Bezug auf die unterschiedliche Behandlung von Nikotinersatztherapeutika und nikotinhaltigen Erzeugnissen zu beenden, sieht der Richtlinienvorschlag einheitliche Regelungen vor: So dürfen nikotinhaltige Erzeugnisse, die einen Nikotingehalt von mehr als zwei Milligramm oder eine Nikotinkonzentration von mehr

als vier Milligramm/ml aufweisen, nur in Verkehr gebracht werden, wenn sie als Arzneimittel zugelassen worden sind. Erzeugnisse mit einem geringeren Nikotingehalt dürfen als Verbraucherprodukt verkauft werden, sofern sie einen Warnhinweis tragen.

In Vorbereitung auf die Veröffentlichung des Richtlinienvorschlages hatte die EU-Kommission auch eine Konsultation gestartet, in der sie Interessenvertreter aufforderte, Stellung zu möglichen Inhalten des geplanten Richtlinienvorschlages zu nehmen. Auch die Bundesärztekammer beteiligte sich an dieser Umfrage. Der nun vorliegende Richtlinienvorschlag der EU-Kommission wird in den kommenden Monaten im Europäischen Parlament und im Ministerrat zur Diskussion stehen. In Vorbereitung auf die parlamentarischen Beratungen bereitet die Bundesärztekammer derzeit eine Stellungnahme vor, in der die Vorschläge kommentiert und gegebenenfalls Änderungen vorschlagen werden sollen. Mit einem Abschluss der Verhandlungen auf europäischer Ebene wird erst im Jahr 2014 gerechnet.

1.3.4 Arbeitsgruppe „Patientenrechterichtlinie“

Entsprechend dem Vorgehen zur Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG wurde eine Arbeitsgruppe unter Geschäftsführung der Rechtsabteilungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit Rechtsberatern der Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Abstimmung eines Arbeitspapiers zur Umsetzung der sogenannten Patientenrechterichtlinie 2011/24/EU eingesetzt.

Ziel des Arbeitspapiers ist die Prüfung der Richtlinie 2011/24/EU auf ihren Umsetzungsbedarf. Analysiert wird, welche Aufgaben von den Beteiligten auf Landes- und Bundesebene zu übernehmen und welche rechtlichen Regelungen zu schaffen sind. Die Arbeitsgruppe hat sich im November 2011 erstmalig getroffen und den Entwurf eines Arbeitspapiers diskutiert. Die Fertigstellung und damit verbundene Positionierungen der Ärzteschaft befinden sich in Abstimmung.

Die Richtlinie 2011/24/EU ist am 24. April 2011 in Kraft getreten und sieht bis zum 25. Oktober 2013 eine zweieinhalbjährige Umsetzungsfrist vor. Mit der Richtlinie soll ein Rechtsrahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Kapitel I regelt den Anwendungsbereich der Richtlinie. Unter anderem wird klargestellt, dass die Richtlinie ein Rechtsrahmen in Ergänzung zum Koordinierungssystem der sozialen Sicherheit nach der Verordnung 883/2004 (früher 1408/71 EWG) ist. Die Richtlinie sieht in Kapitel II den Aufbau von Informationsstrukturen vor: Jeder Mitgliedstaat soll nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung benennen. Diese sollen für Patienten unter anderem Informationen über Gesundheitsdienstleister, Verfahren zur Geltendmachung von Ansprüchen sowie die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung zur Verfügung stellen. In Kapitel III werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme und die Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen, wie sie vom Gerichtshof der Europäischen Union zur Patientenmobilität entwickelt wurden, kodifiziert. Unionsbürger können weitgehend selbst bestimmen, in welchem Land der Europäischen Union sie sich ambulant oder stationär behandeln lassen. Für Krankenhausbehandlungen, besonders risikobehaftete Behandlungen oder wenn die Gesundheitsversorgung von einem Gesundheitsdienstleister erbracht wird,

der unter Patientenschutzgesichtspunkten Anlass zu Bedenken gibt, können die Mitgliedstaaten eine Vorabgenehmigung verlangen. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten allerdings nur bis zu der Höhe erstattet werden, die bei einer Behandlung im Herkunftsland angefallen wären. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004 in § 13 SGB V gesetzlich festgelegt – geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden. Mit dem Ziel der Unterstützung regelt Kapitel IV die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel durch die Förderung von europäischen Referenznetzen für seltene Erkrankungen und die Einrichtung eines freiwilligen Netzwerkes zuständiger nationaler Behörden im Bereich elektronischer Gesundheitsdienste (bspw. für die Schaffung von Identifizierungs- und Authentifizierungsmechanismen für Datenübertragungen). In Kapitel V behält sich die Kommission legislative Durchführungsbefugnisse vor (Komitologie und delegierte Rechtsakte).

Umsetzungsbedarf ergibt sich zum einen aus Kapitel IV und der darin vorgesehenen Möglichkeit der Anerkennung der in anderen Mitgliedstaaten ausgestellten Verschreibungen. Die Arzneimittelkommission (AkdÄ) hatte hierzu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer an einer Konsultation teilgenommen. Die Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU liegt vor und wird auf einen eventuellen Stellungnahmebedarf überprüft. Sie regelt, welche Elemente eine ärztliche Verschreibung mindestens enthalten muss, die ein Patient in einem anderen Mitgliedstaat vorlegt als in dem, in dem die Verschreibung ausgestellt wurde. Zum anderen ergibt sich Umsetzungsbedarf zur Einsetzung der nationalen Kontaktstellen. Diesbezüglich war die Bundesärztekammer im Austausch mit Vertretern der Krankenkassen sowie Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die Errichtung nationaler Kontaktstellen war auch Gegenstand der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum Regierungsentwurf eines Patientenrechtegesetzes im Herbst 2012.

Nach § 219d SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfes soll die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle, die nach der europäischen Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in jedem Mitgliedstaat einzurichten ist, übernehmen. Insbesondere stellt sie Informationen über nationale Gesundheitsdienstleister, geltende Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen sowie Patientenrechte einschließlich der Möglichkeiten ihrer Durchsetzung, die Rechte und Ansprüche des Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in anderen Mitgliedstaaten und Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten zur Verfügung. Die DVKA wirkt zur Erfüllung der Aufgaben mit der Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie dem PKV-Verband zusammen. Die Einzelheiten des Zusammenwirkens sowie die finanzielle Beteiligung der Organisationen an den zur Finanzierung erforderlichen Kosten sollen vertraglich vereinbart werden. Die Ernennung der DVKA zur Nationalen Kontaktstelle sowie die Mitfinanzierung der DVKA durch die KBV lehnen KBV und Bundesärztekammer ab, was in der Anhörung entsprechend vorgetragen wurde. Die Stellungnahme ist unter http://www.baek.de/page.asp?his=0.5.33.10152 abrufbar.

1.3.5 Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte (Standing Committee of European Doctors) koordiniert und vertritt die Interessen der Ärztinnen und Ärzte der EU-Mitgliedstaaten, des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz[1]. Die Mitgliedsorganisationen im CPME sind die repräsentativen nationalen Ärztevereinigungen. Der CPME stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärztevereinigungen aufeinander ab, um somit als „Stimme der Ärzte Europas" die Interessen der europäischen Ärzteschaft gegenüber den europäischen Institutionen zu vertreten. Außerdem ermöglicht der CPME den Austausch über nationale Positionen und gesundheitspolitische Entwicklungen in den Mitgliedstaaten und fördert europäische Absprachen im Interesse der nationalen Ärzteschaften. Da die europäische Ebene in zunehmendem Maße im Bereich der Gesundheitspolitik aktiv wird, ist die Vertretung der Bundesärztekammer im CPME für die deutsche Ärzteschaft unabdingbar.

Die Sitzungen des Vorstands und der Generalversammlung des CPME fanden am 4. und 5. Mai 2012 in Brüssel/Belgien bzw. am 23. und 24. November 2012 in Limassol/Zypern statt. Während grundsätzliche Standpunkte des CPME durch den Vorstand zu beschließen sind, tagt zwischen diesen Sitzungen der Exekutivausschuss, in dem der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, als Vizepräsident vertreten ist, um eine umgehende Entscheidung über Stellungnahmen und Positionen zu gewährleisten. Da mit dem Berichtsjahr die Amtszeit des Präsidenten, Dr. Konstanty Radziwill aus Polen, und seiner Stellvertreter Prof. Montgomery, Dr. Milan Kubek aus der Tschechischen Republik, Dr. Jörg Pruckner aus Österreich und Dr. Heikki Pälve aus Finnland sowie Schatzmeisterin Dr. Katrin Fjeldsted aus Island endet, wählte die Generalversammlung des CPME auf ihrer Sitzung am 5. Mai 2012 einen neuen Exekutivausschuss. Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 amtiert Dr. Katrin Fjeldsted als Präsidentin des CPME. Als Vizepräsidenten wurden Dr. Milan Kubek und Dr. Heikki Pälve bestätigt, neu gewählte Vizepräsidenten sind der Ungar Dr. István Éger und Dr. Jacques de Haller aus der Schweiz. Prof. Montgomery komplettiert den Exekutivausschuss in der kommenden Wahlperiode in seiner neuen Funktion als Schatzmeister. Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses ist seit Juli 2010 die deutsche Rechtsanwältin Birgit Beger.

Die Arbeitsfelder des CPME spiegelten auch im Berichtsjahr die politische Schwerpunktsetzung der EU wider. Die inhaltliche Arbeit des CPME findet dabei überwiegend in den Arbeitsgruppen statt, die entweder mittels Telefon- und Internetkonferenzen tagen und/oder am Vortag der Sitzungen von Vorstand und Generalversammlung zusammentreten. Delegierte der Bundesärztekammer im CPME und Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer waren im Berichtsjahr in verschiedenen Arbeitsgruppen aktiv und brachten dort die Positionen der Bundesärztekammer ein. Durch die aktive Mitwirkung in den Arbeitsgruppen ist es der Bundesärztekammer regelmäßig gelungen, ihre Interessen unmittelbar in die Stellungnahmen und Positionen des CPME einfließen zu lassen und so zur offiziellen Politik des repräsentativsten Ärzteverbandes auf europäischer Ebene zu verhelfen.

[1] Ohne ausdrücklichen Hinweis beinhaltet der Begriff „EU-Mitgliedstaat" im Kontext der Migration in der Folge auch die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und die Schweiz.

Arbeitsgruppe „Berufsqualifikationen“

Seitdem die Kommission im Jahr 2010 die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (siehe Kapitel 2.4.1) eingeleitet hat, wurde dieser Prozess durch den CPME intensiv verfolgt. Im Berichtsjahr wurde die Arbeit an der Modernisierung fortgesetzt, nachdem die Europäische Kommission zu diesem Zweck im Dezember 2011 ihren Richtlinienvorschlag (KOM[2011] 883 endg.) veröffentlicht hatte.

Als Reaktion auf den Richtlinienentwurf der Kommission wurde im Sekretariat des CPME eine Stellungnahme mit Änderungsvorschlägen vorbereitet. Nach erfolgter Abstimmung in den Web-Meetings der Arbeitsgruppe und im Exekutivausschuss des CPME wurden diese Änderungsvorschläge in der Präsenzsitzung der Arbeitsgruppe diskutiert und anschließend dem Vorstand zur Kenntnisnahme vorgelegt.

Durch die aktive Mitarbeit in der Arbeitsgruppe ist es gelungen, im Prozess der Formulierung einer gemeinsamen CPME-Position weite Teile der Stellungnahmen, die seitens der Bundesärztekammer zu diesem Dossier vorbereitet worden waren, nahezu unverändert einfließen zu lassen. Die Arbeitsgruppe hat im Vorfeld ihres Treffens im November 2012 die etwa 700 Änderungsanträge des Europäischen Parlaments zum Richtlinienentwurf der Kommission eingehend analysiert. Im Hinblick auf die Abstimmung über die Änderungsanträge im Europäischen Parlament wurden durch die Arbeitsgruppe Empfehlungen erarbeitet und durch den Vorstand angenommen. Beraten wurde in der Arbeitsgruppe und im Vorstand zudem über ein Positionspapier zum Richtlinienvorschlag, das alle ärztlichen Organisationen auf europäischer Ebene zusätzlich zu ihren individuellen Stellungnahmen verfasst hatten.

Arbeitsgruppe „Arzneimittel“

Die Arbeitsgruppe „Arzneimittel“ beschäftigte sich im Berichtsjahr in der Hauptsache mit zwei Gesetzgebungsprojekten der europäischen Ebene. Zum einen wurde ausführlich auf den Vorschlag der Kommission über eine Verordnung zu klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln eingegangen (siehe auch Kapitel 4.1.3). Die Änderungsvorschläge, die dazu seitens der Arbeitsgruppe formuliert wurden, berücksichtigen die Kritik der Bundesärztekammer am Gesetzgebungsvorhaben, indem ausdrücklich eine stärkere Rolle der Ethikkommissionen im Rahmen klinischer Studien und eine Verlängerung der Bearbeitungsfristen für Ethikkommissionen gefordert werden. Zum anderen wurde in der Arbeitsgruppe eine Position bezüglich des Richtlinienvorschlags zur Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Humanarzneimitteln und ihrer Aufnahme in die staatlichen Krankenversicherungssysteme diskutiert.

Aufgrund der Mitwirkung des CPME im Rahmen der durch die Europäische Kommission ins Leben gerufenen Initiative „Corporate Responsibility – Access to Medicines“ beschäftigte sich die Arbeitsgruppe außerdem schwerpunktmäßig mit einem Papier zu biosimilaren Produkten. Dieses soll sich mit Informationen an Ärzte, Patienten und Kostenträger richten, befindet sich aber derzeit noch in der Entwurfsphase. Im Rahmen der Initiative wurde zudem ein Positionspapier zu verschreibungsfreien Medikamenten vorbereitet und in der Arbeitsgruppe im November diskutiert.

Arbeitsgruppe „E-Health“

Die Verordnung zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (sog. Datenschutz-Grundverordnung) wurde seitens der Kommission im Januar 2012 vorgeschlagen und hat seither die Arbeitsgruppe „E-Health“ beschäftigt. Problematisiert wurde in der Arbeitsgruppe insbesondere das im Vorschlag formulierte Konzept eines Rechts auf Vergessenwerden bzw. auf Löschung von Daten durch den Betroffenen. Da diese Änderungen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen könnten, wurde in der Arbeitsgruppe ein Änderungsvorschlag diskutiert, inwieweit eine Ausnahmeregelung für den Gesundheitsbereich erwirkt werden könnte. Im November konnte die Arbeitsgruppe dem Vorstand ein Positionspapier zur Abstimmung vorlegen, das im Vorfeld wesentlich durch die Bundesärztekammer vorbereitet worden war.

Neben der Arbeit an der Datenschutz-Grundverordnung hat sich die Arbeitsgruppe „E-Health“ auch mit der Frage auseinandergesetzt, wie durch eine gemeinsame Rahmenvereinbarung der CPME-Mitglieder zur Konformität und Interoperabilität von Arztausweisen in der EU beigetragen werden könne. Dazu hat das Dezernat Telematik der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Auslandsdienst eine Beratungsvorlage formuliert, die, nach Zustimmung durch den Vorstand, schrittweise und unter Einbindung von Experten der anderen Mitgliedsverbände weiterentwickelt werden soll.

Arbeitsgruppe „Medizinprodukte“

Bereits vor Veröffentlichung des Verordnungsvorschlags der Kommission über Medizinprodukte im September 2012 hatte die Arbeitsgruppe in ihrer Sitzung im Mai allgemeine Forderungen formuliert, die in das Gesetzgebungsverfahren der Kommission eingebracht werden sollen. Gefordert wurde zum Beispiel, dass die Gesetzgebung bei Medizinprodukten nach den gleichen Prinzipien auszurichten sei, wie es bei der Pharmakovigilanz bereits der Fall ist, und dass es für Medizinprodukte ein einheitliches und zentrales europäisches Zulassungsverfahren, vergleichbar dem Verfahren bei Arzneimitteln, geben solle. Erst mit Veröffentlichung des Verordnungsvorschlags konnte die Arbeitsgruppe konkrete Änderungen vorschlagen. Hier konnte die Bundesärztekammer wichtige Interessen in den Entwurf der Arbeitsgruppe einbringen, der im November 2012 dem Vorstand zur Abstimmung vorgelegt wurde.

Neben den regelmäßigen Arbeitsgruppen des CPME werden aktuelle politische Fragen, die nicht auf eine Gesetzgebungsinitiative zurückgehen oder aus der Mitarbeit in einem europäischen Netzwerk entstehen, im Vorstand des CPME oder zwischen den Vorstandssitzungen im Exekutivausschuss erörtert. Im Berichtsjahr zählte zu diesen Fragen etwa das Bestreben, auch den Gesundheitsbereich zum Gegenstand europäischer Normung zu machen. Dieses Bestreben verdeutlicht sich zum einen in der Verordnung zur europäischen Normung. Gemeinsam mit den Partnern im CPME konnte die Bundesärztekammer ihre Haltung gegenüber der Normung im Bereich von Gesundheitsdienstleistungen deutlich machen. Wenngleich ein Ausschluss des Gesundheitsbereichs aus dem Anwendungsbereich der Verordnung nicht möglich war, konnte erreicht werden, dass ein Erwägungsgrund der Verordnung ausdrücklich auf die Zuständigkeitsverteilung zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedstaaten gemäß den Verträgen hinweist. Zum anderen hat das europäische Normungsinstitut Comité Européen de

Normalisation (CEN) auf Betreiben seines nationalen Mitglieds aus Österreich ein Projekt zur Festlegung von Standards in der ästhetischen Chirurgie initiiert. Den Vertretern der Bundesärztekammer war es im Vorfeld gelungen, andere nationale Mitgliedsverbände im CPME für ihre Bedenken zu sensibilisieren. Insbesondere auf mögliche Konflikte eines europäischen Standards mit nationalem Berufs- und Weiterbildungsrecht wurde hingewiesen. Bereits zu einem frühen Zeitpunkt stand der CPME zudem im direkten Austausch mit der Generalsekretärin des CEN, Santiago Cid. Eine Delegation des CPME, der auch der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Montgomery, angehörte, konnte in diesem Zusammenhang die berechtigten Bedenken der europäischen Ärzteschaft darlegen.

Die inhaltliche Arbeit des CPME wird im Jahr 2013 durch die Fortsetzung bereits länger andauernder Gesetzgebungsverfahren und durch die im Berichtsjahr neu hinzugekommenen Gesetzgebungsvorhaben der EU bestimmt werden. Dabei wird es Augenmerk der Bundesärztekammer sein, die eigene Position in die inhaltliche Arbeit des CPME einfließen zu lassen und die Gesetzgebungsvorhaben auf diese Weise positiv zu beeinflussen.

Der durch die Europäische Kommission aufgestellte Zeitplan, die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie bereits im Jahr 2012 abzuschließen, kann aufgrund der Vielzahl von Änderungsanträgen nicht eingehalten werden. Bis zu einer Einigung zwischen Europäischem Parlament und Ministerrat, die während der irischen Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2013 erwartet wird, wird der CPME das Gesetzgebungsprojekt vor allem hinsichtlich der Positionierung des Europäischen Parlaments intensiv verfolgen.

Neben der Berufsanerkennungsrichtlinie wird auch der Vorschlag zur sogenannten Datenschutz-Grundverordnung die Arbeit des CPME bestimmen. Nachdem im November 2012 eine gemeinsame Position zum Verordnungsvorschlag durch den Vorstand beschlossen werden konnte, wird im Jahr 2013 der Versuch unternommen werden, die wesentlichen Änderungsvorschläge des CPME in die Entscheidungsfindung von Europäischem Parlament und Ministerrat einfließen zu lassen.

Zusätzlich werden zwei im Berichtsjahr veröffentlichte Verordnungsvorschläge auch im kommenden Jahr für die Arbeit des CPME leitend sein. Die beteiligten Arbeitsgruppen haben Stellungnahmen und Änderungsvorschläge zu den Verordnungsvorschlägen über klinische Studien und Medizinprodukte vorbereitet, die nach Annahme durch den Vorstand des CPME im Jahr 2013 dazu genutzt werden, den politischen Meinungsbildungsprozess auf europäischer Ebene im Sinne der Ärzteschaft zu beeinflussen.

Zudem ist seitens der Kommission mit einer Wiederaufnahme der Arbeiten an der sogenannten Arbeitszeitrichtlinie zu rechnen, nachdem die Verhandlungen zwischen den europäischen Sozialpartnern im sozialen Dialog zu keinem Ergebnis geführt haben. Der CPME wird in dieser Frage an die Vorarbeiten anschließen, die bereits vor der Unterbrechung des Gesetzgebungsprozesses durch die Verhandlungen des sozialen Dialogs unternommen wurden.

1.3.6 Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Die Zusammenarbeit der Bundesärztekammer in der Europäischen Union ruht auf zwei Säulen: zum einen auf einem bilateralen Austausch mit einzelnen Ärztekammern und -verbänden anderer Mitgliedstaaten. Zum anderen ist die Bundesärztekammer durch den Auslandsdienst oder einzelne Referenten in verschiedenen europäischen Gremien und Arbeitsgruppen vertreten, um die Interessen der deutschen Ärzteschaft zu wahren und ihre Position möglichst effizient einzubringen.

Bilaterale Treffen zwischen den Präsidien nationaler Ärztekammern oder -organisationen können den Austausch in Gremien wie dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) ergänzen, gezielte Absprachen fördern und zu einem besseren gegenseitigen Verständnis für gesundheitspolitische Entwicklungen und für die jeweiligen nationalen Besonderheiten beitragen.

Solche Konsultationen zwischen nationalen Ärztekammern werden dazu genutzt, um sich über aktuelle Entwicklungen in der nationalen Gesundheitspolitik einerseits und europäischen Gesetzgebungsinitiativen andererseits auszutauschen, welche zu einer Beschränkung der Selbstverwaltung und ihrer Akteure führen könnten. Dabei waren im Berichtsjahr drei zentrale Gesetzgebungsinitiativen wiederkehrendes Thema bilateraler Treffen mit Delegationen der Ärztekammern aus Frankreich, Spanien und Polen:

- die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie und mögliche Auswirkungen auf die Rolle der Kammern als zuständige Behörden und im Rahmen der Weiter- und Fortbildung,
- die Bestrebungen, über die Normierung auf europäischer Ebene stärker in das ärztliche Berufsbild hinein zu regulieren, sowie
- die Umsetzung des Bologna-Prozesses im Medizinstudium.

Bilaterale Konsultationen

Die Einladung der nationalen französischen Ärztekammer Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) aus dem Jahr 2011 erwidernd, besuchte im März des Berichtsjahres eine Delegation des CNOM unter der Leitung des Vizepräsidenten, Dr. Xavier Deau, Berlin. Die französischen Gäste berichteten von einer Umstellung im Medizinstudium, mit der ein Zwei-Zyklen-Modell im Studium ermöglicht werden soll. Beide Kammern verdeutlichten, dass ein Medizinstudium nach Abschluss des ersten Zyklus nicht berufsqualifizierend sein darf. Einigkeit herrschte zwischen beiden Kammern auch hinsichtlich ihrer Haltung zur Modernisierung der Berufsanerkennung (siehe Kapitel 2.4.1). Bezüglich der europäischen Normungsbestrebungen wurde eine gemeinsame Resolution beschlossen, die jegliche Normung durch die europäische Ebene, seien es Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen oder der ästhetischen Chirurgie im Speziellen, ablehnt. Aus aktuellem Anlass wurde ein gemeinsames Schreiben an französische und deutsche Europaparlamentarier formuliert, das Maßnahmen zur zuverlässigen Dokumentation des Verbleibs von Implantaten und Endoprothesen fordert.

Im Mai 2012 weilte eine Delegation der nationalen spanischen Ärztekammer Consejo General de Colegios de Médicos de España (CGCOM) unter der Leitung des Präsidenten, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, zu Gesprächen in der Bundesärztekammer. Angesichts

der Wirtschafts- und Finanzkrise war es den Gästen aus Spanien ein Anliegen, ihre deutschen Kollegen über Kürzungen im Gesundheitsbereich zu informieren und für die daraus resultierenden Beschränkungen der ärztlichen Tätigkeit zu sensibilisieren. Aufgrund der besonders vertrauensvollen Zusammenarbeit der spanischen Ärztekammer mit den Kollegen in Zentral- und Südamerika wurden auch mögliche gemeinsame Projekte im Rahmen des Weltärztebundes thematisiert (siehe Kapitel 1.4.2).

Eine Delegation der polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer Naczelna Izba Lekarska (NIL) war im November 2012 unter der Leitung des Präsidenten, Dr. Maciej Hamankiewicz, zu Gast in der Bundesärztekammer. Der polnischen Delegation gehörten zudem Dr. Konstanty Radziwill, zugleich Präsident des CPME, und Dr. Romuald Krajewski, zugleich Präsident des europäischen Fachärzteverbands UEMS, an. Aufgrund der Zusammensetzung der polnischen Delegation bildeten europäische Fragen ein zentrales Element der Tagesordnung. Thematisiert wurde unter anderem die Haltung der UEMS zum Normungsprojekt „Ästhetische Chirurgie“ des europäischen Normungsinstitutes CEN. Die lange Zeit ambivalente Haltung des europäischen Fachärzteverbandes wurde dabei kritisch kommentiert. Neben dem Austausch zu aktuellen Entwicklungen in der EU-Gesundheitspolitik stand auf der Tagesordnung eine engere Zusammenarbeit der beiden Länder im Bereich der Weiter- und Fortbildung im Mittelpunkt. Auf Wunsch der polnischen Delegation wurde eine Diskussion über die Möglichkeit der gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungen angestoßen.

Neben dem Austausch im Rahmen bilateraler Konsultationen haben sich regelmäßige Treffen der Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer mit den Kollegen aus den skandinavischen Ländern in Verbindung mit den CPME-Sitzungen als zweckmäßig erwiesen. Zum einen konnten im Berichtsjahr in diesem Rahmen zentrale Themen wie die Migration von Ärzten von Deutschland in den skandinavischen Raum erörtert werden. Zum anderen boten diese Treffen einen wertvollen Austausch, sei es bei der Vorbereitung von Stellungnahmen oder zu strategischen sowie organisatorischen Fragen des CPME.

Bei einem Treffen mit den für internationale Beziehungen zuständigen Mitarbeitern des norwegischen Ärzteverbandes in der Bundesärztekammer konnten weitere Themen, u. a. zum Entwurf einer Datenschutz-Grundverordnung, besprochen werden.

CEOM – Conseil Européen des Ordres des Médecins

Die Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben (CEOM – Conseil Européen des Ordres des Médecins) ist aus einem informellen Zusammenschluss der europäischen Ärztekammern hervorgegangen. Der Arbeitsschwerpunkt der CEOM galt seither der Koordinierung der Verfahren in den EU-Mitgliedstaaten, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. der Diplome der Ärzte Anwendung finden.

Die Sitzungen des CEOM fanden auf Einladung der Slowenischen Ärztekammer am 31. Mai 2012 in Ljubljana bzw. auf Einladung der Belgischen Ärztekammer am 30. November in Brüssel statt. Die Bundesärztekammer war jeweils durch einen Mitarbeiter ihres Auslandsdienstes vertreten. Im Berichtsjahr wurden unter anderem die Aktivitäten des CEN im Normungsprojekt „Ästhetische Chirurgie“ und der Vorschlag über eine

Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Kommission thematisiert. Die Sitzungen wurden insbesondere dazu genutzt, das Fortkommen der verschiedenen Arbeitsgruppen vorzustellen. Die Arbeitsgruppe medizinische Demografie präsentierte den Stand ihrer Arbeit und aktuelle Zahlen zur Herkunft ausländischer Ärzte in den Mitgliedstaaten. Die erst im Vorjahr gegründete Arbeitsgruppe Komplementär- und Alternativmedizin berichtete über Fortschritte ihrer Arbeit, u. a. über eine Übersicht zur Komplementär- und Alternativmedizin in der Aus- und Weiterbildung bzw. in den Leistungskatalogen der mitgliedstaatlichen Gesundheitsversorgung. Die Arbeitsgruppe Deontologie bereitet eine komparative Studie nationaler Berufsordnungen vor.

Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen

Die Vertreter der Ärzteorganisationen aus dem deutschsprachigen Raum treffen sich einmal jährlich zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch über die Entwicklungen der Sozial-, Gesundheits- und Berufspolitik in den einzelnen Ländern. Die 58. Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen fand vom 5. bis 7. Juli 2012 auf Einladung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Kühlungsborn statt, an der Delegierte aus Österreich, der Schweiz, Südtirol und Deutschland teilnahmen. Neben Vertretern der Bundesärztekammer und verschiedener Landesärztekammern bestand die deutsche Delegation auch aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Hartmannbunds und des Deutschen Ärzteblatts.

Ein Schwerpunktthema war u. a. die psychische Belastung und Suchterkrankungen bei Ärzten. In einem Impulsvortrag wurde das Suchtinterventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg vorgestellt und durch Vorträge aus der Schweiz und aus Südtirol zur psychischen Belastung von Ärzten ergänzt. Die Österreichische Ärztekammer berichtete zum Status der Medizin zwischen Industrialisierung und Freiberuflichkeit im Zuge einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Zum Thema Telemedizin und E-Health berichteten die Österreichische Ärztekammer zur Einführung der elektronischen Gesundheitsakte „ELGA“ in Österreich und die Bundesärztekammer, in Person des Vorsitzenden des Ausschusses Telematik, Dr. Franz-Josef Bartmann, über das Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland.

Ein Austausch über die Zusammenarbeit der deutschsprachigen Ärzteorganisationen im europäischen Raum, etwa zu den Standardisierungsinitiativen der europäischen Ebene oder zur Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (siehe Kapitel 2.4.1) sowie Berichte aus den teilnehmenden Ländern über die aktuellen Entwicklungen in der nationalen Gesundheitspolitik rundeten die 58. Konsultativtagung in Kühlungsborn inhaltlich ab.

Bereits einen Tag vor dem offiziellen Beginn der Konsultativtagung trafen sich die für internationale Zusammenarbeit zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Österreichischen Ärztekammer und der Bundesärztekammer. Gegenstand des Austausches war neben aktuellen Entwicklungen in der EU-Gesundheitspolitik auch die Zusammenarbeit der deutschsprachigen Ärzteorganisationen in europäischen Gremien sowie die Koordinierung des Informationsaustausches zu Migrationsfragen. Ebenfalls am Vortag der Tagung traf sich die ständige Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen. Im Mittelpunkt ihrer Tagesordnung standen Fragen der Weiterbildung, etwa der Quereinstieg Allgemeinmedizin in Deutschland, erste

Erfahrungen mit dem neuen Facharzt Allgemeine Innere Medizin in der Schweiz und Erfahrungen mit der grenzüberschreitenden Weiterbildung (siehe Kapitel 2.4.3). Die Konsultativtagung bietet den Vertretern der Bundesärztekammer eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch mit den teilnehmenden Kollegen in Vorbereitung auf die Sitzungen des CPME und anderer Gremien. Die 59. Konsultativtagung wird auf Einladung der Ärzte- und Zahnärztekammer Südtirols im Juli 2013 in Südtirol stattfinden.

Netzwerk der zuständigen Behörden

Eine enge europäische Zusammenarbeit besteht schließlich auch im Bereich der Berufsanerkennung. Im Zuge der Evaluierung der Richtlinie 2005/36/EG hatte die Europäische Kommission ein informelles Netzwerk der für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständigen Behörden ins Leben gerufen (siehe Kapitel 2.4.2). Gemeinsam mit dem französischen Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) und dem britischen General Medical Council (GMC) wurde die Bundesärztekammer durch die Kommission um die Steuerung des informellen Netzwerks für Ärzte gebeten.

Im Berichtsjahr hatte das Netzwerk seine Arbeit fortgesetzt, indem bezüglich des Richtlinienvorschlags, der seitens der Kommission im Dezember 2011 veröffentlicht worden war, in einer Serie von Netzwerktreffen eine gemeinsame Position und in der Folge auch Änderungsvorschläge formuliert wurden. Nicht zuletzt aufgrund der Steuerungsfunktion, welche die Bundesärztekammer gemeinsam mit dem CNOM und dem GMC erfüllt, können wesentliche Positionen der Bundesärztekammer auch im Namen eines Netzwerks von annähernd 30 zuständigen Behörden eingebracht werden. Zentrale Akteure im Gesetzgebungsverfahren, wie Europäische Kommission und Europäisches Parlament, nehmen das Netzwerk dabei als Gesprächspartner mit weitreichender Expertise in der Anerkennung von Qualifikationen wahr.

Mitwirkung in Gremien mit Europabezug

Zusätzlich zur Vertretung der Bundesärztekammer in europäischen Gremien und Organisationen nahmen Mitarbeiter des Auslandsdienstes 2012 auch an nationalen Treffen mit europäischer Ausrichtung teil. Neben den Europaarbeitskreisen und Ausschüssen des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) zählte dazu die Teilnahme in den Gremien und Veranstaltungen des Netzwerks Europäische Bewegung Deutschland (Netzwerk EBD), dessen Mitglied die Bundesärztekammer seit 2010 ist, um die europäischen Initiativen und Aktivitäten im Sinne der deutschen Ärzteschaft zu vertreten.

Ausblick

Wie bereits im Berichtsjahr, wird die Zusammenarbeit in der Europäischen Union auch im Jahr 2013 neben aktuellen Gesetzgebungsprojekten der EU insbesondere durch den Austausch zu Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung bestimmt. Neben einer verstärkten Zusammenarbeit zu diesen Fragen auf Arbeitsebene, werden auch die bilateralen Konsultationen mit anderen Ärzteorganisationen Europas und die Strukturen des Netzwerks zuständiger Behörden dazu genutzt werden können.

Aufgrund des besonderen Stellenwerts bilateraler Treffen wird diese Tradition im Jahr 2013 fortgesetzt. Zum einen sollen dabei bestehende Beziehungen, insbesondere zu den Ärztekammern der unmittelbaren Nachbarstaaten, verstetigt werden. Zum anderen sollen die Beziehungen zu Kammern erneuert werden, wenn Migrationsbewegungen von Ärzten eine engere Zusammenarbeit nahelegen.

Die Zusammenarbeit zu Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung wird zudem im Rahmen des Netzwerks zuständiger Behörden vertieft. Nach Abschluss der Arbeiten zur Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie können bestehende Strukturen des Netzwerks genutzt werden, um den Informationsaustausch bezüglich nationaler Systeme der Weiter- und Fortbildung zu befördern. Dazu sollen im Jahr 2013 Vorarbeiten an einem Informationssystem zur Weiter- und Fortbildung begonnen werden, das Auskunft über Weiterbildungsangebote und die gesetzlichen Anforderungen an die Fortbildung in den Teilnehmerstaaten des Netzwerks gibt.

1.4 Internationale Angelegenheiten

1.4.1 Symposium der zentral- und osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA)

Das Symposium der zentral- und osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA) bietet der Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Kontaktpflege und zum Erfahrungsaustausch mit den Ärztekammern in den Ländern Mittel- und Osteuropas. Es ist das wichtigste und größte Treffen der Vertreter ärztlicher Selbstverwaltung in Europa, das von der Bundesärztekammer seit nunmehr zwanzig Jahren begleitet und mitgestaltet wird. Vom 27. bis 29. September 2012 fand auf Einladung der kroatischen Ärztekammer in Zagreb das 19. Symposium statt und wurde auch in diesem Jahr mit inhaltlicher und personeller Unterstützung des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer organisiert. Die deutsche Ärzteschaft war neben der kroatischen ebenso vertreten wie die Ärztekammern aus Albanien, Mazedonien, Österreich, Polen, Rumänien, Serbien, der Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn. Die bosnisch-herzegowinische Ärzteschaft wurde durch Repräsentanten der Ärztekammer der Republika Srpska, dem serbischen Teil des Landes, dem Präsidenten der neu gegründeten Ärztekammer der Föderation Bosnien-Herzegowina, dem kroatisch-muslimischen Landesteil, und Ärzten aus dem Kanton Zenica-Doboj vertreten.

Das Thema „ärztliche Berufshaftpflichtversicherungen“ war ein Schwerpunkt des diesjährigen ZEVA-Symposiums. Berufshaftpflichtversicherungen werden zunehmend zu einem wichtigen Thema für die Ärztekammern in der gesamten ZEVA-Region, zumal in den letzten zehn Jahren die Klagebereitschaft von Patienten zugenommen hat. Das Problem der Prämiensteigerung durch die Versicherer wird in den meisten Ländern mit Sorge registriert. Viele Staaten sehen bereits eine Pflicht zur individuellen Berufshaftpflichtversicherung vor. Einige Kammern haben mit Versicherungen Verträge geschlossen und bieten Ärztinnen und Ärzten einen Versicherungsschutz zu günstigen Konditionen an (z. B. Slowenien und Serbien).

In fast allen Ländern wird eine zunehmende und unausgewogene Berichterstattung durch die Medien zu Lasten der Ärzte registriert, wenn Behandlungsfehler vermutet

werden. Daher setzen einige Kammern in Konfliktfällen auf das Thema Mediation. Dies war der zweite Schwerpunkt des ZEVA-Symposiums. In zwei Vorträgen wurden von kroatischen Vertretern Beispiele von Mediationsverfahren bei der kroatischen Handelskammer vorgestellt und eine mögliche Übertragung auf das Gesundheitswesen diskutiert. Ein Vertreter des Auslandsdienstes präsentierte in einem dritten Vortrag den deutschen Ansatz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Eine Vermittlung der Ärztekammern bei Beschwerden der Patienten wird in einigen Ländern Mittel- und Osteuropas allenfalls partiell angeboten. Daher wurden die deutschen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen unterschiedlich bewertet. Gerade in Südosteuropa wird auf die Eigenarten und Mentalität der Region verwiesen, die eine strukturierte Konfliktlösung erschwerten.

In Länderberichten wurden die berufs- und gesundheitspolitischen Entwicklungen in den am Symposium beteiligten Staaten vorgestellt und erörtert. Im Gastgeberland Kroatien beeinflusst zum Beispiel der bevorstehende EU-Beitritt des Landes in 2013 auch die gesundheitspolitischen Diskussionen. Viele fürchten durch den Beitritt ca. 500 Ärztinnen und Ärzte sowie 1.500 Pflegekräfte an die EU zu verlieren. Als mögliche Maßnahme zum Fachärztemangel wird eine Anhebung des Rentenalters für Ärzte in Erwägung gezogen. Das kroatische Parlament, der Sabor, hat unter Einbeziehung der kroatischen Ärztekammer vor diesem Hintergrund eine nationale Gesundheitsstrategie erarbeitet und verabschiedet.

Der Trend der Ärzteemigration scheint hingegen in Polen rückläufig zu sein, wie von der Polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer positiv hervorgehoben wurde.

Als ein wichtiger Schritt wurde darüber hinaus die Unterzeichnung einer Vereinbarung der polnischen Regionalen Ärztekammer Krakau mit den tschechischen und slowakischen Ärztekammern zur automatischen gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungspunkten gewertet.

CME-Kreditsysteme beschäftigten die Ärztekammern in vielen Ländern Mittel- und Osteuropas. In Tschechien hat die Angleichung ihres CME-Systems an andere europäische Systeme stattgefunden, die mit einer höheren Vergütung für Ärzte, die diese Vorgaben erfüllen, einherging. In Albanien hat die Kammer ein solches Kreditsystem erst kürzlich eingeführt. Ein Dezentralisierungsgesetz hat darüber hinaus in Albanien zu neuen Aufgaben der dortigen Ärztekammer und deren Stärkung bei der Lizenzierung und Relizenzierung geführt.

Als sehr positive Entwicklung wurde aus Bosnien-Herzegowina die Gründung der Ärztekammer der bosnisch-herzegowinischen Föderation, früher bekannt als bosniakisch-kroatischer Teil des Staates mit zehn Kantonen, nach jahrelangen Verhandlungen der kantonalen Ärztekammern, hervorgehoben. Nun plant diese neue Kammer im nächsten Schritt eine gesamtstaatliche Organisation der Ärzte mit der Ärztekammer der Republika Srpska. Damit wird der Prozess, der 2008 in München durch die Bundesärztekammer angestoßen worden ist, weitergeführt.

In vielen Länderberichten wurde der Bundesärztekammer und namentlich ihren ehemaligen Präsidenten Prof. Dr. Karsten Vilmar und Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe für ihre Rolle und das Engagement sowie ihre Verdienste bei der Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Region und damit in Europa in den vergangenen zwanzig Jahren gedankt.

Für die Bundesärztekammer stellte ihr Vizepräsident Dr. Max Kaplan die Entwicklungen der letzten Jahre in Deutschland dar. Schwerpunkte waren unter anderem die Diskussionen des Deutschen Ärztetages um die Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft, das neue Patientenrechtegesetz sowie die aktuellen Änderungen des Transplantationsgesetzes.

Am Ende der Tagung präsentierte ein Vertreter des Auslandsdienstes die Entwicklungen der Internetseite des ZEVA-Symposiums, die mit der Unterstützung der Hans-Neuffer-Stiftung die Organisation des Treffens erleichtern, aber auch die Präsenz der ärztlichen Selbstverwaltung in der Region demonstrieren soll.

Für das ZEVA-Symposium im September 2013 hat die Österreichische Ärztekammer eine Einladung nach Wien ausgesprochen.

1.4.2 Weltärztebund (World Medical Association)

Die deutsche Ärzteschaft ist durch die Bundesärztekammer im Weltärztebund (World Medical Association – WMA) vertreten. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hatte im Jahre 2012 neben einem Sitz im Vorstand des WMA die Position des Schatzmeisters inne. Der WMA vertritt die Interessen der internationalen Ärzteschaft, verfasst regelmäßig Stellungnahmen zu sozialen und gesellschaftlichen Fragen im Bereich Medizin und Gesundheit und ist insbesondere an der Erarbeitung eines globalen Konsenses über ärztliche Ethik federführend. Ein herausragendes Beispiel ist die „Deklaration von Helsinki“ aus dem Jahre 1964. In ihrer überarbeiteten Version hat sie den internationalen Maßstab für die Durchführung klinischer Studien am Menschen gesetzt und somit auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Um die Aktualität zu gewährleisten, arbeitet eine Arbeitsgruppe des WMA unter Vorsitz der Bundesärztekammer an einem Revisionsentwurf der „Deklaration von Helsinki“, der diese bis zum 50. Jubiläum 2014 auf den neuesten Stand bringen und den hohen Erwartungen weltweit gerecht werden soll. Neben den Treffen im Rahmen der regulären Sitzungen des WMA wurden im Juli 2012 in Rotterdam, Niederlande, sowie im Dezember des Berichtsjahres in Kapstadt, Südafrika, sehr erfolgreiche internationale Expertenkonferenzen durchgeführt und im September eine intensive Arbeitssitzung im Haus der Bundesärztekammer in Berlin abgehalten. Der Auslandsdienst, der mit der Organisation der Konferenzen betraut war, stimmte sich bei der Vorbereitung und inhaltlichen Diskussion in der Arbeitsgruppe eng mit dem Ethikexperten und Vorsitzenden der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Urban Wiesing, ab. Die Arbeitsgruppe wird bis zur Vorstandssitzung im April 2013 eine erste überarbeitete Version der „Deklaration von Helsinki“ vorlegen, die dann in der nächsten Generalversammlung diskutiert werden soll.

In der Vorstandssitzung des Weltärztebundes in Bangkok diskutierte die genannte Arbeitsgruppe auch eine Neuformulierung des Artikels 32 zum Einsatz von Placebos in klinischen Studien. Ein Bereich, der bei der letzten Revision der „Deklaration von Helsinki“ 2008 strittig geblieben ist und bereits eine vorhergegangene Arbeitsgruppe, ebenfalls unter Vorsitz der Bundesärztekammer, beschäftigt hatte.

Der Vorstand des Weltärztebundes hatte 2012 zunächst im April in Prag, Tschechische Republik, und dann im Oktober in Bangkok, Thailand, getagt und zahlreiche Dokumente für die 63. WMA-Generalversammlung in Bangkok vorbereitet. Unter anderem

behandelte der WMA 2012 Themen wie Organ- und Gewebespende, ärztliche Ethik und Spitzentechnologie, elektronische Zigaretten und andere elektronische Nikotinabgabesysteme, ethische Implikation im Fall eines Ärztestreiks, erzwungene und aufgedrängte Sterilisation, die Priorisierung von Impfungen sowie den Missbrauch der Psychiatrie. Außerdem bekräftigte der WMA das Verbot der Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen, das in einer Arbeitsgruppe mit dem Engagement der Bundesärztekammer überarbeitet worden war. Ein weiteres Papier zu einem Moratorium für die Anwendung der Todesstrafe gemäß einer UN-Initiative wurde von der Bundesärztekammer gemeinsam mit der französischen Ärztekammer und dem norwegischen Ärzteverband in den Abstimmungsprozess eingebracht und steht nun zur Diskussion.

Der Auslandsdienst hat wie in den vergangenen Jahren alle zur Entscheidung anstehenden Dokumente des Weltärztebundes aus dem englischen Original ins Deutsche übersetzen lassen und im Hinblick auf eine einheitliche Terminologie überarbeitet. Die deutschen Dokumente werden in regelmäßigen Abständen im Handbuch der WMA-Deklaration veröffentlicht und auf den Internetseiten der Bundesärztekammer bereitgestellt.

Die aktuellen Ereignisse im arabischen Raum bleiben weiterhin im Fokus des Weltärztebundes. Insbesondere die Situation in Syrien und der Umgang mit Gesundheitspersonal in Bahrain wurden vom Weltärztebund und seinen Mitgliedsorganisationen gegenüber den Verantwortlichen kommentiert. In dringlichen Resolutionen wurden die weltweite Einführung von Einheitsverpackungen für Zigaretten sowie ein Mindestpreis für Alkohol gefordert.

In Bangkok trat der US-Amerikaner Dr. Cecil Wilson sein Amt als WMA-Präsident an. Für die Amtsperiode 2013/2014 wurde die Uganderin Dr. Margaret Mungherera ohne Gegenkandidaten per Akklamation gewählt. Sie wird in ihr Amt als Präsidentin des WMA als erste Frau in der Geschichte des Weltärztebundes bei der nächsten Generalversammlung im brasilianischen Fortaleza im Oktober 2013 eingeführt werden. Die wissenschaftliche Veranstaltung in Bangkok hatte sich dem Thema „Megacity – Megahealth?“ verschrieben und beleuchtete die Herausforderungen für das Gesundheitswesen in den Metropolen Bangkok, Tokio, Chicago und Sao Paulo. Mit der Aufnahme der Ärzteverbände Sri Lankas und Myanmars hat der WMA nunmehr 102 Mitglieder. Außerdem folgte die Generalversammlung in Bangkok der Bitte der Vertreter Frankreichs und Rumäniens, die Mitgliedschaften einvernehmlich von ihren nationalen medizinischen Gesellschaften auf die jeweiligen nationalen Ärztekammern zu übertragen.

Neben der bereits erwähnten Arbeitsgruppe „Deklaration von Helsinki“ übernahmen der Präsident der Bundesärztekammer und Vertreter des Auslandsdienstes in verschiedenen WMA-Arbeitsgruppen Aufgaben und unterstützten zudem mehrere vom WMA koordinierte Projekte. Die Bundesärztekammer war im Berichtsjahr darüber hinaus sehr aktiv in den Arbeitsgruppen zu den Themen „Todesstrafe“, „Medizinische Grundversorgung“, „Ethische Organbeschaffung“, „Vorbereitung der 50-Jahr-Feier der Deklaration von Helsinki“, „Strategien des WMA“ und in der WMA „Advocacy Group“. Für die Bundesärztekammer wird im Jahr 2013 vor allem die Koordinierung der Arbeitsgruppen, insbesondere jener zur „Überarbeitung der Deklaration von Helsinki“, im Vordergrund stehen. Außerdem wird die Bundesärztekammer Teil der Arbeitsgruppe zu „Ethischen Aspekten bei Gesundheitsdatenbanken“ sein. Die politischen Entwicklungen im arabischen Raum und deren Auswirkungen auf die Ärztinnen und Ärzte vor Ort werden weiterhin ein gemeinsames, abgestimmtes Vorgehen mit dem WMA erforderlich machen.

1.4.3 Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

European Forum of Medical Associations und World Health Organization (EFMA/WHO)

Das European Forum of Medical Associations (EFMA) dient als Verbindungsglied zwischen den nationalen europäischen Ärzteorganisationen und dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen. Die Bundesärztekammer ist Mitglied im EFMA-WHO-Verbindungsausschuss (EFMA-WHO Liaison Committee). Der Ausschuss entwirft unter anderem das Programm des jährlich stattfindenden Forums, das im Berichtsjahr vom 19. bis 20. April auf Einladung des armenischen Ärzteverbandes in Jerewan veranstaltet wurde.

Im Vorfeld der Konferenz waren die Themen „Alternative Medizin" und „Ärzte und soziale Medien" vorbereitet worden, um dann am Vormittag vor der offiziellen Eröffnung in zwei Workshops intensiv diskutiert zu werden. Die Ergebnisse wurden während des Hauptprogramms vorgestellt und durch Vorträge von WHO-Experten sowie Länderberichten einzelner Teilnehmer ergänzt. Ein thematischer Schwerpunkt der Veranstaltung waren die Auswirkungen der Finanzkrise auf Gesundheitssysteme und die Gesundheit der Menschen in der WHO-Europa-Region. Auf den speziellen Einfluss sozialer Determinanten wurde dabei in einem eigenen Programmteil eingegangen. Ein weiteres Hauptthema war die WHO-Strategie 2020, die auf der Jahrestagung des WHO-Europabüros im September 2011 in Baku in Aserbaidschan präsentiert worden war. Den teilnehmenden Ärzteverbänden sollte die Möglichkeit gegeben werden, bei der Entwicklung der Strategie entscheidende Impulse zu setzen und somit auf deren Inhalt Einfluss zu nehmen. Die Bundesärztekammer wirkte bei der offiziellen Stellungnahme des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) zur WHO-Strategie 2020 mit. Die Teilnehmer des Forums schlossen sich nach eingehender Diskussion der CPME-Stellungnahme an. Ein zusätzlicher Programmpunkt war das Thema Alkohol und dessen Einfluss speziell auf junge Menschen.

Insgesamt nahmen ca. 70 Personen aus 23 Ländern teil. Mit finanzieller Unterstützung der Hans-Neuffer-Stiftung ermöglichte die Bundesärztekammer eine Teilnahme der Vertreter aus Bosnien und Herzegowina, Albanien und Kosovo.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern der WHO im Rahmen des EFMA bietet der Bundesärztekammer eine einzigartige Plattform, um über aktuelle Themen zu beraten, wichtige Kontakte zu schließen und internationale Netzwerke aufzubauen. Der Erfahrungsaustausch mit europäischen Ärzteverbänden von Staaten außerhalb der Europäischen Union ist ein weiterer wertvoller Aspekt in der Zusammenarbeit mit EFMA. Das nächste Forum wird vom 21. bis 22. März 2013 in Riga in Lettland stattfinden. Zur Vorbereitung dieses Treffens tagte der EFMA-WHO-Verbindungsausschuss unter Beteiligung der Bundesärztekammer im Juli und Oktober 2012. Als einer der thematischen Schwerpunkte für das Forum 2013 wurde „geistige Gesundheit" festgelegt, wobei speziell auch auf Erkrankung von Ärzten eingegangen werden soll. Als weiterer Diskussionspunkt soll die Bedeutung der Autonomie der Ärzteschaft dargelegt und gemeinsam mit den WHO-Vertretern diskutiert werden.

1.4.4 Internationale Zusammenarbeit

Im Berichtszeitraum empfing der Auslandsdienst Delegationen und Besucher aus China, Frankreich, Japan, Kambodscha, Kanada, Kasachstan, Kenia, Kosovo, Indonesien, Norwegen, der Mongolei, Polen, Russland, Serbien, Tansania und Vietnam in der Bundesärztekammer. Den Ärztevertretern sowie Gesundheitsexperten wurden die Aufgaben und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vorgestellt, eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem gegeben und die Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen dargelegt. Darüber hinaus wurde im Einzelfall auf die spezifischen Fragen und Themenwünsche der Delegationen eingegangen. Im Berichtsjahr standen unter anderem Themen wie der stationäre Sektor in Deutschland oder die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung im Interesse der internationalen Besuchergruppen. Insgesamt konnte 2012 eine Zunahme der Anfragen nach Kooperation bei der Programmgestaltung für internationale Delegationen durch Institutionen wie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) oder der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) festgestellt werden.

Außerdem stehen die Mitarbeiter des Auslandsdienstes den Landesärztekammern neben der Unterstützung bei Migrationsfragen auch als Ansprechpartner bei weiteren internationalen und europäischen Fragestellungen zur Verfügung. So hat ein Vertreter des Auslandsdienstes in der Gesprächsrunde „Humanitäre Hilfe“ der Ärztekammer Niedersachsen verschiedene internationale Regelungsansätze für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die an humanitären Hilfseinsätzen teilnehmen möchten, vorgestellt. Der Vortrag war ein Ergebnis einer zuvor vom Gesprächskreis erwünschten Umfrage unter ausgewählten Schwesterorganisationen und deren Auswertung zu diesem Thema. Der Auslandsdienst hat darüber hinaus im Ausschuss Weiterbildung der Ärztekammer Niedersachsen die neuesten Entwicklungen im Zuge der Modernisierung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG vorgestellt.

Ebenso berät der Auslandsdienst eine Vielzahl von Ausschüssen der Bundesärztekammer bei internationalen Aspekten mit Beratung oder Vorträgen, unter anderem die Weiterbildungsgremien und den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“.

Themen, zu welchen die Mitarbeiter des Auslandsdienstes in Deutschland außerhalb der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern angefragt waren, behandelten zum Beispiel die Darstellung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland im Rahmen eines Seminars der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für ca. 120 ausländische Ärztinnen und Ärzte oder die Aus-, Weiter- und Fortbildung von deutschen Ärzten vor polnischen Journalisten in der Berliner Humboldt-Universität.

Vertreter des Auslandsdienstes wurden darüber hinaus regelmäßig eingeladen, Vorträge bei den Veranstaltungen der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin (DCGM) zu halten und die Besuchergruppen zu begleiten.

Auch die Zusammenarbeit mit den für Gesundheitspolitik zuständigen Stellen der ausländischen Botschaften in Berlin hat 2012 weiter zugenommen. Diese informierten sich bei der Bundesärztekammer über neue Entwicklungen des Gesundheitswesens in Deutschland und die Positionen der deutschen Ärzteschaft zu unterschiedlichen gesundheitspolitischen Themenbereichen. Besonders interessiert zeigten sich hier viele

asiatische Botschaften. Hervorzuheben sind der ständige Austausch mit den Botschaften Japans und Chinas. Im Berichtsjahr 2012 gab es Konsultationen mit Botschaften aus dem arabischen Raum im Hinblick auf die Problematik der sogenannten Gastärzte. So wurde zum Beispiel bei einem Informationsaustausch von Botschaftsangehörigen der Vereinigten Arabischen Emirate (VAE) mit Vertretern der Bundesärztekammer, bestehend aus Auslandsdienst, Dezernat 2 und Rechtsabteilung, über die Probleme und Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte beraten, die mit einem Stipendium der VAE in Deutschland arbeiten. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer hat angeboten, anlässlich des Nationalfeiertages der VAE, zu dem alle Stipendiaten nach Berlin eingeladen werden, eine Informationsveranstaltung durchzuführen.

Der Auslandsdienst initiierte außerdem regelmäßig informelle Zusammenkünfte und bilaterale Gespräche mit internationalen Partnern am Rande verschiedener internationaler Veranstaltungen. Zum 36. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer im Februar 2012 begrüßte das Team zum Beispiel ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus acht europäischen Ländern als Gäste (siehe auch Kapitel 2.3.3).

Während des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg betreute der Auslandsdienst insgesamt 39 internationale Gäste aus Bosnien und Herzegowina, Brasilien, Bulgarien, Frankreich, Israel, Italien und Südtirol, Kosovo, Kroatien, Lettland, Montenegro, Neuseeland, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, der Schweiz, Serbien, der Slowakei, Slowenien, der Tschechischen Republik, der Ukraine, Ungarn, den USA und Weißrussland. Der Rahmen des Ärztetages wird seit Jahren auch als Forum genutzt, um mit den einzelnen nationalen Ärzteorganisationen bilaterale Gespräche zu führen, sich für die Arbeit in internationalen Gremien abzustimmen sowie um einen Dialog zu pflegen. Die Planung gemeinsamer Veranstaltungen war Gegenstand eines Treffens des Auslandsdienstes mit Vertretern der serbischen Ärztekammer.

Mit Vertretern des kosovarischen Gesundheitsministeriums wurden während des Deutschen Ärztetages die nächsten Schritte des Gesetzgebungsverfahrens zur Einführung eines Heilberufe-Kammergesetzes in Kosovo beraten. Darüber hinaus wurde in einem weiteren Gesprächstermin u. a. mit dem neu gewählten Präsidenten Dr. Fahrun Drljevic der neueste Stand der Gründung einer Ärztekammer auf der Ebene der bosnisch-herzegowinischen Föderation, einer der Entitäten des Gesamtstaates Bosnien und Herzegowina, beraten. Die Bundesärztekammer unterstützt dort seit Jahren die Bemühungen der Ärztinnen und Ärzte bei der Stärkung ärztlicher Selbstverwaltungsstrukturen und der Überwindung ethnischer Grenzen zu einem kollegialen Miteinander (siehe Kapitel 1.4.1, S. 65).

Zunehmend treten Delegierte des Deutschen Ärztetages oder des Deutschen Ärzteblattes an das Auslandsdienstteam heran und wünschen Kontakt zu den internationalen Gästen, um sich über konkrete berufs- bzw. gesundheitspolitische Entwicklungen auszutauschen. Eine Besonderheit von internationalem Interesse war im Berichtsjahr die Ausstellung zum Approbationsentzug von jüdischen Ärztinnen und Ärzten während der Zeit des Nationalsozialismus. Zahlreiche internationale Gäste, insbesondere die Vertreter Israels, der USA und der Schweiz, nahmen an der Eröffnungsfeierlichkeit während des Deutschen Ärztetages in Nürnberg teil und diskutierten mit den Organisatoren. Die Generalsekretärin des israelischen Ärzteverbandes betonte in einem Interview ihre Wertschätzung für den Beginn der Aufarbeitung durch die Ausstellung und den Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Beteiligung der Ärzte an NS-Verbrechen.

Die Bundesärztekammer genießt aufgrund ihres kontinuierlichen und nachhaltigen Engagements unter den mittel-, ost- und südosteuropäischen Ärztekammern und -organisationen großes Ansehen (siehe Kapitel 1.4.1).

Die Teilnahme vieler Vertreter aus Südosteuropa an den Deutschen Ärztetagen zeigt unter anderem die starke Bindung an die deutsche Ärzteschaft und das Interesse an dem Verlauf der berufspolitischen Diskussionen in Deutschland.

Die Aktivitäten in Südosteuropa hatten auch im Berichtsjahr einen Schwerpunkt bei der internationalen Arbeit der Bundesärztekammer. Dabei wurden Projekte aus den vergangenen Jahren fortgeführt oder weiterentwickelt.

Das Engagement in Kosovo konnte weiter intensiviert werden und geht auf die Anfrage der dortigen Regierung zurück, den Aufbau einer Ärztekammer zu unterstützen. Die Bundesärztekammer steht dem Ministerium in Kosovo weiterhin beratend zur Seite und war in ständigem Austausch mit verschiedenen Stellen, wie dem deutschen Botschafter, Vertretern des Hohen Beauftragten der EU in Kosovo, Abgeordneten des kosovarischen Parlaments und Vertretern der Universitätsmedizin in Pristina. Dabei kooperierte die Bundesärztekammer mit dem Universitätsklinikum Mannheim, namentlich Dr. Salih Berisha, und wird bei einigen Maßnahmen finanziell von der Hans-Neuffer-Stiftung unterstützt. Eine solche erfolgreiche Maßnahme war z. B. die Schulung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums aus dem Kosovo zum Aufbau der in Gründung befindlichen Ärztekammer in den Räumen der Bundesärztekammer in Berlin. Das Programm wurde vom Auslandsdienst zusammengestellt und beinhaltete neben Vorträgen des Auslandsdienstes, des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der Rechtsabteilung auch einen Besuch bei der Ärztekammer Berlin. Der Schwerpunkt bei der Berliner Ärztekammer lag auf den organisatorischen Erfordernissen und der Umsetzung der Aufgaben einer Ärztekammer. Als äußerst wertvoll erwies sich der Beitrag der früheren Hauptgeschäftsführerin Dr. Verena Diefenbach und von Dr. Alexander Gruner von der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Sachsen, die einen Überblick über die Erfahrungen des Aufbaus der Kammerstrukturen in Sachsen gaben. Neben der Schulung der zukünftigen Kammermitarbeiter, organisierte der Auslandsdienst im September 2012 gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium von Kosovo eine Informationstour durch die Regionalkrankenhäuser des Landes. Der Belegschaft der verschiedenen Krankenhäuser und den zahlreichen Medien des Landes stellte der kosovarische Gesundheitsminister Dr. Ferid Agani das neue Heilberufe-Kammergesetz vor und warb für das Engagement der Ärztinnen und Ärzte beim Aufbau ihrer Kammer. Vertreter des Auslandsdienstes zeigten den Anwesenden ergänzend das breite Spektrum sowie die Bedeutung ärztlicher Selbstverwaltung auf und motivierten die Ärztinnen und Ärzte, sich in den neuen Strukturen einzubringen. In einer vierstündigen Sitzung mit Vertretern der Gesundheitsberufe beriet der Auslandsdienst dann die nächsten Schritte des Kammeraufbaus. Außerdem war die Delegation der Bundesärztekammer mit dem Gesundheitsminister Gast im Bundeswehr-Einsatzlazarett im südkosovarischen Prizren. Oberfeldarzt Dr. Birgit Wehde stellte die Arbeit des Krankenhauses vor, welches mittlerweile die medizinische Versorgung aller im Kosovo stationierten NATO-Soldaten und EU-Mitarbeiter übernommen hat. Die Bundesärztekammer konnte somit den Kontakt zwischen dem kosovarischen Gesundheitsministerium und dem Lazarett zur Vorbereitung weiterer Kooperationen der Bundeswehr mit lokalen Gesundheitseinrichtungen herstellen.

Nachdem bereits das sächsische Heilberufe-Kammergesetz Vorlage für die kosovarischen Gesetze geworden ist, konnten dem Ministerium durch finanzielle Hilfe der Hans-Neuffer-Stiftung unter anderem deutsche Gesetzestexte und weitere Rechtsgrundlagen der Landesärztekammer Sachsen in einer albanischen Übersetzung zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesärztekammer hat ihre seit Jahren fortlaufenden Bemühungen zum Aufbau einer gesamtstaatlichen Ärztekammer in Bosnien und Herzegowina auch im Berichtsjahr fortgesetzt. Neu hinzugekommen sind Arbeitsbeziehungen zur Ärztekammer Montenegros. Als Beispiel für die enge Zusammenarbeit mit der serbischen Ärztekammer ist für 2012 in erster Linie ein dreitägiges Seminar in Berlin zu nennen, das vom Auslandsdienst der Bundesärztekammer auf Wunsch der serbischen Partner organisiert worden war und in dem die neuesten Entwicklungen u. a. in der Musterberufsordnung, der Qualität in der Medizin und im Krankenhaussektor Thema waren. Referenten waren Mitarbeiter des Auslandsdienstes, der Rechtsabteilung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Außerdem erörterte ein Vertreter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) Aufbau und Tätigkeitsfelder seiner Organisation. Gleichzeitig brachten die serbischen Vertreter Erfahrungen aus Serbien in die Diskussion ein. Abschließend stand ein Besuch der Gynäkologie im Virchow-Klinikum der Charité bei Prof. Dr. Jalid Selouhi auf der Tagesordnung.

Im Berichtsjahr hat die Zusammenarbeit mit den Staaten aus der weiteren Europaregion der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht zuletzt durch die Arbeit im Europäischen Forum der Ärzteorganisationen und der WHO (EFMA/WHO) zugenommen (siehe Kapitel 1.4.3). Der Besuch des Vizegesundheitsministers der Republik Kasachstan bei der Bundesärztekammer führte darüber hinaus zu einer Intensivierung der Kontakte vor allem zur neu gegründeten Ärztekammer Kasachstans. Auf Wunsch des Präsidenten der Nationalen Ärztekammer Kasachstans, Prof. Dr. Maksut Kulzhanov, unterstützt der Auslandsdienst die Änderung der Gesetzgebung in Kasachstan hin zu mehr ärztlicher Selbstverwaltung.

Angesichts vergleichbarer Herausforderungen für die Ärzteschaft europa- und weltweit ist die Förderung und Stabilisierung der Selbstverwaltung in Ländern mit ähnlichen Strukturen im Interesse der deutschen Ärzteschaft. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Migration von Ärztinnen und Ärzten vor allem aus Ländern außerhalb der Europäischen Union, verbunden mit Fragen zur Berufsanerkennung und Qualitätsprüfung, ist dies auch hilfreich für die Arbeit der Landesärztekammern im Zusammenhang mit der Einschätzung von Aus-, Weiter- und Fortbildungen aus ganz Europa (siehe Kapitel 2.2.9 bis 2.2.14 sowie Kapitel 2.4).

Ein besonders enger Erfahrungsaustausch mit Ländern außerhalb der Europäischen Union besteht seit Jahren mit ärztlichen Vertretern Israels, Serbiens, Japans und den USA. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, besuchte das „Annual Meeting“ der American Medical Association (AMA) in Chicago, das gemeinsam mit dem Treffen der British Medical Association (BMA) und dem Deutschen Ärztetag die weltweit größte Veranstaltung mit einer übernationalen Bedeutung und internationalen Gästen darstellt. Mit dem norwegischen Ärzteverband wird ebenfalls seit vielen Jahren ein sehr enger und reger Kontakt gepflegt. In diesem Jahr war eine Delegation der Auslandsabteilung des norwegischen Ärzteverbandes zu Besuch bei der Bun-

desärztekammer. Ziel war die Vorbereitung der gemeinsamen Arbeit im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) und dem Weltärztebund. Besprochen wurden aber auch mögliche Kooperationen bei der Fortbildung von Ärzten in Gefängnissen, die als Onlinekurs von dem norwegischen Ärzteverband erarbeitet worden war.

In Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund wird der Auslandsdienst im Jahr 2013 auch verstärkt Aktivitäten in Ländern des arabischen Raums unterstützen. Im Vordergrund steht weiterhin die Menschenrechtssituation, da weiterhin Ärztinnen und Ärzte sowie andere Vertreter der Gesundheitsberufe massiv von Repressionen betroffen sind (siehe Kapitel 1.4.2, S. 67). Darüber hinaus wird die Neufassung der „Deklaration von Helsinki“, die unter dem Vorsitz der Bundesärztekammer im Rahmen einer WMA-Arbeitsgruppe erarbeitet wird, 2013 einen Schwerpunkt der Arbeit darstellen.

Im Bemühen um eine im sprachlichen Bereich abgestimmte Außendarstellung der deutschen Ärzteschaft wurde der Auslandsdienst damit beauftragt, ein Glossar der englischen Fachterminologie der Bundesärztekammer sowie des Gesundheitswesens zu erstellen. Das Glossar steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer zur Verfügung und wird kontinuierlich ergänzt und überarbeitet. Die Abstimmung und Qualitätsprüfung von externen Übersetzungen ist mittlerweile zu einem wichtigen Bestandteil der internationalen Arbeit geworden und führt zu einem professionelleren Auftreten der Bundesärztekammer im In- und Ausland.

1.5 Beauftragter für Menschenrechte

1.5.1 Medizinische Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern ohne legalen Aufenthaltsstatus

Nach wie vor ist die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland mit faktischen Zugangsbarrieren verbunden. Da seitens der Betroffenen die Befürchtung besteht, dass ihr illegaler Aufenthaltsstatus durch die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe aufgrund von Meldepflichten aufgedeckt wird, werden Arztbesuche selbst in dringenden Notfällen zu spät durchgeführt. Dadurch verschlechtert sich die individuelle gesundheitliche Situation des Einzelnen teilweise gravierend; auch sind Folgen hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit zu befürchten. Die Bundesärztekammer hatte bereits im Jahr 2010 einen Flyer „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“ veröffentlicht. Zielgruppe des Flyers sind Ärztinnen und Ärzte. Der Flyer gibt Orientierungshilfe bezüglich der rechtlichen Situation und bei Fragen der Kostenerstattung für die Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Im Berichtszeitraum wurde eine Überarbeitung des Flyers durchgeführt; er ist unter http://baek.de/downloads/Brosch_Pat_ohne_legalen_Aufenthaltstatus_24102012.pdf abrufbar.

1.5.2 Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung

Schätzungen von Terre des Femmes zufolge leben in Deutschland über 20.000 von Genitalverstümmelung betroffene Frauen, über 5.000 Mädchen sind gefährdet. Die Gefährdung liegt darin, dass Eltern ihre Töchter außer Landes – in ihr Heimatland – bringen, um dort eine Genitalverstümmelung durchführen zu lassen. Belege, dass dieser Eingriff von in Deutschland tätigen Ärzten durchgeführt wird, liegen der Bundesärztekammer nicht vor. Die Verstümmelung weiblicher Genitalien erfüllt nach deutschem Recht den Straftatbestand der gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB).

Im Jahre 2005 hatte ein seitens des Vorstands der Bundesärztekammer einberufener Arbeitskreis eine „Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung" erarbeitet.

Die Beschneidung von Mädchen und Frauen, insbesondere die sogenannte „Infibulation", stößt weltweit auf Ablehnung und Verurteilung. Die Tradition einiger afrikanischer Kulturen kann nicht nur historisch, politisch und ethisch-moralisch bewertet werden; sondern den betroffenen Frauen ist entsprechend ihrem Leidensdruck und ihrem Beschwerdebild zu helfen, und zwar sozial, psychologisch und medizinisch kompetent. Insbesondere bei gynäkologischen und geburtshilflichen Behandlungen müssen sowohl die anatomischen Besonderheiten nach Beschneidung wie auch die Wünsche der Patientinnen bei Geburt, Operation sowie Wundversorgung funktional, medizinisch und psychologisch berücksichtigt werden. Dies muss in Übereinstimmung mit den berufsrechtlichen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten erfolgen.

Auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg wurde der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, die Empfehlungen um die Neuregelungen des Bundeskinderschutzgesetzes zu ergänzen (DÄT-Drs. VI-63 [Beschluss]). Die Überarbeitung konnte im Berichtszeitraum beendet werden, die Empfehlungen sind unter http://baek.de/page.asp?his=0.7.47.3207&all=true abrufbar.

1.5.3 Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern

Am 13. Dezember 2012 kamen die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern zu ihrem jährlichen Treffen in Berlin zusammen. Schwerpunkt des Treffens war u. a. die Diskussion der nunmehr 20-jährigen Arbeit des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin e. V. (bzfo). Die Geschäftsführerin des Behandlungszentrums, Dr. Mercedes Hillen, stellte die – vor allem ehrenamtliche – Tätigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor. Seit 1992 setzt sich das Behandlungszentrum für Opfer von Folter und Kriegsgewalt ein. Menschen aus fast 50 Ländern – vor allem aus Tschetschenien, der Türkei, dem Iran, dem Irak, Syrien, Libanon, dem Balkan und Afrika – suchen hier Betreuung. Im bzfo erhalten Männer, Frauen, Jugendliche und Kinder medizinische und psychotherapeutische Hilfe sowie soziale Unterstützung. In einem multiprofessionell besetzten Team mit Unterstützung von speziell geschulten Dolmetschern werden jährlich ca. 500 Patientinnen und Patienten behandelt. Damit die Patientinnen und Patienten mit den Folgen der Folter leben lernen, ist eine intensive und oft langfristige Behandlung notwendig, um posttraumatische Belastungsstörungen bewältigen zu kön-

nen. Die Arbeitsgruppe der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern hat einen intensiven Austausch mit dem bzfo einhellig begrüßt.

Weiterer Schwerpunkt der Sitzung war die Beratung eines Papiers der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) bei der Bundesärztekammer zur Versorgung von nicht regulär gesetzlich krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. Die abschließende Beratung des Papiers findet im Frühjahr 2013 statt und wird anschließend im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (siehe auch Kapitel 4.1.2).

2. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

2.1 Ärztliche Ausbildung

Themen zur ärztlichen Ausbildung nehmen in der aktuellen Gesundheitspolitik einen immer höheren Stellenwert ein. Im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten" der Bundesärztekammer erörtern Vertreter maßgeblicher Institutionen und Organisationen regelmäßig aktuelle Fragen zum Medizinstudium und zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. In diesem Beratungsgremium der Bundesärztekammer sind u. a. die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), der Medizinische Fakultätentag (MFT), das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) sowie die Landesärztekammern vertreten. Themenbezogen werden darüber hinaus Einzelexperten als Gäste in die Beratungen einbezogen.

2.1.1 Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Mit der am 23.07.2012 in Kraft getretenen Ersten Änderungsverordnung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen richtigen Weg bei der Reform der ärztlichen Ausbildung beschritten, den die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausdrücklich begrüßt hat. Zahlreiche Forderungen, die von der deutschen Ärzteschaft in den vergangenen Jahren wiederholt erhoben wurden, finden in Zukunft Anwendung.

Änderung der Prüfungsabläufe

Der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird mit Stichtag zum 01.01.2014 vom mündlich-praktischen Teil getrennt und vor das Praktische Jahr (PJ) verlagert. Mit dieser Entkoppelung des vielfach auch als „Hammerexamen" kritisierten Prüfungsverfahrens wird erreicht, dass die Studierenden im schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung zunächst die erforderlichen theoretischen Kenntnisse nachweisen, bevor sie ihr PJ beginnen. Während des Praktischen Jahres können sich die Studierenden dafür besser auf die praktischen Ausbildungsinhalte konzentrieren und dabei auf ihren theoretischen Kenntnissen aufbauen und diese weiter vertiefen. Als einziger Prüfungsabschnitt nach dem PJ verbleibt lediglich noch der mündlich-praktische Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Diese Aufteilung ist nicht nur didaktisch äußerst sinnvoll, sondern wird auch in vielen Fällen wieder zu einem schnelleren Absolvieren des Studienabschlusses und einer im Durchschnitt verkürzten Studiendauer führen.

In engem politischem Schulterschluss zwischen Bundesärztekammer, bvmd und Marburger Bund konnte noch bei weit fortgeschrittenem Stadium der parlamentarischen Beratungen über die neue Änderungsverordnung im Bundesrat durch eine konzertierte Aktion verhindert werden, dass die Vorbereitungszeit auf den schriftlichen Teil der ärztlichen Prüfung um ca. vier Wochen gekürzt wird und an anderer Stelle unnötige Leer-

laufzeiten ohne studienbezogene Verwendung entstehen. Damit wären unnötige Lücken und Erschwernisse zwischen den Prüfungsabschnitten und dem Praktischem Jahr entstanden.

Intensivierung der Allgemeinmedizinischen Ausbildung

Die Bundesärztekammer erkennt die in der Änderungsverordnung der Approbationsordnung vorhandenen Bemühungen der Bundesregierung an, die Allgemeinmedizin im Medizinstudium zu stärken, hält sie jedoch in der jetzigen Approbationsordnung nicht für ausreichend geregelt. Das Blockpraktikum in Allgemeinmedizin wurde von einer auf zwei Wochen verlängert. Die Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin sollen im Praktischen Jahr für das Wahltertial aufgestockt werden. Diese Maßnahmen sind zwar gute Ansätze, die allerdings hinter den Möglichkeiten und Erfordernissen für eine nachhaltige Aufwertung der Allgemeinmedizin zurückbleiben. Alle Universitäten sollten über angemessen ausgestattete Lehrstühle für Allgemeinmedizin verfügen, was derzeit nachweislich nicht der Fall ist. Auch müssen Anbindungen an leistungsfähige Netzwerke von Lehrbeauftragten und allgemeinmedizinischen Lehrpraxen erreicht werden, um den Studierenden schon während des Studiums realistische Einblicke in die hausärztliche Versorgung zu geben, damit sich die Studierenden auf diese Weise an positiven Rollenvorbildern orientieren können. Damit gelingt es am ehesten, Berührungsängste und Vorbehalte gegenüber der abwechslungsreichen und anspruchsvollen hausärztlichen Tätigkeit abzubauen und in diesem vom Ärztemangel besonders stark betroffenen Bereich für eine erfolgreiche Nachwuchsentwicklung zu sorgen.

Jenseits gesetzlicher Maßnahmen hat sich der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer zudem dafür ausgesprochen, Informationskampagnen zur Pflichtfamulatur in Allgemeinpraxen, welche insbesondere von der bvmd initiiert werden, zu unterstützen. Im Zentrum der Kampagnen steht, bei Hausärzten dafür zu werben, dass sich das Angebot der Famulaturstellen erhöht.

Schmerztherapie als neuer Querschnittsbereich

Nachdem es erst vor wenigen Jahren gelungen war, die Palliativmedizin als weiteren Querschnittsbereich in die Approbationsordnung aufzunehmen, wurde nunmehr auch die Schmerzmedizin in einem eigenen Querschnittsbereich ergänzt, wofür sich die Bundesärztekammer ausgesprochen hatte.

Flexiblere Gestaltung des Praktischen Jahres

Das Praktische Jahr gliedert sich nach wie vor in drei Abschnitte (Tertiale) mit je 16 Wochen Dauer. Diese Zeiträume werden aus Sicht der Ärzteschaft benötigt, um in den beiden Pflichtfächern, Innere Medizin und Chirurgie, sowie im klinisch-praktischen Wahlfach die erforderliche Ausbildungstiefe erreichen zu können. Eine weitere Untergliederung des Praktischen Jahres, z. B. in Quartale und einem zusätzlichen Pflichtabschnitt, hätte zu einer weiteren Reglementierung geführt. Dass es bei der jetzigen Reform der Approbationsordnung zunächst bei der bewährten Gliederung geblieben ist, wird von der Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt.

Da sich immer mehr medizinische Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagern, bleiben die Forderungen der Deutschen Ärztetage aktuell, dass sich dies auch in der Ausgestaltung des Praktischen Jahres niederschlägt. Es müssen zukünftig vermehrt Möglichkeiten geschaffen werden, PJ-Tertiale grundsätzlich auch in der ambulanten Versorgung zu absolvieren.

Praktisches Jahr in Teilzeit

Auch die neu aufgenommene Regelung, dass das Praktische Jahr auf Wunsch in Teilzeit abgeleistet werden kann, wird es vielen Studierenden ermöglichen, Familie und Studium besser in Einklang zu bringen. Diesem begrüßenswerten Ziel dient auch die Erhöhung der zulässigen Fehlzeiten von 20 auf 30 Tage, die durch Schwangerschaft, Krankheit oder andere vom Studierenden nicht zu vertretende Gründe entstehen können. Anzuregen ist aus Sicht der Bundesärztekammer eine weitere Ergänzung, die sich ausdrücklich auch auf Pflegezeiten von Angehörigen als zulässige Fehlzeiten bezieht.

Auswahl von Lehrkrankenhäusern

Die vom Bundesministerium für Gesundheit in der Approbationsordnung vorgenommene erweiterte Wahlmöglichkeit unter universitären Ausbildungseinrichtungen für das Praktische Jahr eröffnet den Medizinstudierenden nun auch innerhalb Deutschlands eine Flexibilität, die de facto bei universitären Ausbildungseinrichtungen im Ausland bereits seit längerem besteht. Diese Gleichbehandlung kommt einer langjährigen Forderung der Deutschen Ärztetage nach. Das Anliegen des Verordnungsgebers, die Qualität bzw. Kompatibilität der Ausbildung mit derjenigen der Heimatuniversität mittels eines Ausbildungsplans, z. B. einem Logbuch, regeln zu wollen, ist nachvollziehbar. Darin werden die Lernziele, die Zulassung zum mündlich-praktischen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sowie deren erforderlichen Inhalte dargestellt. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr u. a. hierdurch bundesweit vergleichbar wird. Die in § 3 Abs. 7 ÄAppO festgelegte Evaluation der Ausbildung kann einer flächendeckend vergleichbaren Ausbildungsqualität vor allem dann dienlich sein, wenn sie von unabhängiger Seite erfolgt.

Bei der Durchführung des Praktischen Jahres in außeruniversitären Ausbildungseinrichtungen sind die bisher angegebenen Strukturanforderungen (Röntgen- und Laborabteilung, Bibliothek, Sektionsraum sowie Aufenthalts- und Unterrichtsräume) weiterhin als notwendige, aber keinesfalls hinreichende Voraussetzungen für eine qualitativ gute Lehre anzusehen. Insofern erscheint es sinnvoll und gerechtfertigt zu sein, zusätzliche flankierende Maßnahmen vorzusehen, um den angestrebten Ausbildungsstandard zu gewährleisten. Neben dem zuvor erwähnten Logbuch und einer Evaluation, deren Ergebnisse bekannt zu geben sind, stellt auch die Benennung eines eigenen Beauftragten für das Praktische Jahr gemäß § 4 Abs. 4 ÄAppO einen guten Ansatz dar.

Keine Verkürzung des Krankenpflegepraktikums

Wenn in der aktualisierten Approbationsordnung auf der einen Seite neue Inhalte aufgenommen oder Umfänge erweitert wurden, hätten auf der anderen Seite auch Reduzierungen oder Begrenzungen erfolgen sollen, damit es nicht zur Überfrachtung des Studiums kommt. Die Bundesregierung ist dem Votum des Deutschen Ärztetages diesbe-

züglich nicht gefolgt, mehr Freiraum für klinische Ausbildungsinhalte zu schaffen, indem das Krankenpflegepraktikum von drei auf zwei Monate verkürzt werden sollte. Begründet wurde das Petitum des Deutschen Ärztetages damit, dass zum Erwerb eines grundlegenden Verständnisses der Arbeit von Pflegekräften und des Stationsablaufs in einer Klinik ein zweimonatiges Pflegepraktikum ausreicht. Medizinstudierende sollten nicht dafür herangezogen werden, den durch den Wegfall der Wehrpflicht entstandenen Mangel an Ersatzdienstleistenden auszugleichen.

2.1.2 Änderung der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Bereits im Dezember 2012 musste der Bundesrat durch die „Verordnung zur Änderung von Vorschriften über die ärztliche Approbation" eine in der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorgenommene Regelung zur Höhe der Vergütung im Praktischen Jahr klarstellen. Bei der Berechnung der Höchstgrenze für die Ausbildungspauschalen im PJ werden nun auch die Kosten der Unterkunft und gegebenenfalls erhöhte Aufwendungen bei einem Auslandsaufenthalt einbezogen. Der Höchstbetrag steigt somit von 224 auf 597 Euro im Monat. Zudem soll zur Abgeltung des besonderen Bedarfs bei einer Ausbildung im Ausland die Höchstgrenze gegebenenfalls bis zur Höhe der BAföG-Empfängern zustehenden Leistungen steigen, die zur Deckung von Studiengebühren im Ausland und von Reisekosten zum Ort der ausländischen Ausbildung gewährt werden – außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder der Schweiz auch um einen monatlichen Auslandszuschlag als Kaufkraftausgleich.

Der Gesetzgeber kommt mit diesen Änderungen einer Forderung von Bundesärztekammer und Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland nach, die sich für eine angemessene Entschädigung ausgesprochen hatten. In einem Schreiben an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundesrates hatte die Bundesärztekammer davor gewarnt, die Leistungen auf den BAföG-Satz von 373 Euro – wie in der Ersten Änderungsverordnung vorgesehen – zu begrenzen. Auch die Studierenden hatten gefordert, den vollen Höchstsatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz als Obergrenze zu definieren, um PJler von einer weiteren Erwerbstätigkeit neben der Stationsarbeit zu entlasten.

2.1.3 Studienplatzkapazitäten

Im Zusammenhang mit der Ersten Änderungsverordnung der Approbationsordnung für Ärzte wurde auch stets eine maßvolle Anhebung der Zahl von Studienplätzen thematisiert. Die Berechnung der Platzkapazitäten für das Medizinstudium basiert in Deutschland auf einer seit vielen Jahren unverändert geltenden Kapazitätsverordnung, die nicht mehr zeitgemäß ist. Es ist nach wie vor Aufgabe des Verordnungsgebers, die sogenannten Curricularnormwerte zu reformieren und den Universitäten mehr Gestaltungsspielraum zur Profilbildung der jeweiligen Standorte und somit individuelle Anreize für eine qualitativ gute Ausbildung zu geben. Unter definierten Bedingungen sollte es möglich sein, die Betreuungsrelationen von Lehrenden zu Studierenden anzuheben, ohne dass sich dies automatisch kapazitätssteigernd auswirken muss.

Bei der aktuellen Bemessung der Anzahl an Medizinstudienplätzen muss die durch die doppelten Abiturjahrgänge und die Aussetzung der Wehrpflicht erhöhte Nachfrage angemessen berücksichtigt werden. Anhebungen der Studienplatzzahlen – insbesondere im klinischen Ausbildungsabschnitt – dürfen nicht zu Lasten der Ausbildungsqualität gehen und können daher nur bei adäquater Ausstattung und Gegenfinanzierung realisiert werden. Da das Medizinstudium eine der kostenintensivsten Hochschulausbildungen ist, muss weiterhin geprüft werden, wie eine Kapazitätserweiterung vernünftig umgesetzt werden könnte. Dabei sind moderate Erhöhungen der Ausbildungskapazitäten bestehender, leistungsfähiger Universitäten gegenüber Neugründungen auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten abzuwägen. Die Bundesärztekammer verfolgt kritisch, wie effektiv und nachhaltig Kooperationsprojekte zwischen deutschen und ausländischen Partnern (z. B. Hamburg – Budapest, Oldenburg – Groningen, Kassel – Southampton) zum Aufbau zusätzlicher Medizinstudienplatzkapazitäten beitragen und ob daraus tatsächlich ein Zugewinn an kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzten für das deutsche Gesundheitswesen resultiert.

Gemäß Forderungen der Deutschen Ärztetage hat die Bundesärztekammer die Gesundheitsminister- und die Kultusministerkonferenz aufgefordert, sich für Steigerungen der klinischen Ausbildungskapazitäten an Universitätskliniken und die stärkere Förderung der universitären Allgemeinmedizin einzusetzen. Beide Anliegen hängen zusammen und weisen auf den dringenden Reformbedarf der Kapazitätsverordnungen hin, die sich stärker an den aktuellen Versorgungskonzepten und -bedürfnissen und weniger an starren überholten strukturellen Rahmendaten wie Bettenzahlen orientieren müssen. Die Bundesärztekammer wird dieses Ziel auch in der Zukunft weiter eng verfolgen.

2.1.4 Zugangsvoraussetzungen/Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium

Eng verknüpft mit der Anzahl an Studienplätzen sind Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium. Nach wie vor bewerben sich in Deutschland vier bis fünf Interessenten auf einen Studienplatz in der Medizin. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Abwanderung von jungen Ärztinnen und Ärzten aus der kurativen Versorgung in besser dotierte und familienfreundlichere Arbeitsfelder fragt es sich, ob das Kriterium „Numerus clausus“ weiterhin das maßgebliche Auswahlkriterium für die Zulassung zum Medizinstudium sein kann. Vielmehr sollten nach Auffassung der Ärzteschaft bei der Auswahl von Bewerbern um einen Medizinstudienplatz neben kognitiven Fähigkeiten verstärkt auch soziale Kompetenzen berücksichtigt werden, die wesentlich zur späteren Ausübung des Arztberufs in der Patientenversorgung beitragen können. Wichtige Aspekte hierbei sind Empathie, Einfühlungsvermögen und Teamfähigkeit, die sich weniger an Schulnoten oder Testfragen, sondern eher an erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildungen, Praktika oder nachgewiesenem sozialem Engagement im Gesundheitsbereich ablesen lassen. Der Deutsche Ärztetag unterstreicht immer wieder seinen Appell an die Universitäten und Medizinischen Hochschulen, die ihnen zur Verfügung stehenden Spielräume bei der Ausgestaltung der hochschuleigenen Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium zu nutzen und die für die Eignung zum Arztberuf relevanten sozialen Kompetenzen vermehrt zu berücksichtigen.

2.1.5 Nachwuchsförderung

Eine weitere Folge des unzureichenden Studienplatzangebots sowie gleichzeitig der zunehmenden Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ist der für eine flächendeckende Versorgung bedrohliche Nachwuchsmangel in bestimmten Regionen Deutschlands sowohl in der ambulanten wie auch stationären Versorgung. In den vergangenen Jahren konnten rund 5.500 ärztliche Vollzeitstellen in deutschen Krankenhäusern nicht adäquat besetzt werden, und niedergelassene Ärzte fanden beim Eintritt in den Ruhestand vielfach keine geeigneten Praxisnachfolger. Dieser Missstand wird sich den Prognosen zufolge in den kommenden Jahren weiter verschärfen, weil die Nachwuchsentwicklung den Ersatz- und Ergänzungsbedarf an praktisch tätigen Ärzten immer weniger decken kann.

Vor diesem Hintergrund hatte der Vorstand der Bundesärztekammer eine Projektgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, mit einer Bestandsaufnahme und Bewertung von Maßnahmen zur Nachwuchsförderung/-gewinnung von Ärzten für die kurative Versorgung beauftragt. Der Projektbericht war dem Vorstand der Bundesärztekammer Mitte 2011 vorlegt worden und wies über 80 Einzelmaßnahmen und Maßnahmenbündel auf, welche auf die jeweiligen regionalen Erfordernisse und Möglichkeiten eingehen. Am häufigsten anzutreffen sind Informations- und Beratungsangebote, Service- und Vermittlungsleistungen sowie finanzielle Anreiz- und Förderprogramme. Zuschnitt und Ausrichtung der dargestellten Maßnahmen orientieren sich vorwiegend an der regionalen bzw. lokalen Bindungswirkung und sind auf den Verbleib von Ärzten in der dortigen Patientenversorgung ausgerichtet. Die Zielgruppen umfassen Schüler, Studierende und Ärzte verschiedener Alters- und Fachgruppen im In- und Ausland. In einigen Bundesländern werden die verschiedenen Einzelmaßnahmen auf Informationsplattformen zusammengefasst bzw. durch regionale Netzwerke koordiniert.

Im Jahr 2012 war dieser Bericht – auch außerhalb der Ärztekammern – nach wie vor sehr nachgefragt. Insofern hat auch der 115. Deutscher Ärztetag 2012 in Nürnberg dem Thema Nachwuchsmangel einen hohen Stellenwert eingeräumt und zum Ausdruck gebracht, dass es ein Grundanliegen der verfassten Ärzteschaft ist, den ärztlichen Nachwuchs zu fördern und sich für deren Belange einzusetzen. Das Projekt hat sich somit als Auftakt für eine permanente Bearbeitung und Darstellung von Möglichkeiten bewährt, wie der ärztliche Nachwuchs adressiert und motiviert werden kann, damit die nachwachsenden Ärztegenerationen auch weiterhin bereit sind, sich einer ärztlichen Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung – insbesondere auch jenseits von Ballungszentren – zu widmen.

2.1.6 Arzt-Patienten-Kommunikation

Ein zentrales Thema im Jahr 2012 war die Ausgestaltung der Lehre, um in Vorbereitung auf die ärztliche Berufsausübung frühzeitig bei allen Ärztinnen und Ärzten die für ein gutes Patienten-Arzt-Verhältnis erforderliche Kommunikationskompetenz zu entwickeln.

Im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer wurden Fragen zur Kompetenzvermittlung von Kommunikation

und Empathie intensiv erörtert. Es wurde diskutiert, ob die während des Studiums nachlassende Empathie der Studierenden möglicherweise durch spezifische Stressoren zu erklären sei, z. B. durch Prüfungen, die familiäre Situation oder anderes. Möglicherweise handelt es sich um ein passageres Phänomen und die Empathie nimmt mit dem Einstieg in den Arztberuf und mit zunehmender Berufspraxis wieder zu. Derzeit liegen hierzu noch keine longitudinalen Daten vor. Auch kausale Fragestellungen scheinen in der Forschung bisher noch nicht gut untermauert zu sein. Welcher Raum und welcher Rahmen in der Lehre für geeignet erachtet wird, diese Kompetenzen zu schulen, konnte abschließend noch nicht beantwortet werden. Insbesondere wurde darauf eingegangen, ob es sich um eigenständige oder um kombinierte Vermittlungen im Rahmen anderer klinischen Tätigkeiten oder Fertigkeiten handeln soll. Wichtig war die Feststellung, dass die eingangs ganz offensichtlich in hohem Maße vorhandene Empathie Teil der Motivation ist, das Medizinstudium zu beginnen, und es während des Medizinstudiums vor allen Dingen darum geht, diese zu erhalten. Im Hinblick auf „Self Care" ist zu berücksichtigen, dass dieser Aspekt offenbar individuellen Kriterien unterliegt. Das komplexe Gefüge zwischen Kommunikation und Empathie einerseits und anderen ärztlichen Grundfertigkeiten sowie sozialen Erwartungen und Rahmenbedingungen andererseits lässt sich einer systematischen wissenschaftlichen Erforschung nur schwerlich zuführen.

Die Befassung mit diesem Thema macht allerdings deutlich, dass Kommunikation wesentlich dazu beitragen kann, in der zunehmend technisierten Medizin wichtige Balancen zu halten. Für Ärztinnen und Ärzte besteht zunehmend die Herausforderung, sich im Rahmen von Self Care auch um ihre eigenen Belange zu kümmern und unter den sich verschärfenden ökonomischen und sonstigen Anforderungen mit Themen wie Kommunikation und Empathie vertiefend auseinanderzusetzen. Das Hochschulgremium plädiert u. a. dafür, spezielle Angebote zu Medical Self Care an den Medizinischen Fakultäten vermehrt anzubieten.

2.1.7 Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)

Die Entwicklung des Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) kam im Jahr 2012 deutlich voran. Durch die Einrichtung einer eigenen Geschäftsstelle bei der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) konnte die Koordinierung der vielen Arbeitsgruppen und Unterarbeitsgruppen effektiv begleitet werden, sodass der erste öffentliche Entwurf des NKLM mit weiteren Gruppierungen – z. B. den wissenschaftlichmedizinischen Fachgesellschaften und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – im Frühjahr 2013 diskutiert werden soll. Die Bundesärztekammer beteiligt sich intensiv an diesem Projekt, das für die Kompetenzbereiche „Medizinischer Experte (Expertiseentwicklung)", „Kommunikator", „Interprofessioneller Partner", „Verantwortungsträger (Manager)", „Gesundheitsberater und Gesundheitsfürsprecher", „Wissenschaftler und Lehrer" sowie „Professionelles Vorbild" spezifische Lernziele entwickeln möchte. Das Anliegen der Bundesärztekammer besteht darin, theoretische und klinisch-praktische Ausbildungsinhalte optimal zu gewichten sowie die Notwendigkeit zum Erwerb naturwissenschaftlichen Grundlagenwissens hervorzuheben.

Im Berichtszeitraum wurde in Anlehnung an den NKLM auch ein „Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog für die Zahnmedizin“ (NKLZ) in Arbeit genommen, welcher die auch von Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer befürwortete Verschränkung der beiden Studiengänge beflügeln wird. Auf den Vorerfahrungen des NKLM aufbauend, kommt die Ausgestaltung des NKLZ entsprechend zügig voran.

Bei einem derart komplexen Projekt wie dem NKLM bzw. NKLZ ist ein sinnvoller Kompromiss zwischen Pragmatik und Perfektion unabdingbar. Die in diesen Projekten zusätzlich erworbenen Methodenkompetenzen werden allen beteiligten Akteuren auch in Zukunft dabei helfen, z. B. bei weiteren Entwicklungen der Approbationsordnung noch besser und zielgerichteter Einfluss nehmen zu können. Die Bundesärztekammer wird diese Entwicklungen weiterhin eng begleiten.

2.1.8 Bologna-Prozess: Bachelor- und Masterstrukturen

Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK), die seit Jahren den Bologna-Prozess immer nur in Bezug auf seine Zielsetzung gesehen und positiv bewertet hat, kommt in ihrer aktuellen Bilanz zu dem Ergebnis, dass sich in den Studiengängen, die in die Bachelor-/Masterstruktur überführt wurden, eine gewisse „Bologna-Prozess“-Ernüchterung breit gemacht hat. Viele der anvisierten Ziele konnten nicht erreicht werden. Dazu zählt z. B. die Verbesserung der Mobilität, die im Gegenteil abgenommen hat, da die Studiengänge immer weniger vergleichbar werden. Dort, wo in der Medizin umgestellt wurde, wie z. B. in den Niederlanden, erfolgte dies ohne inhaltliche Reform des Studiengangs, sondern lediglich über die Umwidmung der Vorklinik als Bachelorstudium und des Klinischen Abschnitts als Masterstudium. Damit sind dort jedoch Möglichkeiten verpasst worden, das Medizinstudium selbst zu reformieren. Auch ist die Abbrecherquote in den Bachelor- und Masterstudiengängen extrem angestiegen. Insofern hat es sich bewährt, dass in Deutschland in der Medizin und in der Rechtswissenschaft keine Umstellungen auf diese Struktur erfolgt sind. Der erforderliche Reformbedarf, den es permanent gibt, konnte genauso gut bzw. besser durch Änderung der Approbationsordnung angegangen werden.

2.1.9 Neue Studiengänge im Gesundheitswesen

Da sich das medizinische Wissen rasant entwickelt und in manchen Bereichen etwa alle fünf Jahre verdoppelt, werden weitere Anpassungen der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) auch in Zukunft in regelmäßigen Abständen erforderlich sein. Neben den inhaltlichen Aspekten wird künftig ein zunehmendes Augenmerk nicht nur auf die Vermittlungsweise von Wissen zu richten sein, sondern auch auf die Rahmenbedingungen, unter denen die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten stattfindet. Das Medizinstudium soll jedoch seine eingliedrige Struktur und den einheitlichen Abschluss mit dem Staatsexamen unverändert beibehalten und wie oben beschrieben nicht in ein Bachelor-/Masterstudium überführt werden. Auch die Verknüpfung des Medizinstudiums mit der Ausbildung anderer Gesundheitsberufe in einer Art „Common Trunk“ wird seit Jahren von der Ärzteschaft vehement abgelehnt. Die Bundesärztekammer wird sich andererseits konstruktiv in eine sinnvolle Gestaltung der ärztlichen Ausbildung einbringen und alle Entwicklungen aufmerksam verfolgen.

Zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen hat der Wissenschaftsrat nach zwei Anhörungsrunden, an denen unter anderem die Bundesärztekammer und der Medizinische Fakultätentag (MFT) beteiligt waren, seine Empfehlungen vorgelegt. Eine schriftliche Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin wurde in Abstimmung der dort vertretenen Organisationen im Juli 2012 abgegeben. Die Bundesärztekammer betrachtet das Thema der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe im Kontext einer längeren Auseinandersetzung, die unter anderem im Vorjahr in einem Dialogforum bei der Bosch-Stiftung geführt wurde. Grundsätzlich sind der Teamansatz und das Anliegen, Synergien zu nutzen, zu begrüßen. Akademisierung darf jedoch kein Selbstzweck sein. Der Arzt muss die medizinische Letztverantwortung behalten und kann in diesem Zusammenhang zum Mittel der Delegation greifen. Die Substitution ärztlicher Kernleistungen durch andere Berufsgruppen wird jedoch durchgängig abgelehnt. Davon abzukoppeln ist die Diskussion um die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen, die der Wissenschaftsrat u. a. mit der Argumentation eines „Reflective Practitioner" begründet. Für die AG Hochschulmedizin beim Deutschen Hochschulverband, der auch die Bundesärztekammer angehört, darf keine Zwangsakademisierung im großen Umfang ohne entsprechende argumentative und finanzielle Grundlage in Angriff genommen werden. Hierdurch können vielmehr die tatsächlich vorhandenen Probleme, z. B. in der Pflege, weiter verschärft werden.

Auch am Beispiel des Rettungswesens zeigt sich, dass unter den Bedingungen des Ärztemangels neue Studiengänge entwickelt werden, die sich als neue Versorgungsebenen bzw. „Zwischenebenen" mit eigenständigem, direktem Patientenzugang verstehen und dazu führen können, dass funktionierende Systeme ausgehöhlt werden. Im Bereich der Notfallmedizin ergeben sich besondere Probleme, wenn Hochschulen Ausbildungsgänge anbieten und diese in zum Teil irreführender Weise bewerben, ohne dass diesen ein entsprechendes Berufsbild und eine gesetzliche Legitimation zugrunde liegen (Beispiel: Hochschule Rheine).

Aufgrund historischer Gegebenheiten gibt es an manchen Universitäten oder Medizinischen Fakultäten (z. B. Charité) Studiengänge für Gesundheitsfachberufe, die im Zuge der Bologna-Reform in die Bachelor-/Masterstruktur überführt wurden. An anderen Universitäten werden neue Studiengänge für Gesundheitsfachberufe etabliert, bei denen nicht selten Kooperationen mit Fachhochschulen auch seitens der Aufsichtsbehörden gefordert werden. Als Begründung wird u. a. angeführt, dass ein stärkerer Praxisbezug auf diesem Wege erzielt werden soll.

Problematisch wird vor allem die Vermarktung dieser Qualifizierungsangebote gesehen, die mit zum Teil irreführenden Formulierungen berufliche Tätigkeitsfelder anpreisen, deren Zugang gesetzlich anderweitig reglementiert ist. Von Seiten der ärztlichen Selbstverwaltung existieren allerdings wenig direkte Eingriffsmöglichkeiten, da die Verantwortung bei den Zulassungs- und Akkreditierungsstellen liegt.

Die Verknüpfung der Debatten um Ärzte- und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen mit Fragen von Delegation und Substitution behindern sachliche Lösungsansätze, in deren Zentrum vielmehr die Patientensicherheit stehen sollte. Diese Entwicklung wird von der Ärzteschaft mit Skepsis und Sorge betrachtet und muss auch in der Zukunft weiter sorgfältig beobachtet werden.

2.1.10 Evaluierung von Modellstudiengängen in der Medizin

Die Modellstudiengänge in der Medizin lagen im Jahr 2012 erneut im Zentrum der Aufmerksamkeit. Sowohl die Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) als auch der Wissenschaftsrat haben sich die Bewertung der Modellstudiengänge zur Aufgabe gestellt. Der Wissenschaftsrat hat im Herbst 2012 begonnen, nach einem publizierten Standardverfahren eine Evaluation an den betroffenen Universitäten unter den Stichwörtern „erforderliche Änderungen der ärztlichen Approbationsordnung", „interprofessionelle Ausbildung" und „Dialog mit medizinischen Fachberufen" durchzuführen. Es ist beabsichtigt, das Ergebnis der Analysen im Frühjahr 2013 zu publizieren.

Sehr gespannt muss man auf die Darstellung sein, wie positive Aspekte der Reformstudiengänge in den Regelbetrieb überführt werden können. Alle bisherigen regionalen Erhebungen zeigen die höhere Zufriedenheit und das bessere Abschneiden der Studierenden in den Reformstudiengängen. Diese Ergebnisse werden voraussichtlich auch in der Erhebung des Wissenschaftsrats sowie weiteren Längsschnitterhebungen zu beobachten sein.

2.1.11 Hygiene an den Hochschulen in Lehre und Forschung

Angesichts der gestiegenen Gefahren durch nosokomiale Infektionen, zunehmende Antibiotikaresistenzen und die Stagnation bei der Entwicklung neuer Antibiotika hat sich der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten" der Bundesärztekammer mit der Frage befasst, ob die gegenwärtig verbliebenen zwölf Lehrstühle für Hygiene an deutschen Universitäten ausreichen, dieses inzwischen „kleine Fach" ausreichend in Lehre und Forschung zu vertreten. Dadurch, dass sich die ärztliche Ausbildung und die Hochschulstandorte in Deutschland vorrangig an sich wandelnden – zum Teil stark ökonomisch ausgerichteten – Rahmenbedingungen orientiert, treten inzwischen deren unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung deutlich zu Tage. Auch wenn in Hygieneverordnungen der Länder vordergründig dem Defizit entgegengesteuert wird, genügt dies nicht, um die nach wie vor essenzielle Forschung und Lehre in Hygiene als Grundlage einer jeglichen modernen Medizin ausgleichen zu können. Die über längere Zeit defizitäre Forschungsbilanz in diesem Bereich muss dringend zeitnah ausgeglichen werden.

2.1.12 Entwicklung computergestützter Prüfungen

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) beschäftigt sich derzeit intensiv damit, die Prüfungen auf Computer umzustellen, und hat hierfür bereits einige Probeläufe veranstaltet, die wertvolle Erfahrungen gebracht haben. Eine solche Umstellung kann nicht kostenneutral erfolgen, sodass zunächst beabsichtigt ist, mit der Umstellung der kleineren Studiengänge zu beginnen. Erste Schritte werden bei der Prüfung der Psychotherapeuten vorgenommen, dann bei den Apothekern, und schließlich, nicht vor dem Jahr 2015/2016, werden die Prüfungen für Mediziner folgen.

Die Bedingungen für computergestützte Prüfungen sind weltweit sehr unterschiedlich. Erfahrungsgestützte Bedenken bezüglich der Sicherheit werden sehr ernst genommen und z. B. durch die physikalische Trennung der Netze in jedem Prüfungsraum von jeder externen Internetverbindung realisiert. Das IMPP verwendet ausschließlich eigene Software und eine zeitgemäße Verschlüsselungstechnik. Es ist auch bei der computergestützten Prüfungsdurchführung erforderlich, dass zeitgleich die gleichen Fragen vorgelegt werden.

Großer Wert wird auch auf ein sogenanntes Ausfallkonzept bei technischem Versagen gelegt, das mehrstufig abgesichert werden muss, damit in jedem Fall ein ordnungsgemäßer Ablauf einer Prüfung gewährleistet wird. Einzige nicht regulierbare Ausnahme wären kriminelle Eingriffe von außen, die auch bei konventionellen Prüfungen niemals ausgeschlossen werden können.

Grundsätzlich hat sich der Umgang mit Computern jedoch als kulturelle Errungenschaft so weit verbreitet und sich die Software so weit an die Nutzerbedürfnisse angepasst, dass der Einsatz auch in Staatsprüfungen keine wesentliche Hürde mehr darstellen dürfte. In den kommenden Jahren wird der Austausch über die Anwendungspraxis von computergestützten Prüfungen zwischen denjenigen Fakultäten, die seit längerem Erfahrungen mit der neuen Prüfungstechnik gesammelt haben, auch von der Bundesärztekammer begleitet werden.

2.2 Ärztliche Weiterbildung

2.2.1 Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003

Auf Basis der Ärztetagsanträge und Grundsatzbeschlüsse der letzten Jahre haben Bundesärztekammer und Landesärztekammern im Jahr 2012 gemeinsam das Strukturkonzept für eine grundlegende Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) entwickelt. Die in den ersten Diskussionen angedachte Struktur einer modularen Gliederung der Weiterbildungsinhalte wurde nach einer grundlegenden Überprüfung verlassen und stattdessen eine kompetenzbasierte inhaltliche Neustrukturierung der MWBO erarbeitet. Dabei soll die bewährte Gliederung der MWBO in die Abschnitte A, B und C erhalten bleiben. Zusätzlich soll ein Abschnitt D in die MWBO eingeführt werden, um eine strukturierte, theoretische (berufsbegleitende) Weiterbildung unter Supervision zu ermöglichen und auf diese Weise z. B. kurzfristig zu regelnde Vorgaben des Gesetzgebers wie die genetische Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) abzubilden oder eine Nachqualifikation bei neu eingeführten Bezeichnungen zu erleichtern.

Weiterbildungsinhalte sollen künftig in Kompetenzblöcken anstelle der bisherigen kleinteiligen Spiegelstrich-Aufzählungen dargestellt werden, denen bestimmte Kompetenzlevel zugeordnet sind. Die Intensität, in welcher sich die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte mit Krankheitsbildern des Gebietes befassen sollen, wird anhand folgender vier Kompetenzlevel festgelegt, welche Kenntnisse, Erfahrungen, Fähigkeiten und nicht zuletzt Fertigkeiten beschreiben, die mit realistischen versorgungsbezogenen Richtzahlen belegt werden können:

- **Level 1** beschreibt die Kompetenz, die mit erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums erworben wurde und Voraussetzung für den Beginn der Weiterbildung ist. Level 1 ist nicht Gegenstand der Kompetenzbeschreibung in der MWBO.
- **Level 2** beschreibt eingehende Kenntnisse in Bezug auf die Vorbeugung (Prävention), Früherkennung, Erkennung (Symptomatologie), Diagnostik, Differentialdiagnostik, konservative und operative Behandlung (Therapie), Nachsorge und Rehabilitation der wesentlichen Krankheitsbilder bzw. Handlungsfelder des Kompetenzblocks.
- **Level 3** beschreibt Erfahrungen und setzt die Fähigkeit voraus, medizinische Maßnahmen bei den wesentlichen Krankheitsbildern/Handlungsfeldern des Kompetenzblocks anzuwenden.
- **Level 4** beschreibt die über die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten hinausgehenden Fertigkeiten in Bezug auf konservative und operative Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der wesentlichen Krankheitsbilder/Handlungsfelder des Kompetenzblocks, welche selbständig und routinemäßig durchgeführt werden.

Um die kompetenzbasierte Gestaltung einer Weiterbildungsbezeichnung zu demonstrieren, haben die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer ein Musterbeispiel anhand des Fachgebiets Urologie und auf dieser Basis ein Raster für die Übertragung von Weiterbildungsinhalten in Kompetenzblöcke für andere Gebiete erstellt. Diese sogenannte Nullversion der MWBO ist auf einer interaktiven elektronischen Plattform (WIKI-BÄK) hinterlegt. Fachgesellschaften und Berufsverbände werden auf diese Weise direkt in den Reformprozess eingebunden. Die erstmals eingesetzte EDV-technische Unterstützung soll den Novellierungsprozess während des gesamten Projektverlaufs transparent und flexibel gestalten und diesen hierdurch deutlich vereinfachen.

Auf der WIKI-BÄK-Plattform für die Novellierung der MWBO sind die Zugriffsrechte der Nutzer eindeutig festgelegt. Die Fachgesellschaften erhalten als federführend zuständige Organisationen („Editoren“) das Schreibrecht für das jeweils eigene Fach, Berufsverbände und Dachorganisationen als „Partner“ ein universelles Lese- und Kommentarrecht.

Ende des Berichtsjahres sind ca. 250 zu beteiligende Organisationen über das Verfahren, die erforderliche Zuarbeit sowie den individuellen Zugang zu WIKI-BÄK schriftlich informiert worden. Bis Ende April 2013 soll zu jeder Weiterbildungsbezeichnung ein konsentierter Vorschlag der Fachexperten auf der WIKI-Plattform vorliegen.

Aus den Rückläufen wird die Bundesärztekammer in den Monaten Mai bis Juni eine MWBO Version 1 als Gesamtprodukt erstellen. Den Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren Organisationen bleibt – nach Abschalten der Schreibrechte für die MWBO Version Null – das Lese- und Kommentarrecht auch nach dieser Abgabefrist erhalten. In einem nächsten Schritt werden Bundesärztekammer und Landesärztekammern in das weitere (kammerinterne) Konvergenzverfahren eintreten, um alle Vorschläge im Einzelnen zu diskutieren. Es ist geplant, die Novelle der MWBO nach Beratung in den zuständigen Ärztekammergremien dem Deutschen Ärztetag 2014 zur Verabschiedung vorzulegen.

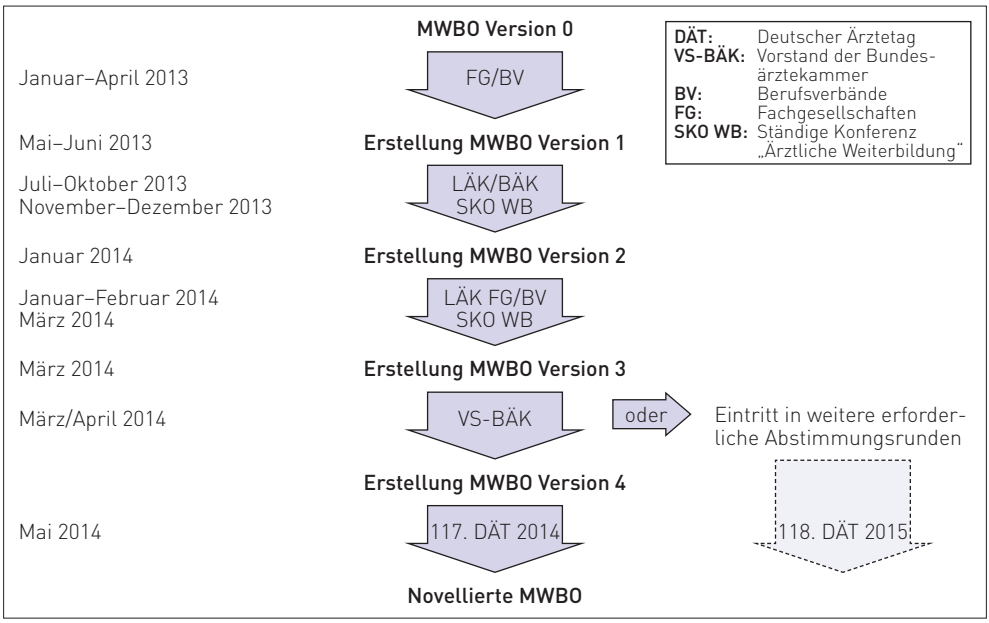


Abbildung 1: Zeitplan zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Beziehung zu Fachgesellschaften und Berufsverbänden

Aus den Erfahrungen mit der Umsetzung der MWBO 2003 und in Anbetracht des wissenschaftlich-technischen Fortschritts sowie der realen Versorgungsstrukturen hat sich bereits in den letzten Jahren ein relevanter fachlicher und berufspolitischer Änderungsbedarf für die MWBO ergeben. Daher wurden der Bundesärztekammer auch 2012 wieder kontinuierlich Vorschläge von Fachgesellschaften und Berufsverbänden für Anpassungen, Änderungen oder die Neuaufnahme von Weiterbildungsbezeichnungen eingereicht. Umfassende Änderungen und Hinweise, die erst weit nach Ablauf der definierten Rückmeldefrist eingegangen sind, konnten im Rahmen der letzten Überarbeitung der MWBO im Jahr 2010 zum Teil nicht berücksichtigt werden und sind auf Beschluss der Weiterbildungsgremien für die jetzige Strukturnovelle der MWBO vorgesehen. Im Zusammenhang mit den eingereichten Änderungswünschen oder strategischen Überlegungen zur Weiterbildung werden von den Fachexperten regelmäßig Gesprächswünsche an die Bundesärztekammer herangetragen. Im Berichtsjahr wurde eine Vielzahl an Gesprächsterminen zu Fragen der Weiterbildungsinhalte und -zeiten bestehender Weiterbildungsgänge sowie zur Neukonzeption von Zusatzbezeichnungen durchgeführt. Neben der Weiterentwicklung der Gebiete Innere Medizin und Chirurgie, ging es dabei u. a. um die Zukunft der Geriatrie sowie die Einführung und Ausgestaltung neuer Zusatz-Weiterbildungen in der MWBO, wie z. B. Transplantationsmedizin, Sexualmedizin sowie Interdisziplinäre Notaufnahme. Im letzten Drittel des Jahres mehrten sich Anfragen zum Verfahren der Novellierung der MWBO und zur kompetenzbasierten Gestaltung der Weiterbildungsinhalte sowie zu deren technischer Umsetzung auf der WIKI-Plattform.

Da in Zeiten des Ärztemangels auch zunehmend Weiterbildungsfragen auf der Tagesordnung bundesweiter Kongresse und weiterer Veranstaltungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände stehen, war die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr 2012 fast wöchentlich bei anfragenden Organisationen präsent, um Vorträge zu Weiterbildungsthemen bzw. zur Novellierung der MWBO zu halten.

2.2.2 Vereinheitlichung von Qualifikationen im Berufs- und Sozialrecht/ Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen

Seit Jahren und mit wachsender Intensität beklagen Fachärzte , die in die Niederlassung streben, dass die Qualifikation, die sie durch die Facharztprüfung erlangt haben, dort nur zum Teil anerkannt wird und durch gesonderten Nachweis im Rahmen von Qualitätsvereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung ergänzt werden muss. Die Ärztekammern haben sich dieses Anliegens angenommen und fordern seit langem, die berufs- und sozialrechtlichen Anforderungen an die ärztlichen Qualifikationen in Einklang zu bringen. Zuletzt hat der 115. Deutsche Ärztetag 2012 gefordert, dass sich Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verstärkt für eine Harmonisierung der berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben für Qualifikationsanforderungen einsetzen. Im Berichtsjahr 2012 hat sich der gemeinsam von der Bundesärztekammer und der KBV eingerichtete Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ mit der Harmonisierung bzw. besseren Abstimmung von Berufs- und Sozialrecht, insbesondere mit der Diskrepanz zwischen den Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und dem Weiterbildungsrecht befasst. Auch wenn vorangegangene Bemühungen um eine Angleichung der Vorgaben, z. B. im Zuge von Änderungen des SGB V, vorläufig nicht durchgesetzt werden konnten, haben Bundesärztekammer und KBV bekräftigt, die Interessen der Ärzteschaft noch wirksamer gegenüber der Politik zu vertreten.

In der anstehenden Novellierung der MWBO sieht der Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ eine gute Gelegenheit, der Auseinanderentwicklung von Sozial- und Weiterbildungsrecht durch stärkere Konzentration auf die fachlichen Kernkompetenzen sowie eine flexiblere Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung, auch im Hinblick auf veränderte Lebens- und Arbeitsentwürfe, insbesondere auf eine stärker ambulant ausgerichtete Versorgung, entgegenzuwirken. Für die KBV könnten über die neu strukturierte Weiterbildungsordnung mit Kompetenzlevel bestimmte Leistungen ggf. besser definiert und bestimmten Gebieten zugeordnet werden, als dies über Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V erreichbar ist. Bundesärztekammer und KBV haben vereinbart, durch eine engmaschige Abstimmung sowohl auf Arbeits- wie auch auf Entscheidungsebene künftig präventiv vorzugehen, um Verwerfungen zwischen Sozial- und Weiterbildungsrecht von vornherein zu vermeiden. In diesem Zusammenhang wurde eine Arbeitsgruppe „Sonografie“ eingerichtet, die sich zunächst mit dem Abgleich der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschalldiagnostik mit den entsprechenden Vorgaben der Weiterbildungsordnung befasst, um ggf. im Rahmen der Novellierung der MWBO Angleichungen von Richtzahlen vorzunehmen und in einem nächsten Schritt auch weitere relevante Qualitätssicherungsvereinbarungen mit der MWBO abzugleichen mit dem Ziel, die Richtzahlen zu vereinheitlichen.

2.2.3 Finanzierung der Weiterbildung und Stärkung der ambulanten Weiterbildung

Nach fester Etablierung des DRG-Systems finden in zunehmendem Maße Grundsatzdiskussionen über die Finanzierung der Weiterbildung statt. Anlass, über die Finanzierung der Weiterbildung erneut nachzudenken, war u. a. die Übernahme des DRG-Systems in der Schweiz, wo die Kantone die Finanzierung der Weiterbildung übernommen haben. Weitere Ländervergleiche ergeben ein uneinheitliches Bild, bieten aber insgesamt Anregungen für eine Überarbeitung des Finanzierungskonzepts der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland. Daraus entstand unter anderem die Idee, aus dem Gesundheitsfonds einen Strukturfonds für die Weiterbildung zu gründen. Mittels eines Modellprojekts auf Landesebene für die Gebiete Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin sollen erste Erfahrungen mit einem neuen Finanzierungskonzept gesammelt werden. Auch soll die ambulante Versorgungsebene stärker einbezogen werden.

Ärztliche Leistungen verlagern sich zunehmend in den ambulanten Sektor, was sich auf die Qualität der Weiterbildung auswirken kann, indem bestimmte Inhalte (fast) nur noch dort zu erlernen sind. In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sind ambulante und stationäre Bereiche bisher grundsätzlich gleichberechtigt. Praktisch stellt sich die Situation allerdings so dar, dass jenseits von Förderprogrammen wie in der Allgemeinmedizin ein Großteil der Weiterbildung im stationären Bereich stattfindet. Zur Begründung werden häufig die finanziellen Rahmenbedingungen genannt, die es Praxen erschweren, sich mehr in der Weiterbildung zu engagieren. Eine wesentliche Voraussetzung zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung kann daher die (Re-)Finanzierung der in der MWBO festgeschriebenen angemessenen Vergütung der Berufstätigkeit der weiterzubildenden Ärzte darstellen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat mehrere Anträge zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung verabschiedet bzw. an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Unter anderem wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom 115. Deutschen Ärztetag aufgefordert, gemeinsam mit den Krankenkassen und der Politik die erforderlichen finanziellen Voraussetzungen zu schaffen (DÄT-Drs. IV-14). Für die KBV haben obligate Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich in der MWBO einen berufspolitisch hohen Stellenwert. Eine Verankerung obligater Weiterbildungsabschnitte in der ambulanten Versorgung wird von den Weiterbildungsgremien allerdings abgelehnt, solange eine tarifgerechte Bezahlung der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte nicht sichergestellt ist.

Der Vorstand hat die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer gebeten, dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 ein Konzept zur ambulanten Weiterbildung vorzulegen. Zur Erarbeitung eines konkreten Vorschlags zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierungsthematik wurde eine dezernatsübergreifende Arbeitsgruppe „Ambulante Weiterbildung“ in der Bundesärztekammer eingerichtet.

2.2.4 Quereinstieg in die Allgemeinmedizin

Angesichts des drohenden Hausärztemangels und in Umsetzung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetags 2011 hatte der Vorstand der Bundesärztekammer im Oktober 2011 die Empfehlung für den „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin" als Handreichung für eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung in den Landesärztekammern beschlossen.

Als Quereinsteiger werden Fachärzte/innen anderer Gebiete der Patientenversorgung bezeichnet, die eine Facharztanerkennung im Gebiet Allgemeinmedizin anstreben und sich zu diesem Zwecke weiterbilden.

Mit dieser Empfehlung soll interessierten Fachärztinnen und -ärzten aufgezeigt werden, unter welchen Voraussetzungen der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin möglich ist. Für die Erlangung der Facharztanerkennung Allgemeinmedizin sind als Minimalanforderung die zu erfüllenden Weiterbildungsinhalte der Allgemeinmedizin ebenso nachzuweisen wie die 24 Monate ambulante Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung. Die Bundesärztekammer hat sich bei den Vertragspartnern der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung dafür erfolgreich eingesetzt, dass der Förderbeitrag auch für in Weiterbildung befindliche Quereinsteiger gezahlt wird.

Die Handreichung zum „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin" stellt eine Rahmenvorgabe für einen „abweichenden Weiterbildungsgang" dar, soll jedoch nicht Bestandteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) oder der Weiterbildungsordnungen (WBO) der Landesärztekammern werden. Für eine kritische Begleitung des Projektes ist die Maßnahme zeitlich bis zum 31.05.2015 befristet und wird jährlich evaluiert. Die Daten der Erhebung werden registriert, und die anonymisierten Ergebnisse dem Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2015 vorgestellt, um auf dieser Grundlage eine qualifizierte Entscheidung über Beendigung oder Fortführung des „Quereinstiegs" treffen zu können.

Nach einer Abfrage in den Landesärztekammern in Vorbereitung des 115. Deutschen Ärztetags 2012 lagen bis Ende Mai insgesamt 110 Anträge von Fachärztinnen und Fachärzten aus 13 von 17 Ärztekammern zum Quereinstieg in die Allgemeinmedizin vor. Dabei verfügt die Mehrzahl der antragstellenden Fachärzte bereits über eine Anerkennung in den Gebieten Anästhesiologie bzw. Chirurgie. Endgültige Zahlen, wie viele der Ärzte sich als Hausarzt tatsächlich niederlassen werden, liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vor.

2.2.5 Psychoonkologie

In Umsetzung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetags 2011 hat sich die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr intensiv mit den bestehenden und künftig von der Ärzteschaft zu etablierenden Qualifizierungsangeboten in der Psychoonkologie befasst. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen konkurrierender Verbände und Institutionen, wie z. B. der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), die Ärzte u. a. im Rahmen von lukrativen Zertifizierungsverfahren zu aufwendigen und teuren Kursen für Zusatzqualifika-

tionen in Psychoonkologie verpflichten, konnte die Bundesärztekammer insbesondere in Gesprächen mit der DKG verdeutlichen, dass der von Ärzten in Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbene Bestand an Wissen und Fertigkeiten im Rahmen der Anforderungen an eine Tätigkeit in zertifizierten onkologischen Organzentren angemessen zu berücksichtigen ist. Die DKG hat zugleich auch weiterhin ihr besonderes Interesse an einer stärkeren Berücksichtigung der Interdisziplinarität u. a. in der ärztlichen Weiterbildung sowie an multiprofessionellen Qualifizierungsangeboten betont.

Das von der DKG etablierte Zertifikat zur „Psychoonkologischen Kompetenz", welches durch Teilnahme an einem interdisziplinären Curriculum auch von nichtärztlichen Professionen erworben werden kann und unter Federführung nichtärztlicher Berufsgruppen, vor allem Psychologen, erfolgt, beinhaltet den Nachweis sowohl von interprofessioneller psychoonkologischer als auch von psychosozialer Kompetenz. Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass bereits mit der Weiterbildung erworbene (Teil-)Kompetenzen künftig anerkannt werden bzw. nicht vorhandene (Teil-)Kompetenzen im Rahmen ärztlicher Fortbildung ausgeglichen werden können, um dem Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft zu entsprechen.

Die Weiter- und Fortbildungsgremien der Bundesärztekammer haben sich wiederholt mit dem Thema befasst und sind zu der Auffassung gelangt, dass der Aufwand für die Ärzte am ehesten dadurch zu reduzieren ist und ihre bisher erworbene Aus- und Weiterbildung am besten geschützt werden kann, wenn darauf aufbauende differenzierte psychoonkologische Qualifizierungsangebote durch die Ärzteschaft selbst entwickelt werden. Dabei sind auch die Inhalte der 80 Kursstunden „Psychosomatische Grundversorgung", die einen Großteil psychoonkologischer Themen abdeckt, angemessen zu berücksichtigen. Derzeit werden maßgeschneiderte Fortbildungsblöcke entwickelt, um den Ärzten die Möglichkeit zu geben, auch Teilkompetenzen im Rahmen der ärztlichen Fortbildung zu erwerben. Die Abstimmungen mit der DKG werden 2013 fortgesetzt.

2.2.6 Kompetenzstärkung der wissenschaftlich begründeten Medizin in der Weiterbildung

Die Befragungen von Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugten im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung in den Jahren 2009 und 2011 haben kritische Ergebnisse im Fragenkomplex „Evidenzbasierte/wissenschaftlich begründete Medizin", insbesondere auch eine große Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, gezeigt. Als Konsequenz aus diesen Ergebnissen hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, dass die Bundesärztekammer aus bereits existierenden Fortbildungseinheiten ein niedrigschwelliges Blended-Learning-Konzept im Umfang von ca. 20 Stunden zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erarbeitet. Ziel dieser Maßnahme ist es, die vorhandenen Kompetenzen zu stärken, den Umgang mit wissenschaftlich begründeter Medizin im klinischen Alltag zu verbessern und Anreize für Befugte im Sinne von Train-the-Trainer-Programmen für die Anwendung in der Weiterbildung zu setzen. Das Konzept wird derzeit erstellt und soll vor einer bundesweiten Anwendung als Pilotprojekt in einzelnen Landesärztekammern erprobt werden.

2.2.7 Überarbeitung von (Muster-)Kursbüchern

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sind ca. 20 (Muster-)Kursbücher vorgesehen, die laufend bezüglich aktueller Vorgaben überprüft und angepasst werden müssen. So hat u. a. der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst" der Bundesärztekammer den Weiterbildungsgremien im Berichtsjahr eine Überarbeitung des (Muster-)Kursbuches Notfallmedizin vorgeschlagen. Nach mehrjähriger Erfahrung mit der 80-Stunden-Kurs-Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist eine inhaltliche Aktualisierung und Themengewichtung dringend erforderlich. Der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung" hat eine entsprechende Anpassung befürwortet. Die Vorbereitungen zur Neuauflage des (Muster-)Kursbuches werden im Jahr 2013 fortgesetzt.

2.2.8 Evaluation der Weiterbildung

Nach Vorliegen der Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde 2011 der Evaluation der Weiterbildung und deren Vorstellung in allen betroffenen Gremien auf Bundesebene wurde zu Beginn des Berichtsjahres eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern eingerichtet, um das Projekt nachzubereiten sowie parallel dazu eine Neukonzeption der Befragung vorzubereiten.

Im Rahmen der Nachbereitung wurden die Konsequenzen aus den Ergebnissen der Evaluation beraten und nachfolgende Handlungsoptionen mit den Landesärztekammern abgestimmt, um eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Weiterbildung anzuregen sowie den ärztlichen Nachwuchs für Tätigkeiten in der Patientenversorgung in Deutschland zu motivieren:

- Eintreten in einen strukturierten Dialog
- Aufzeigen von Best-Practice-Modellen
- Entwicklung von gegliederten Weiterbildungs-/Rotationsplänen
- Bildung von Verbund-Weiterbildungen (auch ambulant-stationär)
- Gestaltung der Weiterbildungsordnung (unnötige Anforderungen, überhöhte Richtzahlen)
- Entwicklung eines Mentorensystems (enge didaktische Begleitung, vor allem zu Beginn der Weiterbildung)
- Angebote von Train-the-Trainer-Programmen für Weiterbildungsbefugte
- Verbesserung der Rahmenbedingungen (u. a. Arbeitszeitmodelle)

In vielen Ärztekammern fand eine Identifikation besonders positiv und negativ bewerteter Weiterbildungsstätten statt, die zu gezielten Gesprächen und Workshops mit Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden, Visitationen von Einrichtungen sowie weiteren Maßnahmen wie z. B. Peer-Review-Verfahren und Train-the-Trainer-Programmen geführt haben.

Bei unzureichender Umsetzung der Weiterbildungsordnung in einzelnen Weiterbildungsstätten bieten die Landesärztekammern den Befugten bereits verschiedene unterstützende Maßnahmen an, um eine Verbesserung der Weiterbildung vor Ort zu erreichen. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hatte die Ärztekammern aufgefordert, Verstöße

gegen gesetzliche Regelungen, die bei der Evaluation der Weiterbildung zu Tage treten, zu überprüfen und konsequent auf eine Beendigung der Missstände hinzuwirken. Das Thema wurde von den Weiterbildungsgremien im Zusammenhang mit der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter intensiv beraten. Im Ergebnis hat die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" den Landesärztekammern empfohlen, eine ergänzende Formulierung zum Widerruf der Befugnis bei wiederholten Pflichtverletzungen des Befugten in den Weiterbildungsordnungen – angelehnt an die Bremer Weiterbildungsordnung – aufzunehmen und eine endgültige Fassung des entsprechenden § 7 Abs. 1 MWBO im Rahmen der Novellierung durch den Deutschen Ärztetag zu verabschieden.

Da sich die Evaluation der Weiterbildung nach den zwei Befragungsrunden bundesweit etabliert und sich zudem bereits eine Erwartungshaltung der an der Weiterbildung Beteiligten herausgebildet hat, war es nur konsequent, dass der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beschlossen hat, die Befragung zur Weiterbildungsqualität in veränderter Form fortzusetzen. Obwohl es im Rahmen des Projekts mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich zunächst von Vorteil schien, auf die Erfahrungen der Schweiz zurückzugreifen, hat sich bereits in der zweiten Befragung 2011 herausgestellt, dass sich aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen in beiden Ländern eine Anwendung des Schweizer Befragungskonzepts auf deutsche Verhältnisse zunehmend problematisch gestaltet. Der im Rahmen des Projekts mit der ETH Zürich geschlossene Vertrag endete am 31.12.2011.

Nach dem Deutschen Ärztetag 2012 hat sich die eingerichtete Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern der Aufgabe gewidmet, unter Beteiligung aller Ärztekammern ein maßgeschneidertes Befragungskonzept für Deutschland ohne Beteiligung der ETH Zürich zu entwickeln.

Nach intensiven Diskussionen der von einzelnen Ärztekammern eingebrachten Vorschläge wurden das dem Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Novembersitzung vorgelegte Erstkonzept angenommen und Vorgaben für die weitere Gestaltung der Evaluation beschlossen. Künftig soll der Fragebogen anstelle der bisherigen acht Dimensionen vier Kernthemen/Fragenkomplexe und möglichst eine reduzierte Anzahl von Einzelfragen enthalten sowie die Ergebnisdarstellung anstelle der Spinnengrafik in Form eines Ampelsystems erfolgen. Um auf dieser Grundlage einen neuen Fragebogen für die Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, und deren Weiterbildungsbefugte zu gestalten, sind alle Ärztekammern um Mitarbeit am Fragenkatalog gebeten worden. Nach Rücklauf der Vorschläge aus den Landesärztekammern soll Anfang 2013 in der Arbeitsgruppe ein entsprechender Fragebogen entwickelt werden, welcher durch einen Psychometriker/Statistiker zu prüfen sowie in einer Pilotuntersuchung zu testen ist.

Für das von einer Arbeitsgruppe des Arbeitskreises „Informationstechnologie" der Bundesärztekammer entwickelte Grobkonzept zur technischen Umsetzung einer bundesweiten Befragung hat der Vorstand die Nutzung von in den Landesärztekammern eingerichteten Mitgliederportalen empfohlen.

Unter Hinweis auf die geplante Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), die dem Deutschen Ärztetag 2014 vorgelegt werden soll, hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer für eine Durchführung der nächsten Befragung zur Evaluation der Weiterbildung im Jahr 2015 ausgesprochen. Die Arbeiten zur Neukonzeption der Eva-

luation der Weiterbildung werden anhand der Vorgaben im kommenden Jahr fortgeführt.

2.2.9 Auswirkungen der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen in Deutschland

Auch fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie 2005/36/EG gestaltet sich deren Anwendung in Bezug auf die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen in Europa im Einzelfall nicht selten problematisch. Trotz einer insgesamt deutlich vereinfachten Anerkennung von Facharztweiterbildungen im sogenannten automatischen System gemäß Anhang V der Richtlinie, wirken sich für die Landesärztekammern nicht korrekte Zuordnungen von Bezeichnungen anderer Mitgliedstaaten, veraltete oder obsolete Bezeichnungen oder die Doppelnotifizierung von verschiedenen Weiterbildungsgängen in einer Rubrik erschwerend auf die Bewertung vorgelegter Weiterbildungsnachweise aus. Im Berichtszeitraum wurde die Bundesärztekammer in vielen Fällen in die Klärung bestehender Zuordnungen eingebunden.

Noch schwieriger gestaltet sich allerdings die Anerkennung von Bezeichnungen nach dem sogenannten allgemeinen System mit individueller Überprüfung der Unterlagen migrationswilliger Ärzte und Feststellen der Gleichwertigkeit einer fachärztlichen Weiterbildung sowie ggf. Festlegung von Ausgleichsmaßnahmen, wie z. B. einer Eignungsprüfung (Defizitprüfung). Die Thematik ist regelmäßig Gegenstand der Diskussionen im Rahmen des jährlichen Erfahrungsaustausches mit den Mitarbeitern aus den Landesärztekammern, um schrittweise zu einer bundeseinheitlichen Handhabung zu gelangen.

2.2.10 Anerkennung österreichischer Facharztweiterbildungen

Bereits 2011 und erneut im Berichtsjahr wandte sich die Österreichische Ärztekammer an die Bundesärztekammer, um u. a. die Anerkennung österreichischer Additivfächer wie z. B. Nephrologie oder Gefäßchirurgie, die sich an eine dortige sechsjährige Weiterbildung in Innerer Medizin bzw. Chirurgie anschließen, in Deutschland durch die Schließung bilateraler Abkommen zu erleichtern. In Deutschland wird die österreichische Bezeichnung Innere Medizin oder Chirurgie im automatischen System ohne Probleme anerkannt. Schwierigkeiten bereitet jedoch die Anerkennung von Additivfächern, da diese österreichischen Titel ohne Prüfung erworben werden, nicht im Anhang V der EU-Richtlinie 2005/36/EG notifiziert sind und somit der Prüfung nach dem allgemeinen System der Richtlinie unterliegen. Aus der Sicht von Österreich werden die diesbezüglichen deutschen Verwaltungsvorgänge häufig als migrationsbehindernd angesehen.

Nach Aufarbeitung möglicher Handlungsoptionen sowie einer Umfrage in den Landesärztekammern zum Ansinnen der Österreichischen Ärztekammer wurde das Thema im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ beraten. Im Ergebnis wurde deutlich, dass sich bilaterale Vereinbarungen erübrigen, wenn die zur Diskussion stehenden Bezeichnungen in den Anhang V der EU-Richtlinie aufgenommen bzw. notifiziert würden. Bilaterale Vereinbarungen zur gegenseitigen Anerkennung fachärztlicher Weiterbildung sollten ausdrücklich begründete Ausnahmen bleiben.

Die Problematik der gegenseitigen Anerkennung von Facharztdiplomen in ausgewählten Spezialisierungen wird allerdings von Österreich weiter verfolgt und war auch Gegenstand der Beratungen in der Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ am Rande der diesjährigen Konsultativtagung.

Aktuell wird in Österreich erwogen, migrationswilligen Ärzten, die eine spezialisierte fachärztliche Weiterbildung in der Inneren Medizin oder Chirurgie in Österreich abgeleistet haben, zukünftig eine Prüfung in Österreich anzubieten, um auf diese Weise eine erleichterte Anerkennung der jeweiligen Spezialisierung in Deutschland und damit ggf. auch in Europa zu erreichen. Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer werden das Thema erst wieder aufgreifen, wenn die Österreichische Ärztekammer mit einem pragmatischen und justiziablen Lösungsvorschlag an die Bundesärztekammer herantritt. Auch erfolgte im Gegenzug bislang keine verbindliche Aussage der Österreichischen Ärztekammer zur Anerkennung deutscher spezialisierter Fachärzte in den Gebieten Innere Medizin oder Chirurgie in Österreich.

2.2.11 Notifizierung von fachärztlichen Bezeichnungen im Anhang V der EU-Richtlinie 2005/36/EG

Die Bundesärztekammer hatte bereits 2009 beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Änderung der für Deutschland im Anhang V der Richtlinie notifizierten Bezeichnungen gemäß der aktuellen Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beantragt und seitdem regelmäßig zum Sachstand nachgefragt. In den Landesärztekammern führen nicht aktualisierte Bezeichnungen, wie z. B. die Pneumologie (anstelle Innerer Medizin und Pneumologie) in der Rubrik Lungen- und Bronchialheilkunde, immer wieder zu bürokratischem Mehraufwand und damit auch zu Verzögerungen bei der Anerkennung und letztlich zu Unverständnis bei den migrationswilligen Ärzten. Das BMG hat nunmehr für Mitte 2013 eine Befassung mit dem Thema zugesagt.

Herzchirurgie

Die fehlende Rubrik Herzchirurgie in der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG stellt seit Jahren ein Problem dar, was aus deutscher Perspektive eine Migration unserer Fachärzte für Herzchirurgie ins Ausland beeinträchtigt. Die Thematik ist von der Bundesärztekammer wiederholt an die zuständigen Stellen auf nationaler wie europäischer Ebene herangetragen worden. Voraussetzung für die Aufnahme einer neuen Rubrik in den Anhang V der Richtlinie ist allerdings, dass ein Antrag bei der EU-Kommission die erforderliche Zwei-Fünftel-Mehrheit der Mitgliedstaaten erhält.

2012 hat Ungarn die Problematik aufgegriffen und die Aufnahme der Herzchirurgie als eigenständige Rubrik – zusätzlich zu den im Anhang V der Richtlinie bereits enthaltenen Rubriken Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie – bei der EU-Kommission beantragt. Der Antrag wird von deutscher Seite vollumfänglich unterstützt. Im Falle einer Rubrizierung der Herzchirurgie muss allerdings von der EU-Kommission geklärt werden, wie mit bereits notifizierten Doppelqualifikationen anderer Mitgliedstaaten, wie z. B. der von Großbritannien, in der Rubrik Thoraxchirurgie notifizierte Titel „Herz- und Thoraxchirurgie“ zu verfahren ist. Im Rahmen der Anwendung des automatischen Systems ist

hier gemäß den Grundsätzen der Berufsanerkennungsrichtlinie zukünftig eine eindeutige Zuordnung erforderlich. Die Stellungnahmen der Mitgliedstaaten zu dem Vorschlag Ungarns werden voraussichtlich in der nächsten EU-Sitzung zur Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen im ersten Quartal 2013 behandelt.

Labormedizin

Aus den Landesärztekammern erreichten die Bundesärztekammer in den letzten Jahren immer wieder Hinweise, die auf eine nicht korrekte Notifizierung der deutschen Bezeichnung Laboratoriumsmedizin in der Rubrik „Medizinische und chemische Labordiagnostik/Biological Chemistry" des Anhangs V der Richtlinie 2005/36/EG hindeuten. Auf eine Anfrage der Bundesärztekammer hatte sich die zuständige Fachgesellschaft zunächst für eine Doppelnotifikation der Bezeichnung in zwei verschiedenen Rubriken ausgesprochen und vorgeschlagen, die Bezeichnung ergänzend in der Rubrik „Medizinische Biologie/Clinical Biology" zu listen. Dem Wunsch der Fachexperten konnte nicht entsprochen werden, da die EU-Kommission aufgrund der negativen Erfahrungen mit nicht eindeutigen Zuordnungen keine Doppelnennungen von Bezeichnungen in verschiedenen Rubriken mehr zulassen will.

Im Berichtsjahr ist die maßgebliche Fachgesellschaft zusammen mit dem Berufsverband zu der Überzeugung gelangt, eine Korrektur der Listung der Laboratoriumsmedizin im Anhang V im Sinne einer Streichung des Titels in der Rubrik „Medizinische und chemische Labordiagnostik/Biological Chemistry" und eine Neuzuordnung unter „Medizinische Biologie/Clinical Biology" anzustreben. Hintergrund der Überlegungen ist die Tatsache, dass im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung bei derzeitiger Zuordnung Fachärzte aus dem Ausland nach Deutschland migrieren, die die Mikrobiologie als einen wesentlichen Bestandteil des Fachgebietes nicht abdecken. Das BMG wird das Votum der labormedizinischen Fachexperten zum Anlass zu nehmen, eine entsprechende Änderung der bisher erfolgten Zuordnung im Anhang V möglichst zeitnah bei der EU-Kommission zu erwirken.

2.2.12 Aktivitäten der Union Européenne des Médicins Spécialistes (UEMS)

Die UEMS versucht zunehmend auf die EU-Kommission Einfluss zu nehmen, eine europäische Vereinheitlichung der ärztlichen Weiterbildung und Facharztprüfung zu betreiben. Entsprechende Tendenzen, wie auch die Zertifizierung von Weiterbildungszentren nach den Richtlinien der UEMS, wurden wiederholt im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung" insbesondere unter den Aspekten Anfechtbarkeit und Transparenz der Prüfungsentscheidungen sowie finanzielle Interessen der UEMS thematisiert. Um den Bestrebungen der UEMS auch auf politischer Ebene entgegenzutreten, fanden im Berichtsjahr mehrere Spitzengespräche mit den deutschen Vertretern entsprechender Fachrichtungen in der UEMS statt, in denen u. a. die hoheitliche Zuständigkeit der Ärztekammern für die Weiterbildung immer wieder hervorgehoben wurde, um die nationalen Weiterbildungsordnungen gegenüber einer zentralistischen Regelung in Brüssel zu stärken.

2.2.13 Anerkennungsgesetz und Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO

In Folge des am 1. April 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz) ist es politischer Wille, die Anerkennungssystematik der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie über Regelungen in den Landes-Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzen (Landes-BQFG) oder direkt in den Heilberufe-Kammergesetzen auf alle Anerkennungsverfahren mit Auslandsbezug, d. h. auch auf in Drittstaaten erworbene Facharztqualifikationen, im Grundsatz zu übertragen.

Damit die Ärztekammern ihre Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Berufsausübungsregelungen behalten, hat sich die Mehrzahl der Ärztekammern für einen Ausbezug der Heilberufe in den Landes-BQFG bei den jeweiligen Landesbehörden und für eigene Regelungen über Anerkennungsverfahren direkt im Weiterbildungsrecht eingesetzt. Hierzu war es notwendig, den Landesärztekammern eine Vorlage für eine ggf. kurzfristige Anpassung ihres Satzungsrechts an die Hand zu geben sowie zeitnah Regelungen über Anerkennungsverfahren direkt in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu erarbeiten.

Gemäß Auftrag des Vorstands haben die Weiterbildungsgremien unter Einbezug der Rechtsberater der Landesärztekammern einen Entwurf zur Anpassung der §§ 18 und 19 MWBO an die gesetzlichen Vorgaben erstellt. In seiner Sitzung am 23./24.08.2012 hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, die erarbeiteten Formulierungsvorschläge im Rahmen des vereinbarten verkürzten Konvergenzverfahrens zwischen Bundesärztekammer und Landesärztekammern abzustimmen, um eine Änderung der §§ 18 und 19 MWBO ggf. schon auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 vornehmen zu können.

Die von den Landesärztekammern bis Ende Oktober 2012 eingegangenen Stellungnahmen wurden Ende 2012 einer Bewertung unterzogen und sollen im Rahmen einer Redaktionskonferenz Anfang 2013 mit den Verantwortlichen der Weiterbildungs- und Rechtsabteilungen der Landesärztekammern beraten und konsentiert werden, sodass ggf. eine abstimmungsfähige Fassung der §§ 18 und 19 MWBO dem nächsten Deutschen Ärztetag vorgelegt werden kann.

2.2.14 Leitfaden zum Umgang mit Anträgen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweisen

Von den zuständigen Mitarbeitern in den Landesärztekammern ist in den letzten Jahren wiederholt der Wunsch an die Bundesärztekammer herangetragen worden, einen Leitfaden für die Bearbeitung von Anerkennungsanträgen, insbesondere für den Umgang mit Anträgen, die im allgemeinen System nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG bearbeitet werden, zu erstellen. Diesem Anliegen ist die Bundesärztekammer im Berichtsjahr zusammen mit Vertretern aus den Landes- bzw. Bezirksärztekammern sowie der Rechtsabteilung und dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer nachgekommen und hat einen ersten Entwurf für einen „Leitfaden für den Bewertungsablauf von Anträgen (potenzieller) Kammerangehöriger auf Anerkennung eines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises“ entwickelt. Infolge des mit dem Inkrafttreten des Anerken-

nungsgesetzes einsetzenden Anpassungsdrucks auf das Weiterbildungsrecht und der erforderlichen Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO erschien es sinnvoll, in einem Leitfaden bereits die neuen gesetzlichen Vorgaben, d. h. auch die in Drittstaaten erworbenen Facharztqualifikationen, und deren – bislang allerdings noch nicht erfolgte – Umsetzung, in der MWBO zu berücksichtigen. Der Entwurf dieses Leitfadens wurde erstmals den mit der Weiterbildung befassten Mitarbeitern der Ärztekammern im Rahmen des Erfahrungsaustausches im September 2012 vorgestellt. Die Teilnehmer haben die Handreichung wegen ihrer Übersichtlichkeit und Hilfestellung für eine bundesweite einheitliche Anwendung des Anerkennungsgesetzes begrüßt. Zugleich wurde in Abhängigkeit von der bundesweiten Umsetzung der neugefassten §§ 18 und 19 MWBO die kontinuierliche Weiterentwicklung des Leitfadens angeregt. Es ist geplant, den derzeitigen Stand des Leitfadens im kommenden Jahr z. B. im Rahmen einer eintägigen Sondersitzung mit den in den Weiterbildungsabteilungen mit ausländischen Anerkennungen befassten Mitarbeitern vertiefend zu diskutieren.

2.2.15 Sachbearbeitertagung 2012

Im September 2012 hat die Bundesärztekammer zum wiederholten Mal eine Sachbearbeitertagung zu Fragen der Weiterbildung und deren Umsetzung in den Ländern organisiert und geleitet. In diesem Jahr war die Bundesärztekammer in Berlin Gastgeberin dieses Erfahrungsaustausches, zu der ca. 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weiterbildungsabteilungen zusammenkamen. Auf der Tagesordnung des ersten Tages standen europarechtliche und internationale Themen, neben Einzelfragen vor allem die Anwendung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG und des Binnenmarkt-Informationssystems (IMI) der EU-Kommission. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen des Anerkennungsgesetzes auf die Weiterbildung, die geplante Anpassung der §§ 18 und 19 MWBO sowie der Leitfadenentwurf zum Umgang mit Anträgen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweisen vorgestellt.

Den Schwerpunkt des zweiten Tags bildete eine Vielzahl an Einzelfragen zur Weiterbildung, die von den Teilnehmern im Vorfeld der Tagung bei der Geschäftsführung eingereicht wurden und die ihren Niederschlag in einer umfangreichen und weit greifenden Sammlung von Beratungs- und Berichtsthemen fanden. Der Informations- und Erfahrungsaustausch bei der Auslegung und Handhabung der Weiterbildungsordnung hat sich erneut bewährt und soll wunschgemäß in den kommenden Jahren – ggf. in leicht geänderter Form – weiter geführt werden. Das Thema der Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen gewinnt zunehmend an Bedeutung und nimmt auch in den jährlichen Sachbearbeitertagungen mehr und mehr Raum ein. Um die spezifisch mit dieser Thematik befassten Teilnehmer noch gezielter erreichen zu können, soll die Auslandsthematik zukünftig getrennt vom allgemeinen Erfahrungsaustausch in einer zusätzlichen Sonderveranstaltung durchgeführt werden.

2.3 Ärztliche Fortbildung

Fortbildung gehört zum Selbstverständnis des ärztlichen Berufsbildes und ist in der Berufsordnung und den Heilberufsgesetzen verankert. Darüber hinaus führte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 eine gesetzliche Pflicht für die Fortbildung von Fachärzten ein, die vorsieht, dass Fortbildungsaktivitäten dokumentiert und nachgewiesen werden müssen. Als Nachweis dient das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern, das erteilt wird, wenn ein Arzt 250 Fortbildungspunkte innerhalb eines Fünfjahreszyklus gesammelt hat.

Von den Kammern wurde ein Prozess für die Fortbildungsverwaltung und -dokumentation sowie ein elektronisches Verfahren zur Erfassung und Verteilung von Fortbildungspunkten (EIV) entwickelt. Das Verfahren lässt erkennen, dass sich Ärzte umfassend und stetig fortbilden und das Angebot anerkannter Fortbildungsmaßnahmen vielseitig und umfangreich ist.

Ziel der Kammern ist es, das Fortbildungsangebot so zu gestalten, dass es die Motivation des einzelnen Arztes zur Optimierung seiner Patientenversorgung anspricht, sein Wissen und Können sowie sein Verhalten und seine Haltung festigt und weiterentwickelt und im Ergebnis die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und optimiert.

Da sich das Vertrauen des Patienten gegenüber seinem Arzt wesentlich darauf gründet, dass seine medizinische Betreuung an aktuellem Fachwissen und Können ausgerichtet ist, sollten sich Zeitpunkt, Inhalt, Dauer und Art der Fortbildung an den Anforderungen der konkreten individuellen Patientenversorgung orientieren und vom einzelnen Arzt selbst bestimmt werden.

Ärztliche Fortbildung kann nur erfolgreich sein, wenn sie einerseits dem subjektiv empfundenen Bedürfnis des Arztes entspricht und andererseits objektive Bildungsziele aufgreift, die durch sich wandelnde Versorgungsaufgaben und den wissenschaftlichen Fortschritt entstehen.

Diesen Bedarf gilt es zu erkennen, um auf dessen Grundlage inhaltliche Schwerpunkte und methodisch effektive Maßnahmen für die ärztliche Fortbildung zu entwickeln und durchzuführen.

2.3.1 Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung ist ein ständiger Ausschuss der Bundesärztekammer. Er berät den Vorstand der Bundesärztekammer in allen Fragen der Fortbildung von Ärzten und widmet sich folgenden weiteren Aufgaben:

- Prüfen und Implementieren von Lehr- und Lernmethoden für die ärztliche Fortbildung
- Entwickeln, Evaluieren und Verbreiten von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der ärztlichen Fortbildung
- Setzen von Schwerpunkten für die Programmgestaltung der ärztlichen Fortbildung in Deutschland

- Prüfen von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und der Weiterentwicklung ärztlicher Präventions-, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Verbreitung der Erkenntnisse in einem interdisziplinären Forum für die Fortbildung
- Konzipieren und Durchführen von Veranstaltungen zu ausgewählten Fortbildungsthemen

Für die strategische Ausrichtung der Arbeit des Senats in der Wahlperiode 2011/2015 wurden von den Vorstandsmitgliedern darüber hinaus folgende Themenschwerpunkte identifiziert:

- eine stärkere Verzahnung von Fort- und Weiterbildung insbesondere im Hinblick auf die in Überarbeitung befindliche Weiterbildungsstruktur
- eine Erweiterung des Angebotes von berufsbegleitend durch Curricula zu erwerbende Qualifikationen
- Eruieren von praktikablen Methoden zur Überprüfung und Entwicklung von Kompetenzen (Assessment)
- verstärkter Einsatz von Peer Review
- Weiterentwicklung des Punktesystems in der Fortbildung, z. B. durch zusätzliche Qualitätskriterien unter Berücksichtigung der „Massenadministrabilität"
- Festigung und Ausbau der Methoden zur Bewertung von Fortbildungsangeboten in Grenzbereichen der Medizin
- stärkere systematische Förderung des Wissenstransfers in die Basis

Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) und Erprobung des sogenannten Konvergenzverfahrens

Im Berichtszeitraum gingen von den beteiligten Vertretern der Landesärztekammern weitere Änderungsvorschläge zur Überarbeitung der MFO ein und wurden von der zuständigen Arbeitsgruppe (AG) bearbeitet. Hierbei konnte auf die Unterstützung einer eigens einberufenen Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz der Rechtsberater zurückgegriffen werden. Eine überarbeitete Fassung der MFO wurde am 31.05.2012 im Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung und am 29.06.2012 im Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet.

Die neue Fassung beinhaltet vor allem die Einführung der neuen Kategorien für E-Learning bzw. Blended-Learning-Maßnahmen, die Implementierung des Peer Reviews als Fortbildungsmaßnahme, die Verankerung des Standortprinzips für die Zuständigkeit bei der Anerkennung, die Regelung der EIV-Nutzung zur Punktemeldung, die Präzisierung juristisch relevanter Sachverhalte sowie eine sprachliche Überarbeitung.

Darüber hinaus hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner gemeinsamen Sitzung mit den Vertretern der Geschäftsführungen der Landesärztekammern im Januar 2012 dafür ausgesprochen, das aus dem zweistufigen Normsetzungsverfahren hervorgegangene Konvergenzverfahren zur konsentierten Entscheidungsfindung bei der Überarbeitung der MFO zu erproben.

Das Konvergenzverfahren sieht vor, dass die Landesärztekammern (i. d. R. auf den Kammerversammlungen) die vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Fassung beraten und ggf. ihr Plazet für eine Verabschiedung auf dem Deutschen Ärztetag geben. Um das Konvergenzverfahren transparent für alle Beteiligten abzubilden, ist bei

der Bundesärztekammer ein Wiki[1] eingerichtet worden, in dem die Kammern ihre Beratungsergebnisse dokumentieren können. Ziel ist es, auf dem Deutschen Ärztetag 2013 eine weitestgehend vorab konsentierte Fassung der überarbeiteten MFO beschließen zu können.

Überarbeitung der „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung"

Neben der Fortbildungsordnung sind die „Empfehlungen für ärztliche Fortbildung" maßgebend sowohl für die Gestaltung als auch für die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen. Sie beschreiben das Wesen von guter Fortbildung, definieren Qualitätskriterien und geben Durchführungsempfehlungen vor.

Im Berichtszeitraum hat analog zur Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung eine Anpassung und Ergänzung der Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung stattgefunden, die zur Verabschiedung der MFO abgeschlossen werden soll. Für den Arbeitsprozess wurden eine AG gebildet und ein Wiki eingerichtet.

Zusätzliche Rahmenbedingungen für die Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene"

Die vom Vorstand der Bundessärztekammer am 18.11.2011 verabschiedete strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene" stellt eine befristete Übergangslösung dar, um den durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zusätzlich entstandenen Bedarf an Krankenhaushygienikern fristgerecht decken zu können.

Ziel muss sein, in den kommenden Jahren die Strukturen im Bereich der Krankenhaushygiene (ausreichend Lehrstühle, Ausbau von Instituten) so zu fördern, dass die Aufgaben des Krankenhaushygienikers künftig durch ausreichend verfügbare und in Krankenhaushygiene qualifizierte Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie wahrgenommen werden können. Nach Erreichen dieses Ziels soll die Übergangslösung auslaufen. Eine erste Überprüfung soll nach einem Zeitraum von fünf Jahren erfolgen.

Um den hohen Anforderungen an Kenntnissen und Fertigkeiten eines Krankenhaushygienikers gemäß KRINKO-Empfehlung auch mittels einer Fortbildungsmaßnahme in Form einer strukturierten curricularen Fortbildung gerecht werden zu können, wurde ein neuer Weg in der Gestaltung einer solche Maßnahme beschritten, der zusätzliche verbindliche Rahmenbedingungen für die Durchführung vorsieht. Diese Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum gemeinsam und einvernehmlich mit Vertretern der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sächsischen Landesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erarbeitet.

[1] Internetbasierte Plattform, die das gemeinsame Erarbeiten, Kommentieren und Konsentieren von Textdokumenten ermöglicht.

Die Rahmenbedingungen gestalten sich wie folgt:

Teilnahmevoraussetzung: Die Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme müssen eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt (diese Qualifikation muss einen Patientenbezug haben) oder eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen vorweisen können.

Anmerkung: Die Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt" kann bereits im Rahmen der Weiterbildungszeit erworben werden.

Einstieg: Die Teilnehmer absolvieren das Modul I des Curriculums und erwerben damit die Qualifikation eines „Hygienebeauftragten Arztes".

Verlauf: Die Teilnehmer „Krankenhaushygieniker in strukturierter curricularer Fortbildung" absolvieren die weiteren fünf Kursmodule des Curriculums. Sie übernehmen in einer Klinik (mindestens 50 Prozent einer Vollzeitstelle) die Tätigkeit als Hygienebeauftragter Arzt und erledigen die dort anfallenden Aufgaben für insgesamt 24 Monate. Im weiteren Verlauf müssen sich die Teilnehmer einen qualifizierten Supervisor suchen (Listen sind bei den Landesärztekammern und über Kursveranstalter zu erhalten) und praktische Erfahrungen nachweisen. Der Praxisbezug wird durch Fallkonferenzen mit dem qualifizierten Supervisor sowie Hospitationen hergestellt.

Während dieser Zeit findet regelmäßig (z. B. einmal monatlich) ein Treffen im Rahmen einer Fallkonferenz mit dem Supervisor statt. Das Treffen soll vorzugsweise persönlich und in Präsenz erfolgen, kann jedoch in Ausnahmefällen auch virtuell z. B. mittels eines elektronischen Konferenzsystems abgehalten werden. Bei dem Treffen werden praktische Fälle und Aufgaben der Krankenhaushygiene erarbeitet, besprochen und schriftlich dokumentiert. Die Dokumentation muss vom Fortzubildenden und vom Supervisor abgezeichnet werden. Es sind mindestens 20 Fallkonferenzen abzuhalten.

Des Weiteren werden im Verlauf des Curriculums folgende Hospitationen absolviert: im Bereich Krankenhaushygienisches Labor (eine Woche), im Bereich Öffentlicher Gesundheitsdienst (zwei Wochen), in der Klinikhygiene mit Begehung, Prozessbeobachtung und krankenhaushygienische-infektiologische Visite (vier Wochen).

Anforderungen an den qualifizierten Supervisor: Ein qualifizierter Supervisor muss über eine Facharztanerkennung für das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin oder für das Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie verfügen und aktuell und seit mindestens zwei Jahren sowie für die Dauer der Supervision auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene tätig sein. Ein Supervisor muss von der Landesärztekammer für seine Funktion im Rahmen der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene anerkannt sein.

Zeitliche Dauer: Alle Elemente der Fortbildungsmaßnahme (sechs Kursmodule, Fallkonferenzen, Hospitationen, Prüfung) umfassen einen Zeitraum von zwei Jahren.

Abschluss: Der Supervisor stellt dem Fortzubildenden ein Zeugnis aus; dieses reicht der Fortzubildende zusammen mit den Protokollen der Fallkonferenzen sowie der Bescheinigung des Arbeitsgebers über die Tätigkeit als Hygienebeauftragter Arzt in den vergangenen zwei Jahren bei der zuständigen Landesärztekammer ein. Es findet eine Prüfung vor der Landesärztekammer statt, sofern eine entsprechende Rechtsgrundlage vorliegt.

Die Bescheinigung der erfolgreich absolvierten strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“ erfolgt durch die Landesärztekammer. Danach ist es dem Fortgebildeten möglich, die in der KRINKO beschriebenen Aufgaben eines Krankenhaushygienikers wahrzunehmen.

Kursanbieter: Die Durchführung des Kurses „Krankenhaushygiene“ bedarf der Anerkennung durch die zuständige Landesärztekammer.

Strukturierte curriculare Fortbildung „Osteopathische Verfahren“

Nach ersten Beratungen mit Experten kam der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer im Konsens mit der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) zu der Auffassung, dass ein in manueller Medizin weitergebildeter Arzt (320 Std. inkl. 60 Std. Osteopathie) eine Qualifikation in osteopathischen Verfahren mit einer 80-stündigen strukturierten curricularen Fortbildung erwerben können soll. Vertreter der Osteopathie plädierten jedoch für ein umfangreicheres Curriculum. Dies sei notwendig, da die osteopathischen Verfahren hauptsächlich praktisch eingeübt werden müssten. Um einen zufriedenstellenden Kompromiss herbeiführen, wird man erneut prüfen, welcher Fortbildungsumfang letztendlich zum Führen eines Titels berechtigt. Ggf. soll aufbauend auf den 80-Stunden-Kurs ein weiteres Modul durchlaufen werden. Hierzu wurde von den Fachgesellschaften bis Ende 2012 ein Konzept erbeten.

Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 23./24.02.2012 auf Empfehlung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung der Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung „Hausärztliche Geriatrie“ zugestimmt.

Daraufhin fand am 14.05.2012 in der Bundesärztekammer ein Expertentreffen statt, bei dem ein Kurs im Umfang von 60 Stunden erarbeitet wurde. Die Kursmodule sollen separat absolviert werden können. Alle Module zusammen im Umfang von 60 Stunden stellen eine strukturierte curriculare Fortbildung dar und berechtigen zum Führen eines Titels. Um die interdisziplinäre Ausrichtung der Fortbildung zum Ausdruck zu bringen, wurde die Bezeichnung der Fortbildung in „Geriatrische Grundversorgung“ geändert.

Mit der Ausarbeitung des Kurses wurde auch dem Antrag des 115. Deutschen Ärztetages 2012 entsprochen (DÄT-Drs. VI-94 Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung).

Fortbildungscurriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer hat einer Überarbeitung bzw. Ergänzung des bestehenden Curriculums hinsichtlich des sogenannten Istanbul-Protokolls befürwortet und umgesetzt. Hintergrund ist, dass das Fehlen allgemeingültiger Richtlinien zur Dokumentation lange Zeit eines der größten Probleme bei der Prävention und Aufklärung von Foltervorfällen war. Erst 1999 wurden solche Standards unter dem Titel „Istanbul-Protokoll“ veröffentlicht. Bereits ein Jahr später wurde das Dokument von der UNO angenommen. Das Istanbul-Protokoll kann als Handbuch

zur wirksamen Untersuchung und Dokumentation von Folter genutzt werden. Es enthält Darstellungen der rechtlichen und ethischen Zusammenhänge, Hinweise zur Durchführung von Untersuchungen sowie umfangreiche Erläuterungen zu den medizinischen sowohl körperlichen als auch seelischen Folgen von Folter.

Fortbildungscurriculum „Medizinische Begutachtung"

Das Curriculum „Medizinische Begutachtung" war ursprünglich eine strukturierte curriculare Fortbildung und wurde in der Vergangenheit aufgrund der fehlenden fachspezifischen Module auf ein Curriculum zurückgestuft.

Im Berichtszeitraum wurde dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung eine überarbeitete und mit zusätzlichen Modulen ergänzte Version vorgelegt, mit dem Ziel, das Curriculum wieder in eine Strukturierte curriculare Fortbildung zu überführen. Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung befürwortet diesbezüglich eine Erprobung des überarbeiteten Curriculums.

Hierbei ist zu beachten, dass die Kompetenzen zur medizinischen Begutachtung bereits Bestandteil der Weiterbildung sind und somit jeder entsprechend weitergebildeter Facharzt Gutachten erstellen kann. Eine Fortbildung mit einem führbaren Titel darf daher nicht den Anschein erwecken, dass erst durch Absolvieren der Fortbildung einschlägige Kompetenzen erworben würden, und auch nicht dazu führen, dass das Curriculum zur Voraussetzung für eine Gutachtertätigkeit wird. Diese Fortbildung dient motivierten Ärzten lediglich zur Aktualisierung und Vertiefung ihrer bereits vorhandenen Kompetenzen.

Fortbildungscurriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung"

Das Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung" ist ein Blended-Learning-Curriculum, zu dem die Bundesärztekammer neben dem Curriculum auch begleitende Lernmaterialien für den Onlinekurs herausgibt. Diese im Berichtsjahr komplett überarbeiteten Lernmaterialien werden nach einem Review-Prozess den Landesärztekammern für die Kursdurchführung zur Verfügung gestellt.

Das Curriculum wurde zudem im November 2012 als eines der anerkannten Programme bei der Tabakentwöhnung in die Datenbank des Deutschen Krebsforschungszentrums (dkfz) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Anbieter von Entwöhnungsmaßnahmen aufgenommen.

Gemeinsam mit dem Aufbaumodul „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm" wurde das Curriculum vom GKV-Spitzenverband als eine geeignete Zusatzqualifikation für die Durchführung von Maßnahmen nach § 20 SGB V bewertet.

Peer Review als Fortbildungsmaßnahme

Im Berichtszeitraum sprach sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung für die Implementierung und Förderung von Peer Review als Fortbildungsmaßnahme aus. Hierunter ist ein externes, entwicklungsorientiertes Evaluationsverfahren zu verstehen, das Qualitätsentwicklung mit dem Konzept des Lebenslangen Lernens verbindet: Ein exter-

nes, unabhängiges Expertenteam, bestehend aus ca. drei bis fünf unabhängigen Ärzten (Peers), besucht eine Einrichtung und unterstützt diese bei ihren Bemühungen um nachhaltige Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung. Im Fokus stehen dabei die (selbst)kritische Reflexion des ärztlichen Handels und der Erkenntnisgewinn auf beiden Seiten. Peer Review besteht aus den drei Hauptphasen Selbstbewertung, Fremdbewertung und kollegialer Dialog vor Ort, bei dem die Peers und die besuchten Kollegen auf Grundlage der Bewertungsergebnisse Gute-Praxis-Beispiele austauschen, gemeinsam Verbesserungspotenziale erkennen und Lösungsvorschläge erarbeiten. Peers (in ihrer Funktion als Reviewer) sind Ärzte, die in derselben oder einer angrenzenden Fachdisziplin über eine vergleichbare spezifische professionelle Expertise verfügen und in einer externen Einrichtung eine ähnliche Position innehaben. Sie können eine Qualifizierung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Ärztliches Peer Review" nachweisen. Erste Erfahrungen zeigen, dass das Peer Review als qualitätssichernde Maßnahme in der Ärzteschaft auf große Akzeptanz stößt.

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung sprach sich für eine explizite Berücksichtigung von Peer Review in der Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung aus.

Qualifikation im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes

Die Wissenskontrollen und die Refresher-Kurse zur Erlangung der Qualifikationen zur Durchführung der fachgebundenen genetischen Beratung oder der vorgeburtlichen Risikoabklärung gemäß §§ 7 und 23 Gendiagnostikgesetz (GenDG) haben sich in nahezu allen Landesärztekammern etabliert und werden routinemäßig angeboten.

Im Berichtszeitraum wurde zusammen mit Vertretern der Fachgesellschaften der zentrale Fragenpool für die Wissenskontrollen der Qualifikationsmaßnahmen der Landesärztekammern weiter aufgestockt und in ihrer Qualität verbessert.

Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung für Krankenhausärzte

Im Berichtszeitraum konnte in einer Arbeitsgruppe des Unterausschusses Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses intensiv an der Überarbeitung der Regelungen zur Fortbildung von Fachärzten im Krankenhaus mitgewirkt werden. Im Resultat ist nun das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern als Nachweis in den Regelungen festgeschrieben. Des Weiteren erfolgte eine Änderung der obligatorischen Aufteilung von fachspezifischen und interdisziplinären Fortbildungen im Verhältnis von 150:100 Fortbildungspunkten in eine „überwiegend" fachspezifische Ausrichtung bei der Wahl der Fortbildungsmaßnahmen.

IT-Anwendung „Bundesweite Fortbildungssuche"

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung hat sich im Berichtszeitraum für das Angebot einer bundesweiten elektronischen Suche von anerkannten Fortbildungsmaßnahmen ausgesprochen. Die Kammern bieten so im Verbund ihren Mitgliedern einen nützlichen Service und signalisieren ihre gemeinsame Zuständigkeit und ihr Engagement für ärztliche Fortbildung in Deutschland.

Um einen möglichst niedrigschwelligen Einstieg für eine bundesweite Suche zu gewährleisten, entschied sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung für eine einfach umzusetzende Lösung (Stichwort- und Datenfeldsuche in EIV-Stammdaten mit Verlinkung auf LÄK-Webseite), die in der Landesärztekammer Hessen bereits im Wesentlichen vorhanden war und von dieser zur Verfügung gestellt werden konnte. Die Bundesweite Fortbildungssuche konnte nach einigen Anpassungsarbeiten im August 2012 gestartet werden. In den weiteren Monaten sollen nun Erfahrungen beim Betrieb dieser Lösung sowie das Nutzerverhalten bewertet werden. Fußend darauf wird der Senat die mittelfristige Realisierung einer Weiterentwicklung der Anwendung (Stichwort- und Datenfeldsuche in EIV-Stammdaten sowie in Detail- und Zusatzinfos mit Deep-Link auf LÄK-Webseite) prüfen.

Bewertung von Online-CME-Angeboten

Im Berichtszeitraum befasste sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung mit einer Arbeit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Evaluation von Online-CME-Anbietern. Die Arbeit dokumentiert Fälle, in denen Anbieter gegen ihre Selbstverpflichtung zur Einhaltung der von den Kammern zur Erlangung einer Anerkennung erlassenen Regelungen zur Qualität und Unabhängigkeit von wirtschaften Interessen verstoßen und ermöglicht so entsprechende Maßnahmen gegen ein solches Verhalten.

In diesem Zusammenhang befasste sich der Senat zudem mit einem Urteil des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen, das darlegt, dass es nicht Aufgabe der Kammern sein könne, solche Online-CME-Angebote im Detail zu prüfen. Vielmehr obliegt es im Sinne der Berufsordnung sowohl der Sorgfaltspflicht des wissenschaftlichen Leiters als auch des teilnehmenden Arztes, sich gegen nicht statthafte Angebote zu sperren bzw. Informationen nicht unkritisch aufzunehmen. Es wird hier eine Verteilung der Verantwortung gesehen, die Ärztekammern, wissenschaftliche Leiter und teilnehmende Ärzte gemeinsam wahrzunehmen haben.

Arbeitsgruppe „Fortbildungszertifikat“

Bei der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für das Fortbildungszertifikat kommt es immer wieder zu Situationen, in denen eine Anerkennung, z. B. aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Grundlage der Fortbildungsinhalte oder der fehlenden Produktneutralität, strittig ist oder neue Fortbildungsmethoden bzw. -inhalte bewertet werden müssen. Um in diesen Fällen ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, besteht beim Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung eine Clearingstelle. Diese koordiniert den kontinuierlichen Austausch aller Kammern zu uneindeutigen Fragestellungen und Sachverhalten des Fortbildungsgeschehens. Ergebnisse von Anfragen und Recherchen werden für die AG in einem gemeinsamen elektronischen Forum auf der internetbasierten Lernplattform MOODLE der Bundesärztekammer dokumentiert.

Arbeitsgruppe „Initiative eLearning“

Im Berichtszeitraum befasste sich die Arbeitsgruppe mit dem intensiven Austausch zu aktuellen eLearning-Aktivitäten ihrer Kammer bzw. Akademie, der Darstellung bzw. dem Eruieren interner und externer Kooperationsmöglichkeiten, dem Abstimmen des Vorgehens beim Entwickeln von Blended-Learning-Angeboten im Kammerverbund sowie der Anwendung der Qualitätskriterien eLearning in der Praxis. Die Arbeitsergebnisse der Initiative eLearning werden auf der internetbasierten Lernplattform MOODLE der Bundesärztekammer in einem elektronischen Forum für die Teilnehmer der Arbeitsgruppe dokumentiert.

2.3.2 Ständige Arbeitsgruppe „Weiterbildung und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen

Am 05.07.2012 tagte die Ständige Arbeitsgruppe „Weiterbildung und Fortbildung“ im Rahmen der 58. Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen in Kühlungsborn. Im Mittelpunkt der Sitzung, an der Vertreter der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, der Österreichischen und Südtiroler Ärztekammer sowie der Schweizer Ärzteschaft (FMH) teilnahmen, standen die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie, Erfahrungen mit der länderübergreifenden Weiterbildung, die Erleichterung der Migration von Ärzten zwischen Österreich und Deutschland sowie die Weiter- und Fortbildungsordnungen der Länder.

2.3.3 Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen

Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ ist die zentrale Fortbildungsveranstaltung der Bundesärztekammer und hat die Aufgabe, neue Erkenntnisse in der medizinischen Forschung zu vermitteln, die so weit als gesichert gelten, dass sie im Krankenhaus und in der Praxis angewandt werden können. Neue Erkenntnisse und Methoden sollen so schnellen Eingang in die ärztliche Praxis finden. Aber auch Verfahren, die schon längere Zeit genutzt werden, sollen immer wieder einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Weiteres Ziel neben den inhaltlichen Präsentationen ist die Vorstellung von vorbildhaften didaktischen Konzepten.

Die Fortbildungstagung wird in Abstimmung mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) durchgeführt. Die Themen werden von den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, den Fortbildungsbeauftragten der Landesärztekammern, den Gutachter- und Schlichtungsstellen sowie den Qualitätssicherungsgremien vorgeschlagen und vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer ausgewählt.

Die teilnehmenden überregionalen, regionalen und lokalen Fortbildungsbeauftragten sorgen als Multiplikatoren dafür, dass die behandelten Themen des Forums in ihren Programmen berücksichtigt werden und so eine starke Präsenz in der Fortbildungsland-

schaft finden. Da zudem viele Medizinjournalisten das Forum besuchen, wird darüber hinaus auch ein wirksames Medienecho in der Fachpresse erzielt.

Neben den Vorträgen der namhaften geladenen Referenten wird der von verantwortlichen Experten moderierten Diskussion mit dem Plenum ein großer Stellenwert eingeräumt.

Insbesondere sind nachfolgende Zielfragen zu beantworten, die – obwohl sie bereits mehr als zwanzig Jahre alt sind – nichts von ihrer Aktualität eingebüßt haben:

- Was ist neu?
- Was ist hiervon für die praktische Medizin wichtig?
- Ist Prävention möglich?
- Welche Methoden sind diagnostisch/therapeutisch obsolet?
- Welche alten Methoden sind zu Unrecht vergessen?
- Welche Fehler werden erfahrungsgemäß häufig gemacht?
- Möglichkeiten (Stand) der Qualitätssicherung?
- Über welche nicht praxisrelevanten neuen Entwicklungen muss der niedergelassene Arzt trotzdem informiert werden?
- Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der empfohlenen beziehungsweise verglichenen Diagnostik- und Therapieverfahren?
- Was muss dringend über die Fortbildung weitergegeben werden?

Folgende Themen wurden auf dem 36. Interdisziplinären Forum, das vom 2. bis 4. Februar 2012 in der Katholischen Akademie in Berlin stattfand, behandelt:

- Angsterkrankungen
- Umgang des Arztes mit Patientenwünschen
- Menschen mit Behinderungen als Patientinnen und Patienten
- Komplementäre und Alternative Therapieverfahren in der Onkologie
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Individualisierte Pharmakotherapie

Der Abendvortrag befasste sich mit dem Thema „Gesundheit und muslimisches Leben". Vortragende war Dr. phil. Necla Kelek, Berlin.

Die Dokumentation der Referate erfolgte in Form von Screencasts, in denen die PowerPoint-Folien zusammen mit den Audiokommentaren aufgezeichnet sind. Die Screencasts stehen interessierten Ärzten auf der Internetseite der Bundesärztekammer für Fortbildungszwecke zur Verfügung. Der neueste Stand zu praktisch anwendbaren Forschungsergebnissen findet so nachhaltig und in einer zeitgemäßen und effektiven Form Zugang in die Ärzteschaft.

Im Rahmen des 36. Interdisziplinären Forums 2012 fanden zudem der Workshop „Lernen und Mediennutzung im Wandel" sowie das Symposium „Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung und in der ärztlichen Fortbildung" statt.

Interprofessionelle Fortbildungstagung zur Förderung von Teilhabe und Lebensqualität der Parkinson-Patienten

Das Parkinson-Syndrom zählt zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. In Deutschland liegt die Prävalenz bei 100 bis 200 pro 100.000 Einwohner, ab dem 65. Lebensjahr steigt sie sprunghaft auf 1.800 pro 100.000 Einwohner an. Durch die Optimierung von Diagnostik und Therapie konnte in den letzten Jahren die Beschwerdesymptomatik verbessert und Spätkomplikationen hinausgezögert werden. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen der Parkinson-Patient in seinem häuslichen Umfeld und die Frage der Kooperation und Koordination der beteiligten Berufsgruppen, um gezielt seine Teilhabe und Lebensqualität zu verbessern.

Nach der guten Resonanz der Tagung zum Schlaganfallpatienten im Jahr 2010 wurde die Konzeption der von der Bundesärztekammer gemeinsam mit Vertretern der Fachberufe im Gesundheitswesen am 3. November 2012 in Berlin veranstalteten Tagung „Parkinson-Patienten – Förderung von Teilhabe und Lebensqualität durch effektive Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ beibehalten. Im Mittelpunkt der interprofessionellen Fortbildungstagung stand die Arbeit in moderierten Kleingruppen in Form von interprofessionellen Fallkonferenzen mit Simulationspatienten. An dem gemeinsamen Dialog waren Vertreter der Ärzteschaft (Allgemeinmedizin, Neurologie), medizinische Fachangestellte, Pflegepersonen, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Neuropsychologen, Logopäden, Orthoptisten, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten beteiligt.

Unter der Moderation von Dr. Anne Barzel, Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Hamburg, erfolgte der Einstieg in das Thema durch Vorträge aus der Perspektive der Spezialisten und ihre Ansätze bei der Behandlung von Parkinson-Patienten. Im Mittelpunkt stand hier der Hausarzt als Case Manager. Den Abschluss bildete ein Vortrag zur Schnittstelle zum Krankenhaus – der Parkinson-Patient im stationären Setting. Danach erfolgte die Arbeit in Kleingruppen: Nach dem Anamnesegespräch mit dem Simulationspatienten entwickelten die Teilnehmer gemeinsam ein Konzept zur Förderung der Teilhabe für diesen Patienten. Hierbei traten mögliche Schnittstellenproblematiken deutlich zutage, es wurden aber auch Wege aufgezeigt, wie sie überwunden werden können. Durch diese interprofessionellen Fallkonferenzen konnten die Teilnehmer für die Perspektive anderer Berufsgruppen sensibilisiert werden und Erkenntnisse zur Verbesserung des Behandlungsprozesses des Parkinson-Patienten erwerben.

Workshop „Lernen und Mediennutzung im Wandel“

Der Workshop fand am 27. und 28.02.2012 in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum eLearning der Charité statt und richtete sich an Personen, die in der ärztlichen Fortbildung tätig sind.

Ziel der zweitägigen Fortbildungsmaßnahme war es, den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, sich aktiv mit einem sich verändernden Kommunikations- und Informationsverhalten auseinanderzusetzen, das aus dem Einsatz neuer Technologien resultiert. Sie erweiterten dabei ihre Kenntnisse für die zukünftige Gestaltung von ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen.

Die Teilnehmer lernten die zurzeit wichtigsten sozialen Mediendienste (z. B. Facebook, Twitter) und Lernanwendungen (z. B. Smartphone Apps) kennen und erprobten deren praktischen Einsatz. Anhand konkreter Aufgabenstellungen lernten sie in aktiver Kleingruppenarbeit, neue Erfahrungen und neues Wissen anzuwenden und zu vertiefen.

Die gewonnen Erkenntnisse sollen zur stärkeren Berücksichtigung geeigneter Medienwerkzeuge bei der Unterstützung und Begleitung des individuellen Lernprozesses beitragen und so Impulse zur Förderung einer neuen Lernkultur in der ärztlichen Fortbildung setzen.

Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie"

In den vergangenen Jahren wurde ein tiefgreifender Veränderungsprozess des deutschen Gesundheitswesens in Gang gesetzt, der sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor betrifft. Damit Ärzte diesen Prozess aktiv mitgestalten können, sind Kenntnisse im Bereich der Ökonomie, des Managements und der ärztlichen Führung unabdingbar. Seit dem Jahr 2007 führt die Bundesärztekammer daher eine Fortbildungsreihe zum Thema „Medizin und Ökonomie" durch.

Das fünftägige Seminar wurde in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Dezernats 5 der Bundesärztekammer vom 24. bis 28.09.2012 durchgeführt. Als Dozenten und Referenten konnten namhafte Persönlichkeiten aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie sowie aus innovativen Unternehmungen im Versorgungssektor, Vertreter der Krankenkassen sowie des Vorstands der Bundesärztekammer und der wissenschaftlich-medizinischen Gesellschaften sowie der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschuss gewonnen werden.

Auf vielfachen Wunsch der Teilnehmer wird am 08. und 09.04.2013 zudem erneut ein Aufbaukurs zur Erweiterung des im Seminar erworbenen Wissens durchgeführt.

2.3.4 Koordination der Kursweiterbildung „Allgemeinmedizin" der Landesärztekammern

Das Treffen der Kursleiter „Allgemeinmedizin" dient dem gegenseitigen Austausch und der Diskussion inhaltlicher und didaktischer Fragen der allgemeinmedizinischen Weiterbildungskurse in den Bundesländern. Der Teilnehmerkreis befasste sich in seiner diesjährigen Sitzung am 12.09.2012 darüber hinaus u. a. mit weiterbildungsbegleitenden Kursangeboten und strukturierten Fortbildungen für Allgemeinmediziner als Angebot der Ärztekammern und Akademien, der Regelung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizinische Weiterbildung, der Abgrenzung des Kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin zur Kursweiterbildung, der Handhabung von Teilzeitanstellungen in der Weiterbildungszeit sowie mit Aktivitäten von organisierten Ärzten in der Weiterbildung.

2.3.5 Curricula und strukturierte curriculare Fortbildungen der Bundesärztekammer

Mit den von der Bundesärztekammer entwickelten Curricula können in Kursform vertiefende Kenntnisse erworben werden. In den Curricula sind die zu vermittelnden Lernziele und Inhalte (Themen) beschrieben, der zeitliche Umfang der Kurseinheiten festgelegt sowie Empfehlungen für die methodisch-didaktische Vorgehensweise definiert.

Folgende Curricula hat die Bundesärztekammer herausgegeben:

- Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“, 2005, Aktualisierung bezüglich des Istanbul-Protokolls 2012
- Curriculum „Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen im Sozialen Entschädigungsrecht“, 2009
- Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“, 2. Auflage, 2009
- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, 2. Auflage, 2008
- Curriculum „Organspende“, 2008
- Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“, 2008

Die sogenannte Strukturierte curriculare Fortbildung der Bundesärztekammer ist eine zusätzliche Maßnahme zum Kompetenzerhalt und zur Kompetenzentwicklung, die sich zwischen der Weiterbildung und einzelnen Fortbildungen positioniert. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Qualifikationsmaßnahme, die im Rahmen eines theoretischen Kurses (evtl. ergänzt um Praxisanteile) berufsbegleitend vermittelt wird. Die durch eine strukturierte curriculare Fortbildung erworbenen Qualifikationen sind nach § 27 Abs. 4 Nr. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO) grundsätzlich anzeigefähig. Jedoch dürfen diese Qualifikationen nur angekündigt werden, wenn die Angaben nicht mit den nach geregeltem Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können und der Arzt diese Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt (vgl. § 27 Abs. 4 und 5 MBO).

Folgende Curricula wurden als strukturierte curriculare Fortbildungen verabschiedet:

- Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“, 2012
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“, 2011, inkl. Ergänzende Rahmenbedingungen zur Strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene in der Fassung vom 19.10.2012
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“, 2011
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Herzschrittmachertherapie“, 2. Auflage, 2008
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Gesundheitsförderung und Prävention“, 2008
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Ernährungsmedizin“, 2. Auflage, 2007
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Umweltmedizin“, 2006
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, 2004

Weitere Curricula mit unmittelbarem Bezug zur Qualitätssicherung sind im Kapitel 4.4.4 beschrieben.

2.3.6 Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung

Eine Übersicht der Themen und Inhalte ist auf der Homepage der Bundesärztekammer unter www.baek.de abrufbar.

Im Berichtsjahr wurde die Produktion von Screencasts zu Fortbildungs- und Informationszwecken weitergeführt. Mitschnitte von Veranstaltungen sind auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar und können zu Fortbildungszwecken z. B. in Blended-Learning-Settings genutzt werden.

2.4 Europäische und internationale Aspekte der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

2.4.1 EU-Berufsanerkennung

Die EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen erleichtert die Migration von Ärztinnen und Ärzten zwischen den EU-Mitgliedstaaten[1], indem sie die Voraussetzungen zur zeitweiligen oder dauerhaften Ausübung des Berufes in anderen Ländern der Europäischen Union regelt. Die Umsetzung der Richtlinie in Deutschland wurde im Dezember 2007 in einem entsprechenden Gesetz eingeleitet.

Im Jahre 2010 wurde mit der Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie begonnen. Zunächst wurde anhand nationaler Erfahrungsberichte der Überarbeitungsbedarf der Richtlinie bestimmt. Im Folgejahr führte die Europäische Kommission eine öffentliche Konsultation durch, gefolgt durch die Veröffentlichung des Grünbuchs „Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen". Im Dezember 2011 schließlich veröffentlichte die Kommission auf Basis der Vorarbeiten einen Vorschlag zur Überarbeitung der bestehenden Richtlinie.

Der Vorschlag sieht keine vollständige Revision, sondern eine Anpassung der bestehenden Richtlinie vor, um die Migration von Berufstätigen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Dennoch enthält der Vorschlag der Kommission Elemente mit potenziell einschneidenden Konsequenzen für die Arbeit der Landesärztekammern.

Als Neuerung sieht der Richtlinienvorschlag u. a. die Einführung eines Berufsausweises vor. Dieser soll die Migration von Berufstätigen innerhalb Europas vereinfachen, indem die zuständigen Behörden unter Nutzung des Binnenmarktinformationssystems (Internal Market Information System – IMI) die für die Anerkennung von Berufsqualifikationen notwendigen Dokumente schnell und sicher untereinander austauschen können. Mit der Einführung des Berufsausweises soll eine Verkürzung der Bearbeitungsfristen einhergehen. Das Prinzip eines Teilberufszugangs soll durch die Richtlinie rechtlich normiert werden. Schließlich ist im Richtlinienentwurf vorgesehen, das IMI um eine Vorwarnfunktion zu erweitern, die z. B. für Antragsteller genutzt werden soll, die trotz

[1] Ohne ausdrücklichen Hinweis beinhaltet der Begriff „EU-Mitgliedstaat" im Kontext der Migration in der Folge auch die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und die Schweiz.

Entzugs der Approbation in einem anderen Mitgliedstaat der EU um den Berufszugang ersuchen.

Im Berichtsjahr wurde der Überarbeitung der Berufsanerkennungsrichtlinie seitens der Bundesärztekammer besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf die Veröffentlichung des Richtlinienvorschlags durch die Kommission hat die Bundesärztekammer reagiert, indem zeitnah eine Position der deutschen Ärzteschaft nebst Änderungsvorschlägen formuliert wurde. Diese Stellungnahme, die durch die Rechtsabteilung, das Dezernat 2 und den Auslandsdienst der Bundesärztekammer gemeinsam vorbereitet wurde, geht auf die im Richtlinienvorschlag vorgesehenen Neuerungen direkt ein. Die Absicht der Kommission, durch eine Überarbeitung der Richtlinie eine Beschleunigung und Vereinfachung der Anerkennungsverfahren herbeizuführen und auf diese Weise zur Mobilität der Berufstätigen in Europa beizutragen, stößt grundsätzlich auf Zustimmung. Gleichwohl schlägt die Bundesärztekammer Änderungen an einzelnen Artikeln der Richtlinie vor. Insbesondere die Verkürzung der Bearbeitungsfristen wird dabei beanstandet. Die Bundesärztekammer fordert in ihrer Stellungnahme zudem, dass die Zuständigkeit für die Anerkennung von Berufsqualifikationen allein bei der zuständigen Behörde des Zielmitgliedstaates zu liegen habe. Das Prinzip eines Teilzugangs, den der Kommissionsvorschlag grundsätzlich auch für den Arztberuf vorsieht, wird abgelehnt. Auch die Absicht, durch europäische Ausbildungsrahmen bzw. Prüfungen den Weg für Parallelstrukturen in der Weiterbildung zu bereiten, wird durch die Bundesärztekammer mit Skepsis beobachtet. Schließlich wird auch die im Richtlinienvorschlag vorgesehene, extensive Nutzung delegierter Rechtsakte kritisiert. Durch delegierte Rechtsakte, die das bislang praktizierte Komitologieverfahren ersetzen sollen, werden der Kommission Durchführungsbefugnisse übertragen. In ihrer Stellungnahme bzw. den Änderungsvorschlägen beanstandet die Bundesärztekammer die im Richtlinienentwurf vorgesehene Quantität und Qualität delegierter Rechtsakte.

Nach Veröffentlichung des Richtlinienvorschlags durch die Kommission sind am ordentlichen Gesetzgebungsverfahren der EU mit Europäischem Parlament und Ministerrat zwei zusätzliche Akteure beteiligt. Aufgrund dieses für die EU spezifischen Gesetzgebungsverfahrens sind die Interessen der deutschen Ärzteschaft zugleich auf europäischer Ebene gegenüber dem Europäischen Parlament und auf nationaler Ebene gegenüber den Fachministerien zu vertreten, die ihre Experten in die zuständigen Arbeitsgruppen des Ministerrates entsenden. Auf europäischer Ebene konzentrierten sich die Aktivitäten der Bundesärztekammer im Berichtsjahr auf die Kommunikation gegenüber den Mitgliedern des Europäischen Parlaments. Über das Brüsseler Büro der deutschen Ärzteschaft wurde die Position der Bundesärztekammer den Mitgliedern der im Europäischen Parlament zuständigen Ausschüsse zugänglich gemacht.

Die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie wird auch im Rahmen des Arbeitskreises „Europa“ im Bundesverband der Freien Berufe (BFB) beraten, in dem die Bundesärztekammer durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Auslandsdienstes und der Rechtsabteilung vertreten ist. Gemeinsam mit anderen freien Berufen wurden im Berichtsjahr eine Stellungnahme zum Richtlinienvorschlag und die Änderungsanträge des Europäischen Parlaments formuliert. Zudem waren die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie und die Zukunft der freien Berufe Gegenstand einer Veranstaltung, die durch die Bundesärztekammer, den BFB und die Bundeszahnärztekammer im Juni 2012 in Brüssel ausgerichtet wurde. Die Anwesenheit zahlreicher Mitglieder des

Europäischen Parlaments sowie von Mitarbeitern des zuständigen Referats „Freizügigkeit von Fachkräften“ in der Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen der Europäischen Kommission verdeutlicht, dass die Position der deutschen Ärzteschaft zum Richtlinienvorschlag mit großem Interesse wahrgenommen wird.

Ein zentrales Element der Vermittlung politischer Positionen auf europäischer Ebene ist die Mitwirkung in Gremien. Die Position der deutschen Ärzteschaft konnte durch die intensive Vor- und Mitarbeit des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer zum einen in die Arbeitsgruppe Berufsanerkennung und den Vorstand des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) (siehe Kapitel 1.3.5) sowie im informellen Netzwerk der für die Anerkennung von Ärztinnen und Ärzten zuständigen Behörden (siehe Kapitel 2.4.2) eingebracht werden. Angesichts der Unterschiede, die zwischen den Mitgliedstaaten Europas bezüglich der Anerkennung von Berufsqualifikationen bestehen, spiegeln Stellungnahmen, die in größeren Gremien konsensuell erarbeitet werden, in der Regel den kleinsten gemeinsamen Nenner wider. Der Bundesärztekammer ist es gleichwohl gelungen, die wesentlichen Änderungsvorschläge ihrer Stellungnahme in beiden Gremien zu replizieren. Die kontinuierliche Arbeit beider Gremien zeigt Wirkung, da sie durch Mitglieder des Europäischen Parlaments ebenso wie durch Mitarbeiter der zuständigen Generaldirektion der Kommission regelmäßig für einen fachlichen Austausch gesucht werden.

Neben der Interessenvertretung gegenüber den Akteuren auf europäischer Ebene bildet die Kommunikation auf nationaler Ebene ein weiteres konstituierendes Element in der Strategie der Bundesärztekammer, für ihre Position zur Modernisierung der Richtlinie Gehör zu finden. Dabei richten sich die Aktivitäten gleichermaßen an die Entscheidungsträger in den Parlamenten und Bundesministerien.

Durch die enge Zusammenarbeit der Bundesärztekammer mit anderen Verbänden im Gesundheitssektor konnte die Aufmerksamkeit politischer Entscheidungsträger auf Bundesebene auf spezielle Aspekte der Richtlinienmodernisierung gelenkt werden. Auf Grundlage der durch die Bundesärztekammer erstellten Stellungnahme wurde durch die Rechtsabteilung ein gemeinsames Vorgehen mit der Bundeszahnärztekammer, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verabredet. Durch die in Kammern verfassten Gesundheitsberufe wurde im Mai, Oktober und Dezember zum Richtlinienentwurf Stellung bezogen und Änderungsvorschläge vorgestellt, die bei den politischen Entscheidungsträgern auf nationaler und europäischer Ebene auf besonderes Interesse gestoßen sind. Die Fortsetzung der Zusammenarbeit ist auch für das Jahr 2013 verabredet.

Kontrovers diskutiert wurde auf Ebene der Mitgliedstaaten die im Richtlinienentwurf vorgesehene Anhebung der Mindestvoraussetzungen für die Ausbildung zur Krankenpflegekraft oder Hebamme von zehn auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung. Durch eine Anhebung werden erhebliche Konsequenzen für den Arbeitsmarkt der pflegenden Fachkräfte erwartet und der bereits bestehende Fachkräftemangel würde weiter verschärft. Gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste sowie der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene formulierte die Bundesärztekammer im Mai des Berichtsjahres daher einen Appell, dass die Möglichkeit, die Ausbildung zur Krankenpflegekraft oder Hebamme nach zehn Jahren allgemeiner Schulausbildung zu beginnen, erhalten bleiben müsse.

Schließlich wurde im Berichtsjahr auch mit dem zuständigen Fachministerium auf Bundesebene der Austausch gesucht. Dazu war die Bundesärztekammer, vertreten durch den Auslandsdienst und die Rechtsabteilung, im Juni 2012 zu Gast im zuständigen Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), wo mit der Leitung des Referats EU-Binnenmarkt die Position der Bundesärztekammer erläutert wurde.

Aufgrund der zahlreichen Änderungsanträge, die seitens der zuständigen Ausschüsse des Europäischen Parlaments zum Richtlinienvorschlag eingebracht worden sind, ist der ursprünglich vorgesehene Zeitplan, die Überarbeitung der Richtlinie bis zum Jahresende 2012 abzuschließen, nicht einzuhalten. Erst im Frühjahr 2013 ist mit einer Positionierung des Europäischen Parlaments und des Ministerrats zu rechnen, die für die anschließenden Verhandlungen dieser Akteure zu einem Richtlinienkompromiss die Grundlage bilden. Sollte es gelingen, bereits in erster Lesung eine Einigung zwischen Europäischem Parlament und Ministerrat zu erreichen, würde die neue Richtlinie bereits im Jahr 2013 in Kraft treten können und den Mitgliedstaaten zwei Jahre zur Umsetzung in nationales Recht bleiben.

Die Bundesärztekammer wird den weiteren Weg der Gesetzgebung und im gegebenen Fall auch den Prozess der Umsetzung in Deutschland begleiten. Besonderes Augenmerk wird dabei einerseits der Nutzung eines Berufsausweises in Verbindung mit verkürzten Bearbeitungsfristen und der Nutzung des IMI, andererseits der im Richtlinienvorschlag vorgesehenen extensiven Nutzung delegierter Rechtsakte gelten.

2.4.2 Informelles Netzwerk zuständiger Behörden

Im Zuge der 2010 begonnenen Evaluierung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen hatte die Europäische Kommission Netzwerke ins Leben gerufen, welche die für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständigen nationalen Behörden in den Sektorberufen umfassten. Aufgabe der Netzwerke war die Erstellung von nationalen Erfahrungsberichten, anhand derer die Kommission den Überarbeitungsbedarf der Richtlinie bemessen wollte. Die Bundesärztekammer, die im Netzwerk für Ärzte durch ihren Auslandsdienst vertreten ist, hatte in diesem Rahmen an der Ausarbeitung eines nationalen Erfahrungsberichts in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern maßgeblich mitgewirkt.

Das Netzwerk hat sich seither als geeignetes Forum für den Austausch von Informationen und Erfahrungen hinsichtlich der Aus-, Weiter- und Fortbildung bzw. der Anerkennung von Berufsqualifikationen in den beteiligten Mitgliedstaaten der EU erwiesen. Aus diesem Grund setzte das Netzwerk seine Arbeit im Berichtszeitraum fort, obwohl das von der Kommission erteilte Mandat mit Fertigstellung des Erfahrungsberichts abgelaufen war.

Als Reaktion auf den im Dezember 2011 veröffentlichten Richtlinienentwurf der Kommission wurde durch die Teilnehmer des Netzwerks im Berichtsjahr zunächst eine gemeinsame Position erarbeitet. Auf einem Treffen, das auf Einladung des italienischen Gesundheitsministeriums im Januar 2012 in Rom abgehalten wurde, konnte dazu ein Positionspapier formuliert werden, das zu den wichtigsten Änderungen des Richtlinienvorschlags Stellung bezieht. Analog zur Stellungnahme der Bundesärztekammer verdeutlicht das in Rom vereinbarte Papier zwar Zustimmung zum Ziel der Kommission,

die Migration von Berufstätigen zu vereinfachen, teilweise deutliche Kritik gilt dabei jedoch den durch die Kommission zur Zielerreichung vorgeschlagenen Instrumenten. In dem in Rom erarbeiteten und durch 24 zuständige Behörden Europas getragenen gemeinsamen Papier positioniert sich das Netzwerk zur Einführung eines Berufsausweises und die einhergehende Verkürzung der Bearbeitungsfristen, zur Erweiterung des IMI um eine Vorwarnfunktion sowie zu Fragen des Teilzugangs und der Sprachkompetenzen. Konkrete Änderungsvorschläge wurden bei einem Folgetreffen des Netzwerks verabschiedet, das im April in London abgehalten wurde. Auf Basis der Beschlüsse von Rom konnte auf die Kritikpunkte des Netzwerks am Richtlinienvorschlag eine Liste von Änderungsvorschlägen erarbeitet werden, die von 20 zuständigen Behörden unterstützt wird. Seither hat das Netzwerk erfolgreich den Austausch mit den Mitgliedern der zuständigen Ausschüsse im Europäischen Parlament gesucht, um die Änderungsvorschläge im Gespräch vorzustellen. Im September wurde durch das Netzwerk eine Informationsveranstaltung im Europäischen Parlament durchgeführt, zu der ausdrücklich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen Europaparlamentarier eingeladen waren, die an der Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie in den Ausschüssen direkt beteiligt waren. Im Rahmen dieser Informationsveranstaltung wurden der Ablauf eines Verfahrens zur Anerkennung von Berufsqualifikationen erläutert und anhand dieser Darstellung potenzielle Konflikte durch die Neuerungen des Richtlinienvorschlags aufgezeigt. Die hohe Teilnehmerzahl und die angeregte Diskussion im Anschluss an die Informationsveranstaltung verdeutlichen das Interesse an der Position der zuständigen Behörden zur Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie. Die Mitglieder des Europäischen Parlaments sind für Argumente und Anregungen grundsätzlich offen, somit steht diese Institution im Zentrum der Aktivitäten des Netzwerks. Das Positionspapier und die Änderungsanträge wurden zudem den Ständigen Vertretungen der Mitgliedstaaten zugeleitet und damit dem Ministerrat zugänglich gemacht.

Neben der Positionierung des Netzwerks zum Richtlinienvorschlag wurde im Berichtsjahr auch über die Zukunft des Netzwerks beraten. Ein weiteres Treffen in Larnaka auf Zypern wurde genutzt, um neben dem strategischen Vorgehen bei der Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie auch mögliche Projekte zu beraten, die das Netzwerk nach Abschluss der Richtlinienmodernisierung unternehmen könnte. Die bestehenden Strukturen, die einen gezielten Informationsaustausch zwischen den zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten ebenso ermöglichen wie die gezielte Positionierung der zuständigen Behörden in politischen Fragen, sollen dazu auch zukünftig genutzt werden. Im Berichtsjahr ist das Informationsangebot des Netzwerks um einen Internetauftritt erweitert worden, der den Teilnehmern den gezielten Zugriff auf Informationen ermöglicht. Als zukünftige Projekte wurden in Larnaka unter anderem eine Erfassung der Systeme der Weiter- und Fortbildung in den Teilnehmerstaaten des Netzwerks genannt.

Wenngleich der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem französischen Conseil National de l'Ordre des Médicins (CNOM) und dem britischen General Medical Council (GMC) durch die Kommission eine Steuerungsfunktion zugewiesen wurde, profitierte das Netzwerk bislang von seinem informellen Charakter. Es gilt daher, das Informelle zu erhalten und zugleich seine Selbständigkeit gegenüber der Kommission zu verdeutlichen. Im kommenden Jahr sollen Vereinbarungen von Larnaka umgesetzt werden. So soll etwa die Gruppe der Koordinatoren um die zuständige Behörde aus dem Land der Ratspräsidentschaft erweitert werden. Das nächste Treffen des Netzwerks wird anlässlich der Ratspräsidentschaft im Frühjahr 2013 in Irland stattfinden.

2.4.3 Anerkennung der Weiterbildung in Europa

Angesichts der wachsenden Bedeutung der Migration innerhalb der EU und der vereinfachten Berufsanerkennung infolge der Richtlinie 2005/36/EG nahm die Zahl telefonischer oder elektronischer Anfragen, die den Auslandsdienst von Ärztinnen und Ärzten im Jahre 2012 erreichten, zu. Die Bundesärztekammer hat sich hierbei auf nationaler und internationaler Ebene als kompetenter Ansprechpartner bei Fragen zur Umsetzungs- bzw. Anwendungspraxis der Richtlinie 2005/36/EG, aber auch zu allgemeinen Migrationsangelegenheiten, Aus- und Weiterbildung sowie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen etabliert.

In Fragen der Berufsanerkennung und Evaluierung von ärztlichen Befähigungsnachweisen besteht ein reger und kontinuierlicher Austausch mit den zuständigen Stellen auf nationaler Ebene. In Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern konnten qualifizierte Empfehlungen bei der Beurteilung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen abgegeben werden. Ein intensiver Austausch besteht zwischen dem Auslandsdienst, dem Dezernat 2 und der Rechtsabteilung zu Fallkonstellationen zur Berufsanerkennung. Im August 2012 erstellte eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Dezernats 2 gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Auslandsdienstes und der Rechtsabteilung sowie der Weiterbildungsabteilungen einiger Landesärztekammern einen Entwurf für einen „Leitfaden für den Bewertungsablauf von Anträgen potenzieller Kammerangehöriger auf Anerkennung eines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises“. Dieser Entwurf berücksichtigt die Vorgaben des seit dem 1. April 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (kurz: „Anerkennungsgesetz“) und wurde im September 2012 im Rahmen des Erfahrungsaustausches der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern vorgestellt.

Im Berichtsjahr erreichten den Auslandsdienst zahlreiche Anfragen von deutschen Ärzten, die ihre Weiterbildung ganz oder teilweise im Ausland absolvieren wollen, bzw. ihre ärztliche Tätigkeit im Ausland ausüben möchten.

Fragen zur Weiterbildung im Ausland betrafen in der Regel die im Falle einer Rückkehr zu berücksichtigenden Schritte. Im Zusammenhang mit dem Anerkennungsverfahren wurde häufig der Befürchtung Ausdruck verliehen, dass ein übergangsloser Wechsel nach Deutschland bzw. die Berufsausübung in Deutschland nicht möglich oder mit arbeitsrechtlichen Problemen verbunden sein könnten. Anfragen im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit im Ausland bezogen sich häufig auf die zuständigen Stellen für den Berufszugang und den Verwaltungsvollzug sowie auf die für die Anerkennung vorzulegenden Diplome und Bescheinigungen. Informationsbedarf bestand auch zu einer möglichen Kammermitgliedschaft im Gastland bzw. der Möglichkeit, die Kammermitgliedschaft in Deutschland während des Auslandsaufenthalts aufrecht zu erhalten.

Im Berichtszeitraum gab es auch eine deutliche Zunahme von Anfragen ausländischer Ärzte zur ärztlichen Tätigkeit in Deutschland. Aus den mittel- und osteuropäischen Staaten gab es z. B. Fragen zu Diplomen und Konformitätsbescheinigungen. Anfragen erreichten den Auslandsdienst auch aus Ländern mit einer zeitlichen Befristung von fachärztlichen Befähigungsnachweisen. In Ländern mit sogenannter Revalidierung, wie z. B. den Niederlanden, werden die Facharzturkunden zeitlich befristet, eine Berufsaus-

übungsberechtigung über diesen Zeitraum hinaus ist an den Nachweis bestimmter notwendiger Kenntnisse und Fortbildungspunkte geknüpft. Bei entsprechendem Nachweis wird die Facharzturkunde für einen festgelegten Zeitraum verlängert.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten aufgrund der zunehmenden Migration zwischen den deutschsprachigen Ländern Fragen aus der Schweiz und aus Österreich. Fragen zur Anerkennung Schweizer Facharztdiplome bezogen sich unter anderem auf die seit dem 1. November 2011 in der Schweiz umgesetzte EU-Richtlinie 2005/36/EG. Die Übernahme der Richtlinie schafft die Grundlage für eine einheitliche Rechtsgrundlage bei der gegenseitigen Anerkennung von fachärztlichen Diplomen aus der Schweiz bzw. anderen EU-Mitgliedstaaten.

Eine Vielzahl von Anfragen erreichte den Auslandsdienst vor dem Hintergrund der im Jahre 2011 in der Schweiz eingeführten modular aufgebauten fünfjährigen Weiterbildung „Allgemeine Innere Medizin", die die Weiterbildungsgänge „Innere Medizin" und „Allgemeinmedizin" abgelöst hat. Bis zum 31. Dezember 2015 gelten Übergangsfristen: Die Weiterbildungsgänge „Innere Medizin" und „Allgemeinmedizin" können noch nach den alten Weiterbildungsprogrammen absolviert werden. Ab dem 1. Januar 2016 wird zu beobachten sein, welche Implikationen der neue Weiterbildungsgang „Allgemeine Innere Medizin" für die Migration zwischen Deutschland und der Schweiz haben wird. Der Weiterbildungsgang „Allgemeine Innere Medizin" war zum Berichtszeitpunkt noch nicht im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG für die Schweiz aufgeführt. Gleichwohl wurde die EU-Konformität von der zuständigen Schweizer Stelle bestätigt, sodass die Anerkennung des fachärztlichen Titels „Allgemeine Innere Medizin" in Deutschland im Berichtszeitraum problemlos erfolgen konnte.

Aus Österreich waren im Berichtsjahr vereinzelte Anfragen zum Berufszugang vor dem Hintergrund der im Dezember 2010 geänderten Notifizierung der österreichischen ärztlichen Grundausbildung zu verzeichnen. Absolventen eines Studiums der Humanmedizin in Österreich können seither im Falle der Migration eine Bescheinigung („jus migrandi") beantragen, dass alle Voraussetzungen des Artikels 24 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt sind. Die infolge der Änderungsmitteilung Österreichs zu Anhang V, Punkt 5.1.1 dieser Richtlinie 2005/36/EG seit 14. Dezember 2010 geltende Rechtslage führt im Falle der Migration aus Österreich in einen anderen EU-Mitgliedstaat dazu, dass der österreichische Studienabschluss ab sofort als Ausbildungsnachweis über die ärztliche Grundausbildung automatisch anzuerkennen ist. Damit besteht in Deutschland Anspruch auf Erteilung der Approbation. Die neue Regelung findet innerhalb Österreichs keinerlei Anwendung. So ist die selbstständige Berufsberechtigung („jus practicandi") in Österreich innerstaatlich nicht an den geänderten Ausbildungsnachweis im Anhang V, Punkt 5.1.1 geknüpft. Mit dem Studienabschluss ist innerhalb Österreichs nach wie vor nur die Berufsberechtigung zum Turnusarzt verbunden. Vermehrt erreichten den Auslandsdienst Anfragen zu einer eventuellen Anrechenbarkeit von in Österreich abgeleisteter Turnuszeiten. Der Turnus ist die 36-monatige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit Rotationen durch verschiedene Fächer. Diese Rotationen sind teilweise kürzer als sechs Monate, nur im Einzelfall können diese je nach Entscheidung des zuständigen Lehrkrankenhauses verlängert werden.

Weitere Anfragen bezogen sich auf die Anrechenbarkeit von Diplomen im fachärztlichen Bereich, für die die Richtlinie 2005/36/EG nicht einschlägig ist. Beispiele dafür sind der „Europäische Facharzt", der in bestimmten Sektionen der Union der europäi-

schen Fachärzte (UEMS) nach Erlangen des nationalen Facharztgrades zusätzlich durch eine Prüfung erworben werden kann.

Neben Ärzten aus Mitgliedstaaten der EU, deren Migration durch die Richtlinie 2005/36/EG geregelt ist, erreichte die Bundesärztekammer auch in 2012 eine Vielzahl von Anfragen aus sogenannten Drittstaaten, also Ländern, die weder der Europäischen Union angehören noch dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz zuzurechnen sind. Die Anfragen bezogen sich vor allem auf das am 1. April 2012 in Kraft getretene Anerkennungsgesetz. Hier stand einerseits der Aspekt des Berufszugangs und der im Antragsverfahren auf Approbation einzureichenden Dokumente im Vordergrund. Andererseits gab es zahlreiche Fragen zur behördeninternen Gleichwertigkeitsprüfung der Approbationsbehörden, der Kenntnisstandprüfung und dem für die Beantragung der Approbation erforderlichen Sprachniveau sowie der Berücksichtigung von vorliegender, einschlägiger Berufserfahrung.

Mit der Umsetzung des bundesweiten Anerkennungsgesetzes gab es vermehrt Anfragen von Gastärzten, die in der Regel mit Stipendien ihrer Heimatländer zum Zwecke der Weiterbildung nach Deutschland kommen. Ihre Fragen bezogen sich vor allem auf den Berufszugang bzw. die Approbationsbeantragung. Mit Einführung des Anerkennungsgesetzes erfolgt seit dem 1. April 2012 die Beantragung der Approbation unabhängig von der Staatsangehörigkeit. Maßgeblich sind nunmehr das Herkunftsland, in dem ein Diplom erworben wurde, sowie eventuell zu berücksichtigende Berufserfahrung. Im Falle eines von den zuständigen Approbationsbehörden als nicht gleichwertig festgestellten Kenntnisstands erfolgt dessen Überprüfung (Kenntnisstandprüfung). Zusätzlich zur Gesetzeslage bezogen sich Anfragen auch auf den Verwaltungsvollzug in den einzelnen Bundesländern.

Vor dem Hintergrund der politischen Instabilität erreichten den Auslandsdienst aus dem arabischen Raum zunehmend Anfragen. Dabei spielten insbesondere Aspekte der Verifizierung und Einschätzung von Diplomen und Zertifikaten eine Rolle.

Hilfreich für die korrekte Einschätzung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen waren die engen internationalen Kontakte, die die Bundesärztekammer in den zurückliegenden Jahren aufbauen konnte. Sie ermöglichen einen regelmäßigen und intensiven Austausch mit den für die Ausstellung bzw. Evaluierung von ärztlichen und fachärztlichen Befähigungsnachweisen zuständigen Stellen der jeweiligen Länder.

Über die aktive Mitwirkung in Gremien hinaus hat sich eine rege bilaterale Zusammenarbeit entwickelt. Die guten Beziehungen zu den Ansprechpartnern bei den nationalen Kontaktstellen für die Richtlinie 2005/36/EG in den EU-Mitgliedstaaten erlaubten gezielte Rückfragen zur Notifizierung von fachärztlichen Ausbildungsnachweisen, zu entsprechenden Konformitätsbescheinigungen sowie bezüglich der Verifizierung von Diplomen. Dabei hat sich die Bundesärztekammer intensiv und kontinuierlich um eine komplikationslose Anerkennung deutscher Ausbildungs- und Facharztdiplome innerhalb der EU bemüht. Insbesondere für die nach Frankreich und in die Schweiz sowie das Vereinigte Königreich migrierenden Ärzte konnte aufgrund guter Kontakte zu den national zuständigen Stellen sowie zu den Kollegen der nationalen Ärzteverbände der Anerkennungsprozess signifikant verkürzt werden.

Darüber hinaus übernahm der Auslandsdienst bei der Verifizierung von Diplomen eine wichtige Mittlerrolle. Insbesondere aus den arabischen Golfstaaten gingen wiederholt

Bitten um die sogenannte „Primary Source Verification“ ein, d. h. die Überprüfung der Echtheit und Legalität von Facharzturkunden bei den für die Ausstellung der Urkunden zuständigen Stellen in Deutschland. Auch der Ghana Medical Council war daran interessiert.

Obwohl die Migration von Ärzten innerhalb der EU durch die Richtlinie 2005/36/EG bereits eine deutliche Vereinfachung erfahren hat, treten in der praktischen Anwendung der Richtlinie weiterhin Probleme auf, derer sich die Bundesärztekammer auch im Jahre 2013 annehmen wird. Dabei wird insbesondere die im kommenden Jahr mutmaßlich abzuschließende Modernisierung der Richtlinie 2005/36/EG im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen und ein erhöhtes Aufkommen von Fragen zur konkreten Umsetzung zur Folge haben. Der gegenseitige Erfahrungsaustausch mit anderen zuständigen Stellen auf nationaler und europäischer Ebene soll dabei intensiviert werden.

3. Ärztliche Versorgung

3.1 Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2012

Im Jahre 2007 war neben die drei schon länger existierenden Trends ein vierter getreten: Im ambulanten Bereich stieg die Zahl der angestellten Ärzte 2007 im Vergleich zu 2006 um knapp 15 Prozent auf 10.406. Diese Tendenz hält weiter an. Im Jahr 2012 betrug der Zuwachs 2.002 (+ 10,6 Prozent), womit sich die Gesamtzahl auf 20.845 erhöhte. Damit hat sich deren Zahl seit 1993 (5.397) fast vervierfacht.

Zu den schon länger existierenden Trends ist festzustellen: Erstens verharrt die Abwanderung weiter auf einem hohen Niveau. Im Jahre 2012 haben 2.241 Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen. Zweitens ist die Zuwanderung weiterhin sehr hoch, vor allem aus Griechenland und den osteuropäischen Ländern. Der Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern betrug im Jahre 2012 30,6 Prozent. Die Zuwanderung betrifft zwar das gesamte Bundesgebiet, ist aber prozentual in den neuen Bundesländern ausgeprägter. So waren im Jahre 2000 erst 5,9 Prozent aller ausländischen Ärzte in Deutschland in den neuen Bundesländern tätig, im Jahre 2012 waren es 16,1 Prozent. Das bedeutet, dass die Nachwuchsgewinnung in Deutschland aus eigener Kraft weiterhin ungenügend ist und Vakanzen nur durch Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte behoben werden können.

Drittens nimmt der Prozess der „Feminisierung" der medizinischen Profession weiter zu. Die wachsende Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist vor allen Dingen auf die erhöhte

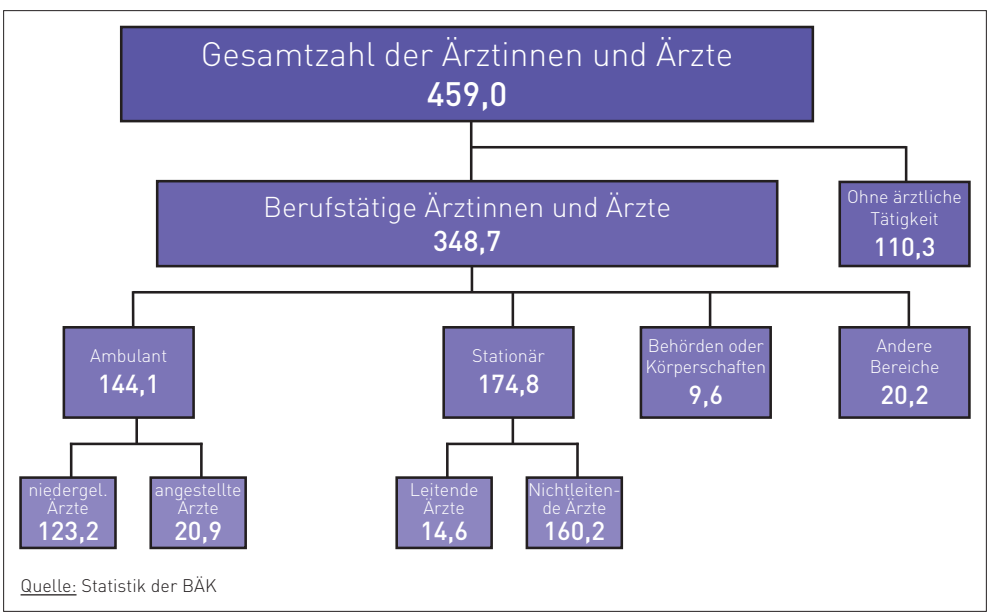
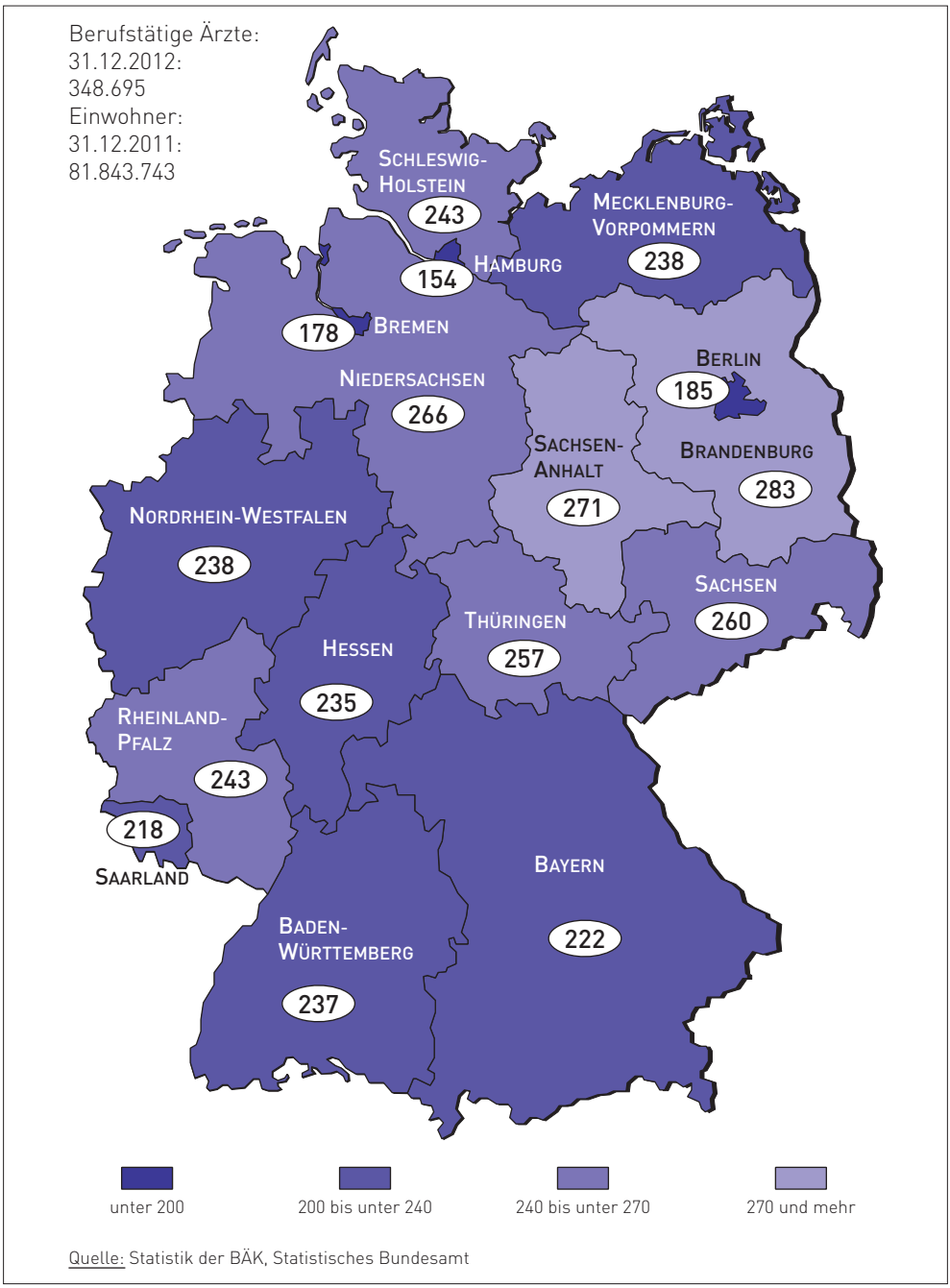
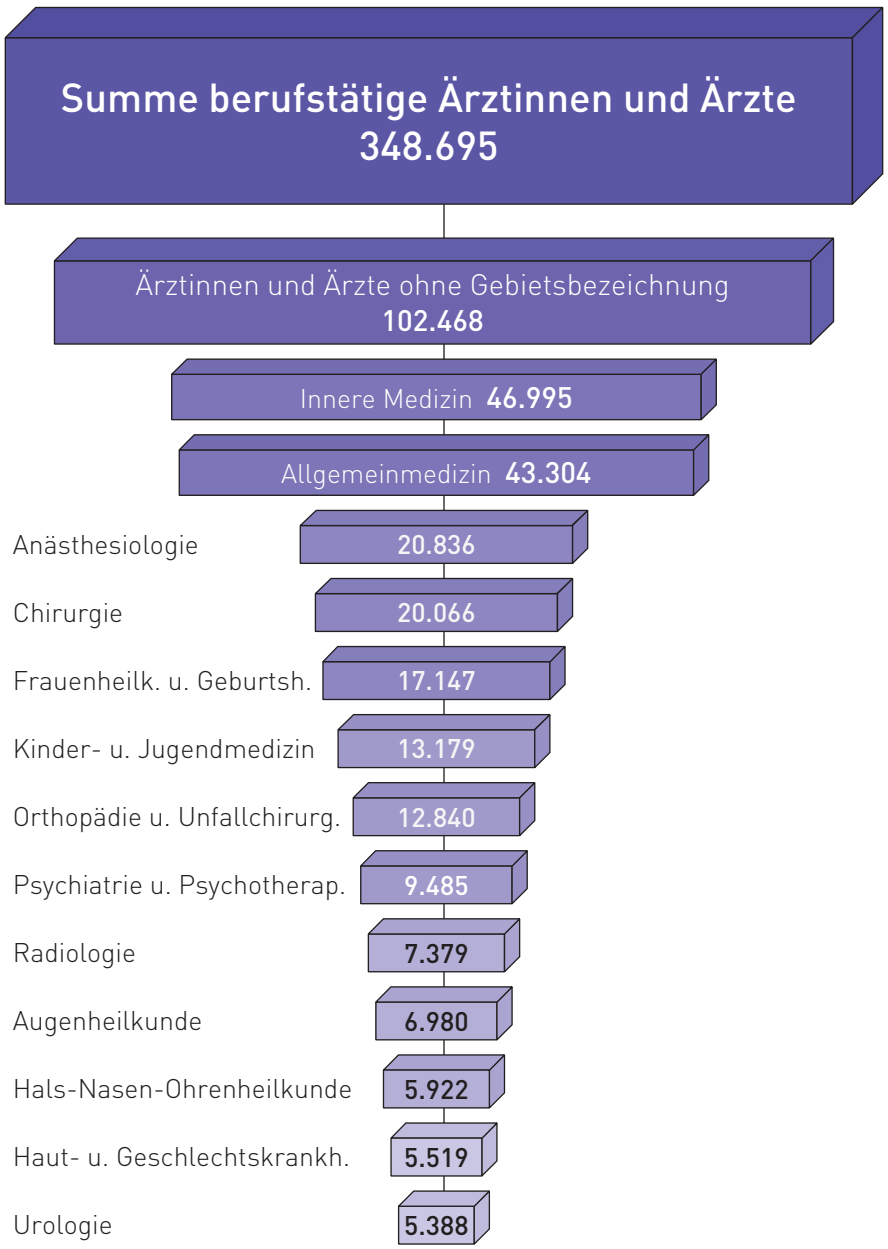


Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2012 (Zahlen in Tausend)



Quelle: Statistik der BÄK, Statistisches Bundesamt

Abbildung 2: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2012 (Einwohner je berufstätigen Arzt)



Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2012

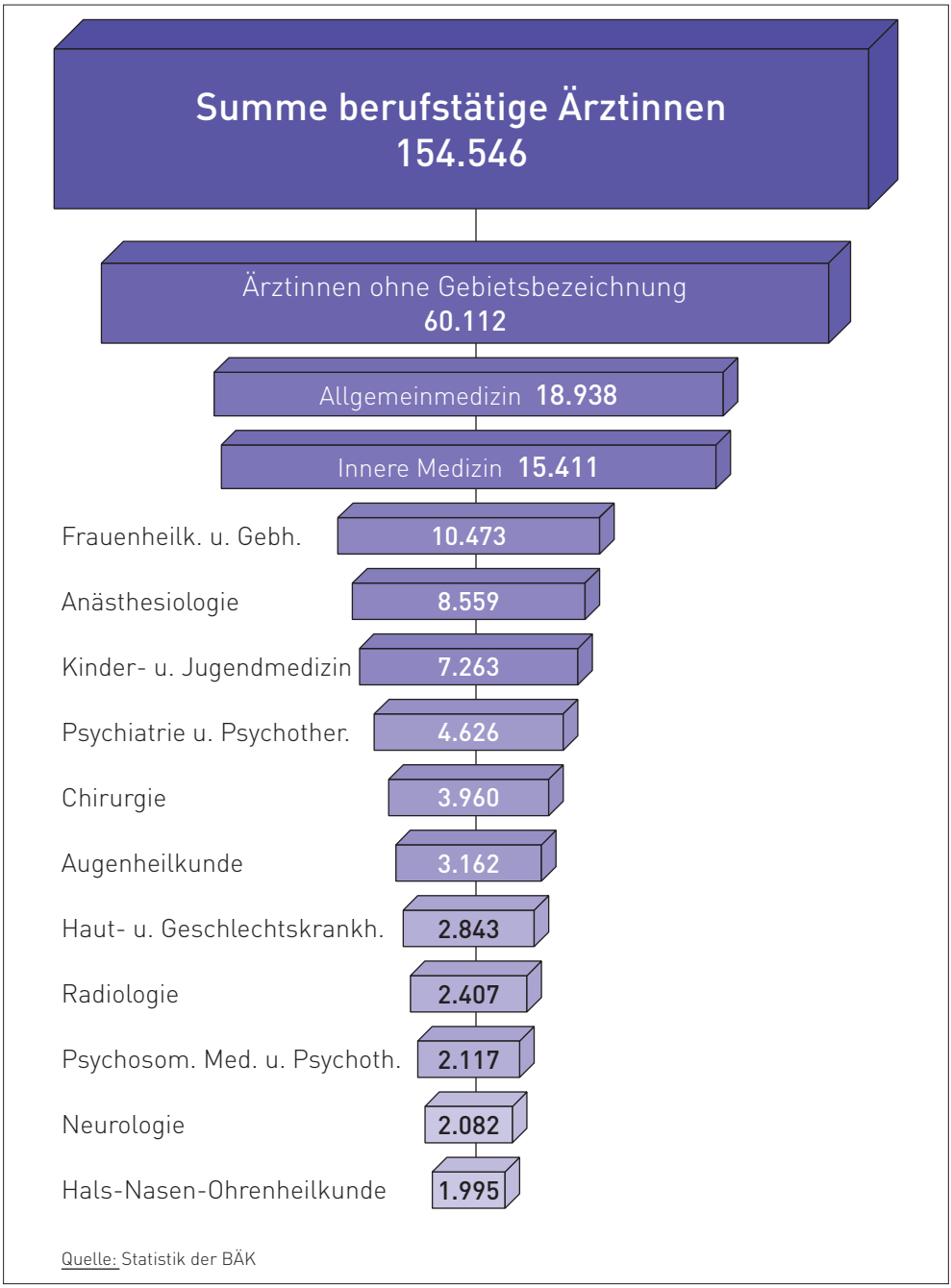


Abbildung 4: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen zum 31.12.2012

Zahl an Ärztinnen zurückzuführen. Der Anteil der Ärztinnen an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern lag im Jahre 2012 bei 56,6 Prozent (Vorjahr: 56,9 Prozent). Nimmt man nur die deutschen Ärztinnen und Ärzte, sind es sogar 60,8 Prozent.

3.1.1 Gesamtzahl der Ärzte

Im Jahre 2012 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 459.021 gestiegen. Dies sind 2,1 Prozent mehr als im Jahre 2011; damit liegt die Zuwachsrate im Trend der letzten Jahre, aber etwas niedriger als im Vorjahr. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2012 in der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 45,0 Prozent der Gesamtzahl (2011: 44,6 Prozent) erreicht.

3.1.2 Berufstätige Ärzte

Ohne die 110.326 nicht ärztlich Tätigen waren im Jahre 2012 im Bundesgebiet 348.695 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies waren 6.632 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate betrug damit 1,9 Prozent.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2012 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 44,3 Prozent der Gesamtzahl (2011: 43,8 Prozent) erreicht. Der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten lag 1991 noch bei rund einem Drittel (33,6 Prozent). Seitdem hat sich der Frauenanteil um 32 Prozent erhöht.

Die Verteilung der berufstätigen Ärzte auf die Altersgruppen hat sich weiter zu den höheren Altersjahren verschoben. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte ist um 0,2 Prozentpunkte auf jetzt 17,2 Prozent gesunken. Der Anteil der über 59-Jährigen ist auf 15,4 Prozent angestiegen (Vorjahr: 14,3 Prozent). Gleichzeitig ist der Anteil der 40- bis 49-Jährigen von 29,6 Prozent auf 27,9 Prozent zurückgegangen und der Anteil der 50- bis 59-Jährigen von 27,5 Prozent auf 28,1 Prozent gestiegen. Damit gibt es erstmals seit der Wiedervereinigung mehr 50- bis 59-jährige als 40- bis 49-jährige Ärzte.

Bei den einzelnen Arztgruppen fallen die Zuwachsraten recht unterschiedlich aus. Die höchsten Steigerungsraten sind bei den Gebieten Neurochirurgie (+ 6,1 Prozent), Neurologie (+ 5,8 Prozent) und Strahlentherapie (+ 5,4 Prozent) zu finden.

Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Biochemie (– 9,4 Prozent), Nervenheilkunde (– 2,9 Prozent), Öffentliches Gesundheitswesen (– 1,0 Prozent) und Pharmakologie (– 0,2 Prozent).

3.1.3 Im Krankenhaus tätige Ärzte

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte ist bezogen auf alle ärztlich Tätigen weiter angestiegen, auf nun 50,1 Prozent (Vorjahr: 49,7 Prozent). Damit sind mehr als die Hälfte aller ärztlich Tätigen in einem Krankenhaus beschäftigt.

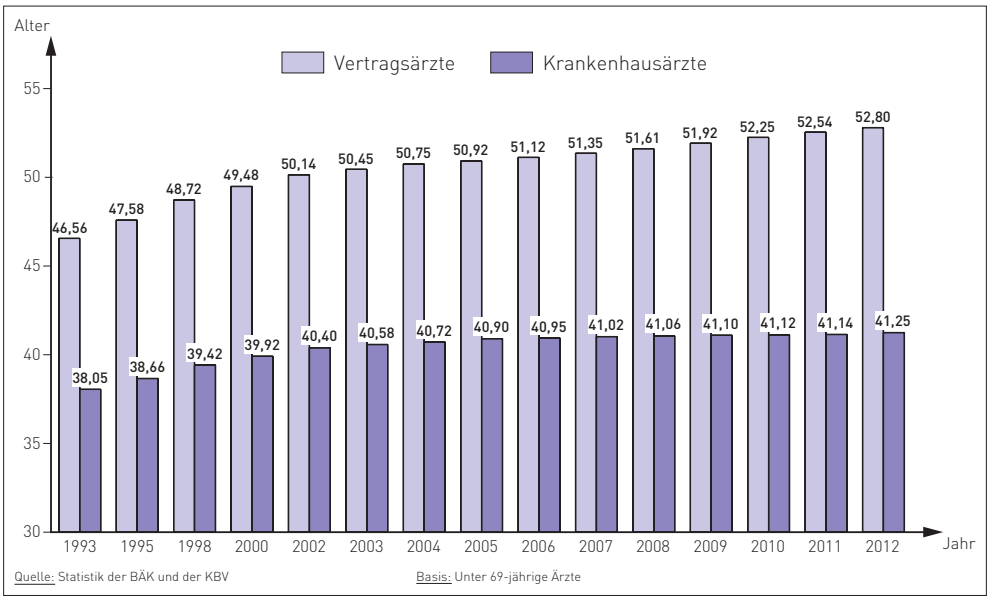


Abbildung 5: Durchschnittsalter der Ärzte

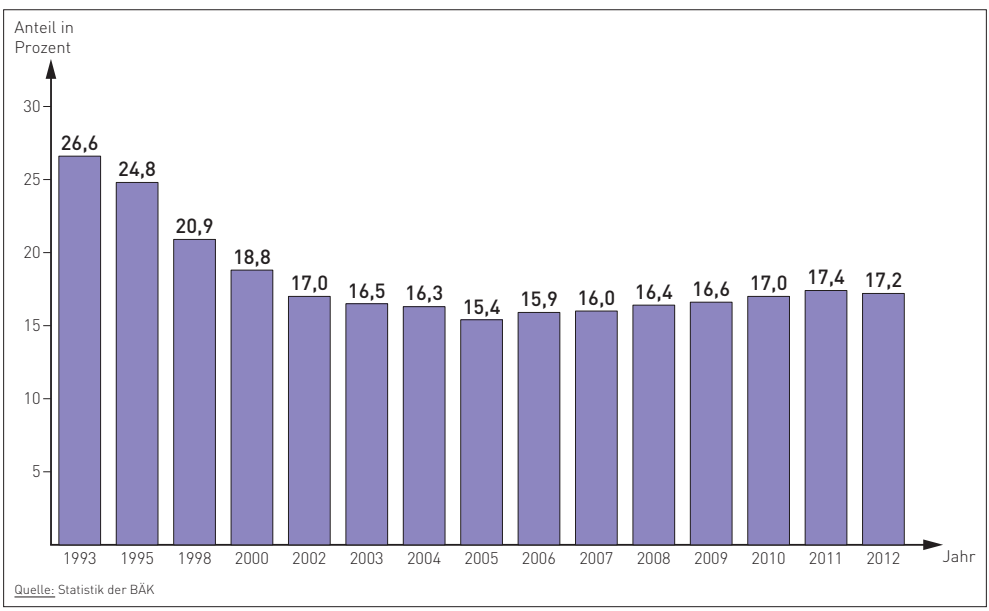


Abbildung 6: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten

Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg – zum siebten Mal in Folge – recht deutlich um 2,9 Prozent (absolut: 4.989) auf 174.829. Am deutlichsten nahm die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte in Niedersachsen (4,0 Prozent), Thüringen (4,0 Prozent), Saarland (3,9 Prozent) und Nordrhein (3,7 Prozent) zu. Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2012 weiter angestiegen, von 45,3 Prozent im Jahre 2011 auf nun 45,9 Prozent.

Zur Altersstruktur ist festzustellen, dass sie sich leicht verschlechtert hat. Der Anteil der Krankenhausärztinnen und -ärzte, die jünger als 35 Jahre sind, ist von 32,5 Prozent auf 31,9 Prozent gesunken. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der über 59-Jährigen von 5,3 Prozent auf 5,9 Prozent. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg dadurch von 41,14 Jahre im Jahre 2011 auf 41,25 im Jahre 2012.

3.1.4 Ambulant tätige Ärzte

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2012 um 0,8 Prozent angestiegen, was 1.203 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Zum Stichtag sind 144.058 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist um 799 Ärztinnen und Ärzte auf 123.213 zurückgegangen, dies entspricht – 0,6 Prozent. Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem in den Jahren 2003 bis 2011 bereits deutliche Anstiege zu verzeichnen waren, im Jahre 2012 weiter gestiegen, von 40,4 Prozent auf 41,1 Prozent.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 3,6 Prozent im Jahre 2011 auf 3,2 Prozent. Zugleich ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 25,1 Prozent auf 27,3 Prozent gestiegen.

3.1.5 In Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen tätige Ärzte

Fasst man die Tätigkeitsfelder bei Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen zusammen, so waren dort mit 29.808 rund 1,5 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,5 Prozent und ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken.

3.1.6 Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit – soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind – hat sich 2012, wie die Jahre zuvor, erhöht. Die Steigerungsrate betrug 2,8 Prozent. Dies entspricht 2.980 Ärztinnen und Ärzten.

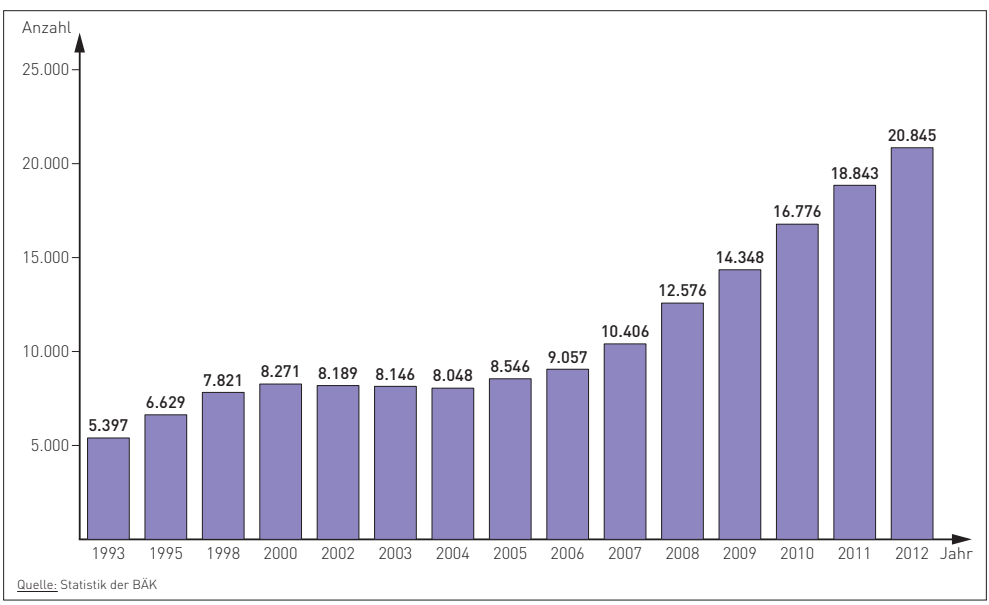
Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 63,4 Prozent im Ruhestand (Vorjahr: 63,4 Prozent), 2,1 Prozent sind berufsunfähig (Vorjahr: 2,1 Prozent), 0,7 Prozent befinden sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,7 Prozent), 4,6 Prozent sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 4,7 Prozent),

2,4 Prozent sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,4 Prozent), 5,5 Prozent befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,4 Prozent), 6,6 Prozent sind arbeitslos (Vorjahr: 6,5 Prozent) und schließlich geben 14,7 Prozent einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 14,7 Prozent).

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen vor, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden. Daraus ergibt sich, dass bis September 2012 ein Anstieg der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte festzustellen war. Es wurden 2.642 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet, wobei der Ärztinnenanteil 62,9 Prozent (Vorjahr: 64,7 Prozent) beträgt. Dies entspricht einer Zunahme um 222 Ärztinnen und Ärzte bzw. 9,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem Höhepunkt der Ärztearbeitslosigkeit im Jahre 1997 hat die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte um 6.754 bzw. 71,9 Prozent abgenommen.

Bezieht man die aktuelle Zahl der Arbeitslosen auf die Zahl der berufstätigen Ärzte insgesamt, ergibt sich eine sensationell niedrige Arbeitslosenquote von nur 0,8 Prozent (Vorjahr: 0,7 Prozent); wird als Bezugsgröße die Zahl der abhängig beschäftigten Ärzte genommen, liegt sie bei 1,2 Prozent (Vorjahr: 1,1 Prozent). Diese Zahlen liegen deutlich unter der Arbeitslosenquote, bei der Vollbeschäftigung herrscht. Das bedeutet, dass im ärztlichen Teilarbeitsmarkt „Überbeschäftigung“ herrscht.

Die Anteile der einzelnen Tätigkeitsbereiche an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte verteilt sich nun wie folgt: ambulant 31,4 Prozent (Vorjahr: 31,8 Prozent), stationär 38,1 Prozent (Vorjahr: 37,8 Prozent), in Behörden/Körperschaften 2,1 Prozent (Vorjahr: 2,1 Prozent), in sonstigen Bereichen 4,4 Prozent (Vorjahr: 4,4 Prozent) und nicht ärztlich tätig 24,0 Prozent (Vorjahr: 23,9 Prozent).



Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 7: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte

3.1.7 Anzahl der erteilten Anerkennungen

Im Jahre 2012 wurden 10.127 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Damit lag die Zahl deutlich unter den 11.548 Anerkennungen des Jahres 2011. Die meisten Anerkennungen wurden mit 1.739 im Fach Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) ausgesprochen. Die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Inneren Medizin mit Schwerpunkt ist auf 866 gestiegen, liegt aber immer noch deutlich unter der Zahl der Anerkennungen ohne Schwerpunkt. Die Zahl der Anerkennungen in den Fächern Allgemeinmedizin sowie Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) ist gegenüber dem Vorjahr von 1.298 auf 949 gesunken. Im Jahre 2012 wurden für insgesamt 890 Schwerpunktbezeichnungen Anerkennungen ausgesprochen; damit lag die Zahl deutlich niedriger als im Jahre 2011 mit 1.144.

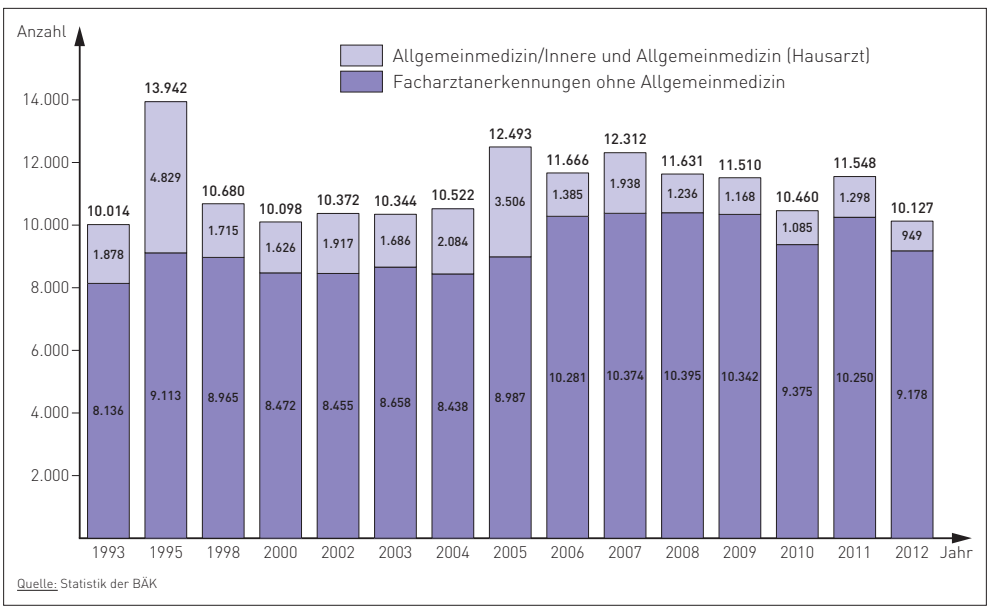


Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen

3.1.8 Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2012 um 4.193, das entspricht 14,8 Prozent, auf 32.548 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2012 bei 15,1 Prozent (Vorjahr 13,6 Prozent). Wie bereits in den Vorjahren, stellt sich die Wachstumsrate der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, als besonders ausgeprägt dar, sie beträgt 15,8 Prozent (Vorjahr 16,6 Prozent).

Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 3.015 die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten – insbesondere aus der Europäischen Union mit 2.580. Der größte Zustrom konnte aus Rumänien (+ 805) verbucht werden, es folgen Griechenland (+ 332),

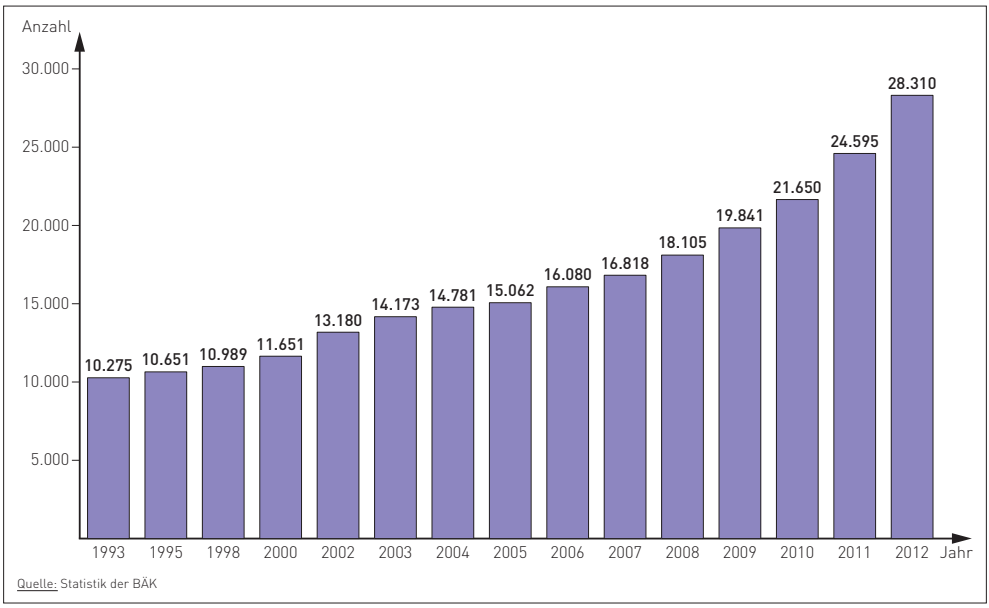


Abbildung 9: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzte

Ungarn (+ 301), Bulgarien (+ 184) und Syrien (+ 168). Größere Abwanderungen aus einzelnen Ländern waren im Jahr 2012 nicht zu verzeichnen. Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (2.910), Griechenland (2.556) und Österreich (2.491), gefolgt von Polen (1.759). Damit kommen 73,3 Prozent aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 18,1 Prozent aus Asien, 4,9 Prozent aus Afrika und 2,9 Prozent aus Amerika.

3.1.9 Abwanderung von Ärzten ins Ausland

Seit 2005 werden bei den Ärztekammern die Daten bezüglich der Abwanderung von Ärzten ins Ausland erhoben. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass im Jahre 2012 insgesamt 2.241 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 66,8 Prozent beträgt. Die Abwanderung hat damit abgenommen und liegt etwa auf dem Niveau von 2009. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie in den vergangenen Jahren – die Schweiz (704), Österreich (275) und die USA (134).

3.2 Ambulante Versorgung

Zu Fragen und Problemen der ambulanten Versorgung wird der Vorstand der Bundesärztekammer durch den Ausschuss „Ambulante Versorgung“ sachverständig beraten. Vorsitzender des Ausschusses ist seit 2011 Dr. Ulrich Clever, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Im Jahr 2012 hat der Ausschuss ausführlich die Änderungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) beraten. Beratungsgegenstände waren ferner der aktuelle Sachstand des Projektes „Notfalldatenmanagement auf der eGK“, die Neustrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Stärkung der ambulanten Weiterbildung und die Reform der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Verschiedene Befragungen zu den Berufsperspektiven junger Ärzte haben ergeben, dass die Belastung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Entscheidung pro Niederlassung – insbesondere auch für die Niederlassung in ländlichen Gebieten – ein entscheidendes Kriterium darstellt. Um die Dienstbelastung zu reduzieren und den Bereitschaftsdienst zukunftsfähig zu machen, fanden in den letzten Jahren in mehreren Bundesländern grundlegende Reformen statt. In anderen Regionen wird eine Weiterentwicklung der Strukturen derzeit diskutiert. Vor diesem Hintergrund hat sich der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ in zwei Sitzungen mit der Thematik befasst und am Beispiel von Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe wesentliche Elemente der Neuorganisation in einer vergleichenden Darstellung zusammengestellt. Zielsetzung war, den Regionen, denen eine Reform noch bevorsteht, eine Hilfestellung zu geben.

Ambulante Weiterbildung

Weiterbildung findet derzeit überwiegend im stationären Bereich statt. Da aber zunehmend mehr Leistungen ambulant erbracht werden, können Teile der zum Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte nicht oder nur unzureichend im stationären Bereich vermittelt werden. Zudem werden Krankheitsverläufe und unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen nicht oder nur unzureichend kennengelernt. Die derzeitige Weiterbildungsrealität bereitet daher nach Auffassung des Ausschusses „Ambulante Weiterbildung“ in einer Reihe von Fachgebieten ungenügend auf eine anschließende Tätigkeit im ambulanten Bereich vor. Aus diesem Grunde wird es als notwendig angesehen, dass mehr Weiterbildung in Praxen niedergelassener Fachärzte stattfindet. Vom 115. Deutsche Ärztetag 2012 waren mehrere Anträge zur ambulanten Weiterbildung verabschiedet bzw. an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen worden. Unter anderem wurde die KBV vom Ärztetag aufgefordert, gemeinsam mit den Krankenkassen und der Politik die erforderlichen finanziellen Voraussetzungen zu schaffen (DÄT-Drs. IV-14).

Zur Erarbeitung eines konkreten Vorschlags zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierungsthematik wurde vom Aus-

schuss „Ambulante Versorgung“ die Gründung der Arbeitsgruppe „Ambulante Weiterbildung“ initiiert. Diese Arbeitsgruppe setzt sich aus Vertretern der verschiedenen zuständigen Gremien der Bundesärztekammer sowie einzelner besonders betroffener Fachgebiete (HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde) zusammen. Es ist vorgesehen, bis zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 ein Konzept vorzulegen.

Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Aufgrund einer Änderung der Rechtsgrundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) war eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie notwendig geworden. Der Gesetzgeber hatte u. a. folgende Vorgaben zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gemacht:

- Stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität (§ 99 Abs. 1 SGB V)
- Einbezug der auf der Grundlage einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie der in den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V, § 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V)
- Berücksichtigung der spezialfachärztlichen Versorgung bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V)
- Neufassung der regionalen Planungsbereiche zum 01.01.2013 mit der Möglichkeit, bei der Größe nach Arztgruppen zu differenzieren (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V)
- Präzisierung der Voraussetzungen für Sonderbedarfszulassungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)
- Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), Wegfall des Stichtagsbezugs

Im November wurde vom G-BA die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgelegt. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme kritisiert, dass die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie wiederum nur eine Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung darstellt. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander. Angesichts der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sieht die Bundesärztekammer die Notwendigkeit einer systematischen Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung. Zugestanden wurde, dass die Richtlinie eine weitgehend umsetzungsfähige Lösung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA darstellt. Dass der Versorgungsbedarf damit weiterhin nur innerhalb von Sektorengrenzen betrachtet wird, ist eine grundsätzliche Schwäche des Gesetzesrahmens. Hingewiesen wurde ferner darauf, dass der hohe Differenzierungsgrad der neuen Regelungen nicht den Blick darauf verstellen darf, dass diese Art von Bedarfsplanung lediglich eine hilfsweise Annäherung an die regionale Morbidität und den Versorgungsbedarf sein kann.

3.2.1 Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin

Seit ihrer Gründung durch Beschluss des 61. Deutschen Ärztetages im Jahr 1958 befasst sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin mit Fragen der allgemeinärztlichen Versorgung. Seit dem 84. Deutschen Ärztetag 1981 in Trier – mit dem Schwerpunktthema „Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung" – ist im Deutschen Ärztetag alljährlich über Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin Bericht zu erstatten. Dies geschieht in der Regel durch schriftliche Ausführungen im Rahmen des Tätigkeitsberichtes.

Im Berichtszeitraum traf sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin zu ihrer zweiten und dritten Sitzung in der Wahlperiode 2011/2015. Die Sitzungen fanden am 24.04.2012 und am 21.11.2012 in Berlin statt. Nach dem Rücktritt von Dr. Carl-Heinz Müller als Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde seine Nachfolgerin Regina Feldmann vom Vorstand der Bundesärztekammer als kooptiertes Mitglied in die Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin berufen. Als Gäste haben Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie der Arbeitsgemeinschaft „Junge Allgemeinmedizin Deutschland" (JADe) an den Sitzungen teilgenommen.

Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

Wesentliches Arbeitsergebnis der Frühjahrssitzung war die Verabschiedung eines umfangreichen Entschließungsantrages zu der „Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung" (DÄT-Drs. VI-08). Der Entschließungsantrag basiert auf der vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel mit großer Mehrheit angenommenen Entschließung „Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" (DÄT-Drs. VI-09). Aus dieser Entschließung resultierte ein weitergehender Arbeitsauftrag, da der 114. Deutsche Ärztetag alle Zuständigen, insbesondere jedoch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und den Deutschen Hausärzteverband, aufgefordert hatte, sich in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer bis zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg auf ein zukunftsorientiertes Leitbild zu verständigen, das die Potenziale des Hausarztberufes vermitteln soll. Auf Einladung des Vorstands der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin fand am 30.11.2011 ein erstes Gespräch mit Vertretern der DEGAM und des Hausärzteverbandes statt, in dem vereinbart wurde, ein solches Papier gemeinsam bis zum 115. Deutschen Ärztetag zu erarbeiten. Die bei diesem Treffen gegründete Redaktionsgruppe erarbeitete den Entschließungsantrag bis April 2012. Der Entschließungsantrag wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer beim Ärztetag eingebracht und vom 115. Deutschen Ärztetag einstimmig verabschiedet.

Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Das Thema „Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen" stellte ein Schwerpunktthema des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg dar. In Vorbereitung der dortigen Beratungen befasste sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin in ihrer Frühjahrssitzung mit der Thematik der ärztlichen Praxisnetze. Am Beispiel des Gesund-

heitsnetzes QuE Nürnberg, das maßgeblich auch von Hausärzten mitgestaltet wird, wurden die Vorzüge einer solchen Versorgungsform diskutiert.

Evaluation der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Beraten wurden ferner die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde im Rahmen des von der Bundesärztekammer durchgeführten Projektes „Evaluation der Weiterbildung". Es zeigte sich, dass die Allgemeinmedizin bundesweit über alle Fragenkomplexe hinweg durchgehend besser abschneidet als andere Fachgebiete. Tendenziell fielen zudem die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde im Jahr 2011 positiver aus als die der ersten Befragungsrunde im Jahr 2009. Trotzdem sieht die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin weiteres Verbesserungspotenzial bei der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland. So sei zum Beispiel der Anteil der weiterzubildenden Ärzte, die keinen strukturierten Weiterbildungsplan erhielten bzw. mit denen keine konkreten Weiterbildungsziele bzw. Lernziele vereinbart worden waren, weiterhin zu hoch (siehe Kapitel 2.2.5).

Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung

Schwerpunktthema der aufgrund einer anschließenden gemeinsamen Sitzung mit der Deutschen Akademie der Gebietsärzte verkürzten Herbstsitzung war die Thematik „Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung". Die Befassung mit dieser Thematik ging auf einen beim 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg eingebrachten Entschließungsantrag zurück, der an den Vorstand überwiesen worden war (DÄT-Drs. VI-90). Angesichts der wachsenden Bedeutung der Telemedizin wurde von der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin eine Entschließung zur Bedeutung und Nutzung telemedizinischer Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung verabschiedet.

In der Entschließung betont die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten telemedizinischer Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung. Gerade in ländlichen Regionen und bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten können telemedizinische Anwendungen helfen, die Versorgungssituation zu verbessern, Exazerbationen zu verhindern und sowohl die Compliance als auch die Lebensqualität der Patienten zu steigern. Die Telemedizin verbessert die Möglichkeiten des fachlichen Austausches über Telekonsultationen (bspw. mit HNO-Ärzten oder Dermatologen) und wird dazu beitragen, die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit zu erhöhen. Von daher begrüßt die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin alle Projekte aus dem hausärztlichen Bereich, in denen der Nutzen telemedizinscher Anwendungen wissenschaftlich evaluiert wird.

Insbesondere bei sektorenübergreifenden und interdisziplinären Projekten ist die enge Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte zur Aufrechterhaltung und Koordination einer qualifizierten Patientenversorgung erforderlich. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass sich der Einsatz telemedizinischer Anwendungen an der medizinischen Notwendigkeit, der Qualität und dem Zeitaufwand der Praxen orientiert.

Die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin erinnert in ihrer Entschließung an die vom 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden verabschiedeten „Voraussetzungen für gute Telemedizin". Der Bewertungsausschuss wurde aufgefordert, zeitnah die Voraus-

setzungen dafür zu schaffen, dass ambulante telemedizinische Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden können, soweit sie den o. g. Kriterien bewiesenermaßen genügen, ebenso ist eine adäquate Vergütung bei Selektivverträgen vorzusehen.

Gemeinsame Sitzung mit der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

Am 21.11.2012 fand erstmalig eine gemeinsame Sitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin und der Deutschen Akademie der Gebietsärzte statt. Beratungsgegenstand war das Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu dem Thema „Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung", das im Juni 2012 veröffentlicht wurde. Als Referent konnte Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach gewonnen werden, der im September 2012 zum neuen Vorsitzenden des Sachverständigenrates ernannt worden war.

3.2.2 Statistische Entwicklung in der Allgemeinmedizin

Die statistische Entwicklung in der Allgemeinmedizin wird alljährlich gesondert im Tätigkeitsbericht dargestellt. Die Anzahl der allgemeinmedizinisch tätigen Ärzte (Allgemein-/Praktische Ärzte) in den alten Bundesländern ist seit 1975 von 27.957 auf 44.082 im Jahre 2012 und damit im Bestand um 16.125 Ärzte gewachsen. Der Anteil dieser Arztgruppe an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte ist hingegen von 52,4 Prozent im Jahre 1975 auf 35,3 Prozent im Jahre 2012 gesunken (siehe Tabelle 1). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen im gleichen Zeitraum von 25.346 auf 80.688, d. h. um 55.342 Ärzte gewachsen und in der Relation von 47,6 Prozent (1975) auf 64,7 Prozent (2012) gestiegen. An dieser gegenläufigen Entwicklung mit einer kontinuierlichen Abnahme des Anteils der Allgemein-/Praktischen Ärzte und einem stetigen Zuwachs von Spezialisten an der Gesamtzahl aller ambulant tätigen Ärzte hat sich auch im vergangenen Jahr nichts geändert.

Vom 31.12.2011 bis zum 31.12.2012 sank die Zahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte erneut geringfügig. Die Anzahl der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen in den alten Bundesländern stieg hingegen um 1.205 Ärzte.

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Ärzte (inklusive der ausschließlich privatärztlich tätigen Ärzte sowie der angestellten Ärzte) seit 1990 in den alten und neuen Bundesländern. Im Jahr 2005 erreichte die Anzahl der Allgemein-/Praktischen Ärzte ihren höchsten Wert mit 52.226. Seither geht die Zahl zurück, vom 31.12.2011 bis zum 31.12.2012 um 258 Ärzte. Die Zahl der Spezialisten erhöhte sich von 2011 auf 2012 um 1.461 Ärzte. Von 1990 bis 2012 sank der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte an der Zahl aller ambulant tätigen Ärzte von 43,5 Prozent auf 35,3 Prozent, zugleich stieg der Anteil der Ärzte mit den übrigen Gebietsbezeichnungen von 56,5 Prozent auf 64,7 Prozent. Am 31.12.2012 waren 144.058 Ärzte im gesamten Bundesgebiet ambulant tätig.

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1975 (alte Bundesländer)

Jahr	Allgemein-/Praktische Ärzte		Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen		Alle ambulant tätigen Ärzte	
	Anzahl	Anteil an Sp. 5 in %	Anzahl	Anteil an Sp. 5 in %	Anzahl	Anteil an Sp. 5 in %
0	1	2	3	4	5	6
1975	27.957	52,4	25.346	47,6	53.303	100
1976	28.202	51,3	26.772	48,7	54.974	100
1977	28.029	49,9	28.128	50,1	56.157	100
1978	26.729	46,4	30.837	53,6	57.566	100
1979	26.849	45,6	32.059	54,4	58.908	100
1980	26.853	44,9	32.924	55,1	59.777	100
1981	26.793	44,2	33.859	55,8	60.652	100
1982	27.334	43,8	35.084	56,2	62.418	100
1983	28.149	44,0	35.883	56,0	64.032	100
1984	28.800	43,8	36.980	56,2	65.780	100
1985	29.109	43,2	38.254	56,8	67.363	100
1986	29.314	42,7	39.384	57,3	68.698	100
1987	30.149	42,9	40.128	57,1	70.277	100
1988	30.923	43,1	40.828	56,9	71.751	100
1989	31.424	42,4	42.616	57,6	74.040	100
1990	31.837	42,3	43.414	57,7	75.251	100
1991	36.371	42,8	48.644	57,2	85.015	100
1992	37.793	42,6	50.955	57,4	88.748	100
1993	41.268	42,8	55.206	57,2	96.474	100
1994	41.782	42,6	56.288	57,4	98.070	100
1995	42.785	42,7	57.358	57,3	100.143	100
1996	42.336	41,6	59.365	58,4	101.701	100
1997	42.844	41,2	61.021	58,8	103.865	100
1998	43.365	40,8	62.817	59,2	106.182	100
1999	43.136	40,2	64.226	59,8	107.362	100
2000	44.084	40,2	65.621	59,8	109.705	100
2001	44.132	39,7	67.040	60,3	111.172	100
2002	44.188	39,2	68.440	60,8	112.628	100
2003	44.034	38,7	69.695	61,3	113.729	100
2004	44.220	38,5	70.601	61,5	114.821	100
2005	44.592	38,4	71.612	61,6	116.204	100
2006	44.767	38,1	72.735	61,9	117.502	100
2007	44.565	37,5	74.213	62,5	118.778	100
2008	44.097	36,9	75.416	63,1	119.513	100
2009	43.975	36,4	76.792	63,6	120.767	100
2010	44.369	36,2	78.160	63,8	122.529	100
2011	44.343	35,8	79.483	64,2	123.826	100
2012	44.082	35,3	80.688	64,7	124.770	100
12:11 in %	–0,6		+1,5		+0,8	

Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellte Ärzte und einschließlich Berlin (Ost)

Tabelle 2: Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1990 (gesamtes Bundesgebiet)

Jahr	Allgemein-/Praktische Ärzte		Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen		Alle ambulant tätigen Ärzte	
	Anzahl	Anteil an Sp. 5 in %	Anzahl	Anteil an Sp. 5 in %	Anzahl	Anteil an Sp. 5 in %
0	1	2	3	4	5	6
1990	40.153	43,5	52.136	56,5	92.289	100
1991	43.808	43,9	56.017	56,1	99.825	100
1992	45.323	43,4	59.139	56,6	104.462	100
1993	48.782	43,3	63.991	56,7	112.773	100
1994	49.576	43,1	65.511	56,9	115.087	100
1995	50.643	43,1	66.935	56,9	117.578	100
1996	50.374	42,1	69.186	57,9	119.560	100
1997	50.907	41,7	71.083	58,3	121.990	100
1998	51.518	41,3	73.103	58,7	124.621	100
1999	51.280	40,7	74.701	59,3	125.981	100
2000	52.189	40,6	76.299	59,4	128.488	100
2001	52.134	40,1	77.852	59,9	129.986	100
2002	52.184	39,7	79.145	60,3	131.329	100
2003	51.909	39,2	80.440	60,8	132.349	100
2004	51.954	39,0	81.411	61,0	133.365	100
2005	52.226	38,7	82.572	61,3	134.798	100
2006	52.152	38,3	83.953	61,7	136.105	100
2007	51.840	37,7	85.698	62,3	137.538	100
2008	51.200	37,0	87.130	63,0	138.330	100
2009	50.968	36,5	88.644	63,5	139.612	100
2010	51.265	36,2	90.196	63,8	141.461	100
2011	51.167	35,8	91.688	64,2	142.855	100
2012	50.909	35,3	93.149	64,7	144.058	100
12:11 in %	–0,5		+1,6		+0,8	

Quelle: Statistik der BÄK, ab 1991 einschließlich angestellte Ärzte

Die folgenden beiden Tabellen beschäftigen sich mit der Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzte. Beide Tabellen zeigen, dass gerade in der Allgemeinmedizin in den nächsten Jahren mit deutlichen altersbedingten Abgängen zu rechnen ist. Tabelle 3 zeigt: Am 31.12.2012 waren 14.505 Allgemein-/Praktische Ärzte (28,5 Prozent) 60 Jahre und älter, 18.992 Ärzte waren 50 bis 59 Jahre alt (37,3 Prozent). Mit 24,3 Prozent fällt der Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen im Vergleich zu den Spezialisten (31,8 Prozent) deutlich geringer aus.

Ein noch deutlicheres Bild zeigt Tabelle 4, die im Unterschied zur Tabelle 3 die Ärzte in Weiterbildung nicht enthält. Da Ärzte ohne Gebietsbezeichnung als Praktische Ärzte gezählt werden, sind die Ärzte in Weiterbildung in Tabelle 3 bei den Praktischen Ärzten mit enthalten und „verjüngen“ diese.

Tabelle 3: Altersstruktur der ambulant tätigen Ärzte zum 31.12.2012 (gesamtes Bundesgebiet)

Altersgruppe		Allgemeinärzte	Praktische Ärzte	Allgemein-/ Praktische Ärzte	Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen	Summe Ärzte
0		1	2	3	4	5
bis 34	Anzahl	192	1.875	2.067	472	2.539
	in Prozent	0,5	13,9	4,1	0,5	1,8
35 bis 39	Anzahl	1.655	1.314	2.969	4.315	7.284
	in Prozent	4,4	9,7	5,8	4,6	5,1
40 bis 49	Anzahl	9.895	2.481	12.376	29.612	41.988
	in Prozent	26,4	18,4	24,3	31,8	29,1
50 bis 59	Anzahl	14.008	4.984	18.992	36.792	55.784
	in Prozent	37,5	37,0	37,3	39,5	38,7
über 60	Anzahl	11.667	2.838	14.505	21.958	36.463
	in Prozent	31,2	21,0	28,5	23,6	25,3
Summe Ärzte	Anzahl	37.417	13.492	50.909	93.149	144.058
	in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik der BÄK

Fasst man die Ärzte in zwei Altersgruppen zusammen, so zeigt sich, dass in der Allgemeinmedizin 10.815 Ärzten in der ersten Altersgruppe (35 bis 49 Jahre) 31.331 Ärzten in der zweiten Altersgruppe (50 bis über 60 Jahre) gegenüber stehen. Diese Gegenüberstellung stellt deutlich die Problematik des fehlenden hausärztlichen Nachwuchses heraus.

Tabelle 4: Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte zum 31.12.2012 (gesamtes Bundesgebiet)

Altersgruppe		Allgemeinärzte	Praktische Ärzte	Allgemein-/ Praktische Ärzte	Ärzte mit übrigen Gebietsbezeichnungen	Summe Ärzte
0		1	2	3	4	5
bis 34	Anzahl	96	53	149	153	302
	in Prozent	0,3	0,6	0,4	0,2	0,2
35 bis 39	Anzahl	1.119	106	1.225	2.369	3.594
	in Prozent	3,3	1,3	2,9	2,9	2,9
40 bis 49	Anzahl	8.437	1.153	9.590	24.162	33.752
	in Prozent	24,7	14,1	22,7	29,9	27,4
50 bis 59	Anzahl	13.365	4.257	17.622	34.292	51.914
	in Prozent	39,2	52,0	41,6	42,4	42,2
über 60	Anzahl	11.092	2.617	13.709	19.942	33.651
	in Prozent	32,5	32,0	32,4	24,6	27,3
Summe Ärzte	Anzahl	34.109	8.186	42.295	80.918	123.213
	in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik der BÄK

3.2.3 Förderprogramm Allgemeinmedizin

Zum 01.01.2010 ist die neue „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ auf der Grundlage des im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zum 01.01.2009 geänderten Artikels 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) in Kraft getreten. Neben der deutlichen Erhöhung der Förderbeiträge sieht das neue Förderprogramm unter anderem die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene vor. Beteiligte an der Koordinierungsstelle sind laut Vereinbarung die jeweils zuständige Kassenärztlichen Vereinigung sowie die Landeskrankenhausgesellschaft. Die Landesärztekammer soll als Beteiligte einbezogen werden.

Nachdem sich im Jahr 2011 in zwölf Bezirken (Bundesländern) Koordinierungsstellen gebildet hatten, folgten 2012 noch Hessen und Nordrhein-Westfalen. In den noch fehlenden beiden Bundesländern (Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz) entsprechen die eingerichteten Koordinierungsstellen in ihrer Zusammensetzung bisher nicht den Vorgaben der Vereinbarung. Die Koordinierungsstellen in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe sind bei den Ärztekammern angesiedelt.

Zum 01.01.2012 wechselte die Geschäftsführung des Förderprogramms Allgemeinmedizin von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Unter der Leitung des GKV-SV fanden im Jahr 2012 zwei Sitzungen der Lenkungsgruppe statt. Bei diesen Sitzungen wurden unter anderem Strukturvorgaben für die jährlichen Berichte der Koordinierungsstellen verabschiedet. Weiterhin wurde die Abgabefrist für die Berichte der Koordinierungsstellen für das Berichtsjahr 2011 vom 30.03. auf den 31.08.2012 verlängert. Die Lenkungsgruppe erarbeitet derzeit einen Evaluationsbericht, der noch im ersten Quartal 2013 veröffentlicht werden soll. Da der Bericht und damit die aktuellen Zahlen noch nicht vorliegen, sind gegenwärtig keine Aussagen über die Entwicklung des Förderprogramms möglich.

Weiterhin fand am 14.11.2012 auf Einladung der Bundesärztekammer ein zweiter Erfahrungsaustausch der Lenkungsgruppe mit den universitären Einrichtungen der Allgemeinmedizin statt. Das Treffen gestaltete sich nicht spannungsfrei. Übereinstimmend wurde aber festgehalten, dass die Anstrengungen im Studium und in der Weiterbildung verstärkt werden müssen, um mehr Medizinstudierende bzw. junge Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu interessieren und sie zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Wesentlich sei, die positiven Seiten der hausärztlichen Tätigkeit herauszustellen und nicht nur die negativen Aspekte zu betonen.

Am 22.11.2012 fand bei der Bundesärztekammer ein dritter Informations- und Erfahrungsaustausch der mit der Umsetzung der Fördervereinbarung befassten Mitarbeiter der Landesärztekammer statt, bei dem zahlreiche Einzelfragen besprochen wurden. Auf Wunsch der Landesärztekammern wird der Informations- und Erfahrungsaustausch im kommenden Jahr fortgesetzt. Weiterhin wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die Anfang 2013 ein Auswertungsraster für die Weitergabe der Ergebnisse der Befragung nach § 5 Abs. 6 der Fördervereinbarung an die Koordinierungsstellen erarbeiten soll.

3.2.4 Deutsche Akademie der Gebietsärzte

Der Bericht über die Tätigkeit der Deutschen Akademie der Gebietsärzte wird in den Bereich der ambulanten Versorgung eingerechnet, da sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte primär mit Fragen der ambulanten fachärztlichen Versorgung befasst. Zugleich werden neben diesem Schwerpunkt immer auch Fragestellungen der stationären sowie der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der Beratungen eingehend erörtert.

Im Berichtszeitraum traf sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte zu ihrer zweiten und dritten Sitzung in der Wahlperiode 2011/2015. Die Sitzungen fanden am 24.03.2012 und am 20.10.2012 in Berlin statt. Als Gäste nahmen der Vorsitzende des Spitzenverbandes der Fachärzte, Dr. Thomas Scharmann, und der Präsident der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände, Dr. Siegfried Götte, an den Sitzungen teil. Neben der Erörterung aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Fragen standen insbesondere die Themen Berufshaftpflicht, fachärztliche Weiterbildung, Belegarztwesen und Normung im Mittelpunkt der Beratungen.

Berufshaftpflicht und alternative Systeme der kollektiven Übernahme des Behandlungsschadens des Patienten

Mit der Thematik „Berufshaftpflicht der Ärzte“ hat sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte bereits mehrfach befasst (siehe auch Tätigkeitsbericht 2011). In der Frühjahrssitzung beschäftigte sich die Akademie insbesondere mit alternativen Systemen der kollektiven Übernahme des Behandlungsschadens von Patienten. Am Beispiel der Regelungen in den skandinavischen Ländern wurden die Vor- und Nachteile anderer Formen der Regulierung von Behandlungsschäden herausgearbeitet und diskutiert. Angesichts der steigenden Berufshaftpflichtprämien wird von der Akademie weiterhin die Notwendigkeit gesehen, zu Lösungen zu kommen. Von daher begrüßt die Deutsche Akademie der Gebietsärzte, dass der Vorstand der Bundesärztekammer eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, eingerichtet hat, in der auch unter Berücksichtigung alternativer Modelle Vorschläge zur Weiterentwicklung der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung erarbeitet werden sollen.

Ambulante Weiterbildung

In der Frühjahrssitzung stand daneben das Thema „Weiterbildung“ auf der Tagesordnung. Neben den von den Weiterbildungsgremien erarbeiteten konzeptionellen Überlegungen zur anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) befasste sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte mit den Erwartungen der niedergelassenen Fachärzte an die Novelle. Als wichtige Themen wurden der berufsbegleitende Erwerb von Zusatzweiterbildungen und Zusatzqualifizierungen und die Förderung der ambulanten Weiterbildung herausgearbeitet. Nach der MWBO kann die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgen. Ein obligater ambulanter Weiterbildungsabschnitt ist allerdings nur im Gebiet Allgemeinmedizin vorgesehen. Kontrovers beraten wurde die Forderung nach einem verpflichtenden ambulanten Weiterbildungsabschnitt auch für andere Gebiete sowie die mögliche Dauer eines solchen Abschnittes. An der vom Ausschuss „Ambulante Versorgung“ zu dieser

Fragestellung eingerichteten Arbeitsgruppe arbeiten mehrere Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Akademie der Gebietsärzte mit.

Belegärztliche Versorgung

In Fortsetzung des entsprechenden Tagesordnungspunktes des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg beschäftigte sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte in ihrer Herbstsitzung mit der belegärztlichen Versorgung. Der Ärztetag hatte begrüßt, dass sich die Regierungskoalition in der Koalitionsvereinbarung verpflichtet hatte, das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beizubehalten und zu fördern. Weiterhin war gefordert worden, dass nun auch konkrete Schritte zur Stärkung des Belegarztwesens folgen müssten. Auf der Grundlage einer Standortbestimmung aus Sicht des Berufsverbandes der Belegärzte e. V. wurde von der Akademie die Frage beraten, worin diese konkreten Schritte bestehen könnten und welche Forderungen an die Politik, aber auch an andere Akteure des Gesundheitswesens zu richten seien. Dabei werden die Überlebenschancen des traditionellen Belegarztwesens u. a. vor dem Hintergrund der Änderung des § 2 Abs. 1 KHEntgG, wonach allgemeine Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärzte erbracht werden können, und der Bundesratsinitiative im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), in § 18 Abs. 3 KHEntgG die Wörter „in Höhe von 80 Prozent“ zu streichen, von den Akademiemitgliedern unterschiedlich bewertet. Fortgesetzt werden soll die Befassung mit den Möglichkeiten, sektorenübergreifend ärztlich tätig zu werden, in der übernächsten Sitzung der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, dann zu dem Thema „Honorarärzte“.

Normung

Ein weiteres Schwerpunktthema der Herbstsitzung waren nationale und europäische Normungsaktivitäten. Am Beispiel des Normungsprojektes „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie“ werden die Auswirkungen entsprechender Normungsprojekte auf die ärztliche Berufstätigkeit beraten. Die in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte vertretenen ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unterstützen die Bundesärztekammer bei ihrer Ablehnung von Normungsaktivitäten der europäischen Kommission bzw. der europäischen Normungsgremien, bei denen in den Bereich der ärztlichen Berufsausübung durch Festlegung von Berufs- und Weiterbildungspflichten eingegriffen wird. Die Berufsverbände und Fachgesellschaften sprechen sich dafür aus, dass in den Fällen, in denen internationale Normungsgremien Normungsprojekte mit inhaltlichen Bezügen zu berufsrechtlichen Regelungen planen, die Bundesärztekammer in Abstimmung mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften in die entsprechenden DIN-Spiegelgremien Vertreter entsendet, um dort den Inhalt solcher Normen beeinflussen zu können.

3.3 Stationäre Versorgung

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird bei Fragen und Problemen der stationären Versorgung durch den Ausschuss und die Ständige Konferenz „Krankenhaus“ sachverständig beraten. Vorsitzender dieser Krankenhausgremien ist seit 2003 Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Stellvertretender Vorsitzender ist seit 2008 Dr. Theo Windhorst, ebenso Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Zu den Sitzungen des Ausschusses werden neben den vom Vorstand der Bundesärztekammer berufenen Mitgliedern auch Gäste der maßgeblich an der stationären Versorgung beteiligten ärztlichen Verbände eingeladen. Der Abstimmung zwischen den Landesärztekammern in krankenhauspolitischen Fragen dient die Ständige Konferenz „Krankenhaus“, in welche die Landesärztekammern sachverständige Vertreter entsenden.

Trotz der großen Leistungskraft des ambulanten Bereichs nehmen die Relevanz und die Bedeutung der stationären Versorgung insbesondere wegen des steigenden Durchschnittsalters in Deutschland weiter zu. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Verbindung mit einer immer noch unterentwickelten Prävention und die wachsenden Möglichkeiten der Medizin tragen zu einem erneut gewachsenen Behandlungsbedarf bei. Ohnedies kann man das Gesundheitswesen ökonomisch als einen hochrelevanten Wirtschaftsbereich mit einem erheblichen Wachstums- und Beschäftigungspotenzial betrachten. Zuletzt betrug der Anteil am Bruttoinlandsprodukt 10,4 Prozent. Insgesamt 4,8 Millionen Erwerbstätige sind im weiteren Sinn im Gesundheitswesen aktiv. Damit ist jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.

Die deutschen Kliniken stellen in diesem Zusammenhang mit einem Umsatzvolumen von ca. 60,4 Milliarden Euro und über 1 Million Beschäftigten einen entscheidenden Anteil des Gesundheitswesens dar. In vielen Regionen und Kommunen sind Kliniken der größte regionale Arbeitgeber. Weder die wirtschaftliche Entwicklung des Jahres 2012 noch die Schätzungen für das Jahr 2013 werden den Stellenwert der stationären Versorgung für die Sicherung einer hoch qualitativen Gesundheitsversorgung wie auch für den Arbeitsmarkt verringern.

Den Krankenhäusern kommen neben ihren Aufgaben der Krankenversorgung bedeutsame Funktionen der Forschung und Entwicklung sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten und Fachkräften weiterer Gesundheitsberufe zu. Die zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung in Deutschland wird darüber hinaus auch einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Entwicklung der ärztlichen Berufsausübung und des zukünftigen Arztbildes haben.

Die erfolgte Reform der Krankenhausfinanzierung und -versorgung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) 2010 und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2011 hat die Rahmenbedingungen im Berichtsjahr maßgeblich mitgeprägt.

Aktuelle Lage und Zielstellung 2012

Die stationäre Versorgung befindet sich derzeit, bedingt durch die angespannte finanzielle Situation der deutschen Kliniken sowie den steigenden Behandlungsbedarf der Bevölkerung, in einer entscheidenden und sehr dynamischen Umbruchphase.

In den insgesamt 2.041 Krankenhäusern Deutschlands (Vorjahr: 2.064) standen Ende 2010 insgesamt knapp 502.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Die Zahl der aufgestellten Betten hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr nur leicht um ungefähr 1.000 verringert. Der Rückgang der Zahl der Häuser hat sich deutlich verlangsamt, und der Bettenabbau hat sich verringert. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands entspricht dies einer Bettendichte von 615 Betten je 100.000 Einwohner. Die durchschnittliche Bettenauslastung sank gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte auf 77,3 Prozent. Insgesamt 18,3 Millionen Patienten wurden 2011 vollstationär im Krankenhaus behandelt (+ 1,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Die durchschnittliche Verweildauer ist erneut gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Tage auf 7,7 Tage gesunken.

Bei Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 lag der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft noch bei 14,8 Prozent, seit Jahren steigt er kontinuierlich an und hat sich bis zum Jahr 2011 mehr als verdoppelt (33,2 Prozent). Zurückgegangen ist im gleichen Zeitraum der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0 Prozent auf 30,5 Prozent. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser hat sich demgegenüber nur geringfügig verändert und liegt bei 36,3 Prozent (1991: 39,1 Prozent).

Rund 839.000 Vollkräfte – das ist die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten – kümmerten sich 2011 um die Versorgung der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Davon zählten knapp 139.000 zum ärztlichen Dienst und 701.000 zum nichtärztlichen Dienst, darunter allein 310.000 Vollkräfte im Pflegedienst (2010: 306.000). Die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Vollkräfte nahm im Vergleich zum Vorjahr sowohl im ärztlichen als auch im nichtärztlichen Dienst um 2,8 Prozent zu.

Die Gesamtkosten der Krankenhäuser beliefen sich im Jahr 2011 auf 83,4 Milliarden Euro. Umgerechnet auf rund 18,3 Millionen Patientinnen und Patienten, die 2011 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, betrugen die stationären Krankenhauskosten je Fall im Jahr 2011 im Bundesdurchschnitt 3.960 Euro. Dies waren 2,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor (3.854 Euro). Die Krankenhauskosten setzten sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 49,5 Milliarden Euro (+ 4,3 Prozent gegenüber 2010) sowie den Sachkosten von 31,7 Milliarden Euro (+ 4,4 Prozent) zusammen. Weitere 1,2 Milliarden Euro entfielen auf Steuern, Zinsen und ähnliche Aufwendungen. In diesen Gesamtkosten waren Ausgaben für nichtstationäre Leistungen mit einem Volumen von 10,8 Milliarden Euro enthalten. Nichtstationäre Leistungen beinhalteten unter anderem Kosten für die Ambulanz sowie für wissenschaftliche Forschung und Lehre. Die Kosten der rein stationären Krankenhausversorgung lagen bei rund 72,6 Milliarden Euro. Die durchschnittlichen Kosten je Fall variieren stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Am niedrigsten waren sie in Brandenburg mit 3.570 Euro, am höchsten in Hamburg mit 4.628 Euro.

Insbesondere sind die durchschnittlichen Aufwendungen für Sachkosten und Energie in 2010 trotz aller Einsparbemühungen der Kliniken im Vergleich zum Vorjahr weiter gestiegen. Die ökonomisch erforderlichen Kompensationen werden bei gleichzeitig verschärftem Wettbewerb zwischen den Kliniken sowohl durch erlösorientierte Leistungsintensivierung als auch durch Einschnitte, insbesondere im Bereich der Personalbudgets, u. a. durch fehlende Nachbesetzungen von frei werdenden Stellen, Umstrukturierungen und Notlagetarifverträge angestrebt. Die Individualität der Patientenbetreuung und die Intensität persönlicher Zuwendung haben abgenommen. Neuere Umfragen zeigen, dass die Patientinnen und Patienten diese Entwicklung sehr kritisch registrieren. Da sich diese Entwicklung über Jahre fortgesetzt hat, ist absehbar, dass es zu Einbrüchen in der Qualität der Patientenversorgung und einer weiteren Belastung der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu kommen droht. Rückmeldungen zu Einzelfallbeschwerden an die Landesärztekammern bestätigen diesen Trend.

Mit Blick auf die finanziellen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung ab dem Jahr 2013 gilt es nicht nur aus ärztlicher, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, Ärztinnen und Ärzten zeitnah vernünftigere Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Dies erfordert vor allem eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, eine Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsbedingungen, den Zugang zu einer freien Forschung und Lehre, eine angemessene Vergütung von Ärztinnen und Ärzten (auch in Forschung und Wissenschaft), eine deutliche Reduktion der Leistungsverdichtung in den Kliniken durch Berücksichtigung des geltenden Arbeitszeitrechts sowie die Umsetzung und Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle.

Stationäre Versorgung in Deutschland – Wesentliche Punkte der Beratungen des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ 2012

In ihrer Frühjahrssitzung am 02.04.2012 fokussierte sich die Erörterung und Diskussion der Mitglieder und Gäste des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus“ auf

- Gesundheits- und berufspolitische Fragen
- Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus; möglicher Umgang mit Personalanhaltszahlen und deren Belastbarkeit
- Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculäre Fortbildung „Krankenhaushygiene“
- Geo-Darstellung für Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf im Rahmen des Krankenhausqualitätsreports (Initiative des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- Stand der Einbeziehung der Landesärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V

Darüber hinaus erfolgten eingehende Beratungen in der Herbstsitzung am 30.10.2012 zu folgenden Themen:

- Erörterung der aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Lage unter besonderer Berücksichtigung des neu eingeführten Orientierungswertes, der Mehrleistungsabschläge, des aktuellen G-DRG-Fallpauschalenkataloges, der geplanten Neueinfüh-

rung eines Entgeltsystems für die Psychiatrie/Psychosomatik ab dem 01.01.2013, dem Patientenrechtegesetz sowie der Organspendedebatte in Deutschland

- Auswirkungen ökonomischer Anreize auf die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus vor dem Hintergrund der zunehmend immanenten Bonuszahlungen im Rahmen von Zielvereinbarungen
- Förderung des Belegarztwesens als ein wesentliches Element kooperativer Versorgungsstrukturen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages 2012 zur Förderung von Kooperation und Vernetzung ärztlicher Versorgung
- Konsequenzen aus den Entschließungen des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg sowie der an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesenen Anträge im Kontext der stationären Versorgung

Die Beratungen des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Krankenhaus" ergaben im Berichtsjahr 2012 nicht zuletzt, dass die stationäre Versorgung vor dem Hintergrund der zunehmend sektorenübergreifenden Gestaltung, einer limitierten Finanz- und Personalsituation sowie einer verschärften Wettbewerbsphilosophie vor erheblichen Herausforderungen steht. Neben den notwendigen Diskussionen mit den Vertretungen der Kliniken, z. B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), zu der zukünftigen sinnvollen Handhabung von Chef- und Oberarztverträgen (ökonomische Anreize/Bonussystematik) wird im Jahr 2013 auch eine intensive Diskussion zur Stärkung des finanziellen Engagements der öffentlichen Hand im Bereich der Investitionen in die stationäre Versorgung notwendig werden. Die Fördermittel der Länder halten mit dem Investitionsbedarf weiterhin nicht Schritt. Für die Betriebskostenfinanzierung bestimmte Mittel werden in Investitionen umgeleitet.

Im Berichtsjahr 2012 wurden zur Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung durch die Bundesärztekammer u. a. folgende Aktivitäten begleitet bzw. durchgeführt:

- Adaptierung der für die Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Sektor zunehmend relevanten Klassifikationssysteme OPS und ICD für das Jahr 2013 sowie der Deutschen Kodierrichtlinien in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den beauftragten Selbstverwaltungspartnern gem. § 17b KHG.
- Fortsetzung der Diskussion zur Entwicklung und Implementierung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG mit Vertretern der Gesundheitspolitik, des BMG sowie der betroffenen Fachgesellschaften und Institutionen (Stellungnahmen sowie wiederholte Anhörungen im Vorfeld der Ersatzvornahme durch das BMG am 14.11.2012).
- Begleitung der Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und des zugrunde liegenden Fallpauschalenkataloges im Austausch mit den zuständigen Selbstverwaltungspartnern gem. § 17b KHG sowie nationalen und internationalen Fachexperten.

- Fachliche Unterstützung der weiteren Auswertung vorliegender Begleitforschungsergebnisse zum G-DRG-System gem. § 17b Abs. 8 KHG sowie die Erörterung der möglichen Konsequenzen für die Versorgung und den notwendigen Nachjustierungsbedarf des neuen G-DRG-Kataloges. Koordination und Ausrichtung der übergreifenden gemeinsamen Beratungen des notwendigen Anpassungsbedarfes im Bereich der Krankenhausfinanzierung in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im Rahmen der Sitzungen der Ständigen DRG-Fachkommission.
- Intensivierung der Kooperation mit der Fédération des Medecins Suisses (FMH) zu Fragen der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, der Verbesserung der Patientenversorgung, den ersten Auswirkungen des SwissDRG-Systems sowie dem Ärzte- und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen.
- Fortsetzung der Diskussion zu aktuellen Entwicklungen im Bereich der honorarärztlichen Versorgung Deutschlands, Begleitung gesetzgeberischer Regelungen im Vorfeld der ergänzenden Regelungen im Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntG) vom 27.07.2012.
- Erörterung der Optionen und Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelung für nichtangestellte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.
- Erörterung mit den zuständigen Fachexperten der Selbstverwaltung sowie Verantwortlichen des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) zu der geplanten Novellierung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und den möglichen Kollateralwirkungen auf die medizinische Versorgung sowie die Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte.
- Adaptierung des Seminars „Medizin und Ökonomie“ der Bundesärztekammer auf Basis der Anregungen ehemaliger Teilnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Entschließungen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg zum Ausbau von Kooperationen und einer Intensivierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.
- Integration der besonderen Anliegen der Medizinstudierenden in das Seminar „Medizin und Ökonomie“ u. a. durch die Beteiligung der Past-Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bmvd), cand. med. Caroline Fleischmann.
- Verstetigung und Ausbau der Kooperation mit Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Schwerpunkt: Reduktion von streitintensiven Regelungen im G-DRG-System sowie den Deutschen Kodierrichtlinien.
- Beginn des Austauschs mit dem Bundesrechnungshof zu Fragen der Krankenhausfinanzierung, des G-DRG-Systems sowie der Krankenhausrechnungsprüfungen.
- Bundesweit erstmalig fachöffentliche Erörterung der Berechnungsgrundlagen des neu eingeführten Orientierungswertes mit Vertretern des zuständigen Statistischen Bundesamtes.

- Weitere Aktualisierung und Adaptierung des Geografischen Krankenhausanalysesystems (GeKAS) in Kooperation mit den Verantwortlichen der Landesärztekammern, wiederholte Durchführung von Schulungen.
- Fortsetzung der Erörterungen zu Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie dem Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Intensivierung der Erörterung von Fragen zur Relation zwischen dem Regelungsbereich des SGB V und den zunehmenden Initiativen des Bundes und der Länder zur Gesundheitswirtschaft.
- Analysen von Trends im Bereich neuer Arbeitsangebote für Ärztinnen und Ärzte durch Kliniken und medizinische Einrichtungen; Auswertungen der Stellenanzeigen des Deutschen Ärzteblattes (Schwerpunkt: Stationäre Versorgung).
- Intensivierung des Meinungsaustausches zu Fragen der Attraktivitätssteigerung ärztlicher Tätigkeit in Klinik und Praxis mit in Deutschland tätigen Personalagenturen.
- Intensivierung des Informationsaustausches zur weiteren Entwicklung potenzieller Gegenmaßnahmen gegen den Fachkräftemangel in Europa in Kooperation mit dem Weltärztebund (WMA), Genf, unter besonderer Berücksichtigung der sich verschärfenden Probleme der Gesundheitssysteme in Spanien, Italien und Griechenland.

Neben den lebhaften, kontroversen Debatten im Vorfeld der Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Psych-Entgeltkataloges 2013 prägten die Debatte im Jahr 2012 insbesondere der wachsende Fachkräftemangel, die notwendige Steigerung der Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen durch ein Umdenken stationärer Arbeitgeber und die sich verschlechternde Finanzlage der Kliniken. Angesichts der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass sich diese Diskussion 2013 verschärfen wird. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der anstehenden Bundestagswahl im September 2013 sowie der Ankündigung des Bundesministers für Gesundheit, Daniel Bahr, im Rahmen des Krankenhaustages 2012, dass der Bund keinerlei Aufstockung der Mittel für den stationären Sektor in Aussicht stellt, kann voraussichtlich bis 2014 mit keiner Verbesserung der finanziellen Sicherung der stationären Versorgung gerechnet werden. Eine besondere Verantwortung wird daher in 2013 den Bundesländern bei ihren weiteren Entscheidungen im Hinblick auf notwendige Krankenhausinvestitionsfinanzierungen zukommen.

3.3.1 Trägerstrukturänderungen im Bereich der stationären Versorgung

Trotz einer positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung während des ersten Halbjahres 2012 haben die sich verschärfenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen im Bereich der stationären Versorgung zu einer Fortsetzung der Akquisestrategien unterschiedlicher Trägergruppen geführt. Im Vordergrund stehen nach wie vor private Träger, die vor dem Hintergrund der eingeschränkten Liquidität der Länder, Städte und Kommunen weitere Übernahmen von Kliniken und medizinischen Einrichtungen im Be-

richtsjahr vorgenommen haben. Das Jahr 2012 wurde durch das Novum einer potenziellen Übernahme eines großen privaten Trägers durch wiederum einen privaten Träger geprägt. Die Bundesärztekammer hatte schon 2007 angemerkt, dass ab einer bestimmten Größe der Übernahme eine bundesweite Dominanz eines Trägers entstehen kann, die weit über eine spezifische Region Auswirkungen auf die Beteiligten der stationären Versorgung hat. Dies hat sich 2012 bestätigt.

Mit dem im Frühjahr angekündigten Übernahmeangebot des Gesundheitskonzerns Fresenius an die Anteilseigner der Rhön AG war die strategische Option verbunden, einen entscheidenden Teil von Kliniken bundesweit zusammenzuführen, um künftig bundesweit agierenden Krankenkassen weitreichende Angebote machen zu können. Beim ersten Versuch hatte der Bad Homburger Konzern Fresenius ca. 3,1 Milliarden Euro geboten, war aber letztlich an der gesetzten hohen Annahmeschwelle von 90 Prozent gescheitert. Hintergrund war u. a., dass der konkurrierende private Klinikbetreiber Asklepios mit einer Beteiligung von 5 Prozent bei der Rhön Klinikum AG eingestiegen war. Nach intensiven und wiederholten Verhandlungen wurde seitens der Beteiligten Anfang September 2012 mitgeteilt, dass bis auf weiteres keine neuen Angebote unterbreitet werden. Damit ist der „Übernahmeversuch" für das Berichtsjahr gescheitert. Dennoch wurde durch das Angebot deutlich, welche Dimension die Konsolidierung (insbesondere bei den privaten Trägern) in Zukunft erreichen kann. Dies zeigt auch, dass sich weitere maßgebliche private Klinikträger sowie Großunternehmen der Medizintechnik für eine Beteiligung interessieren. Ebenso wurde deutlich, dass die stationäre Versorgung in Deutschland vermehrt im Fokus von Finanzinvestoren steht. Im Rahmen der geplanten Übernahme hatten sich auch US-Hedgefonds am Aktienhandel beteiligt.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 sowie die Bundesärztekammer haben wiederholt auf die Unverzichtbarkeit der Trägerpluralität hingewiesen. Die Diskussionen des Jahres 2012 zeigen, dass dieses Primat nach wie vor einen hohen Schutz genießen muss, da sich ansonsten innerhalb eines durchaus kurzen Zeitrahmens die Verhältnisse im Rahmen der stationären Versorgung in Deutschland maßgeblich ändern können. Dies wird nicht zuletzt erhebliche Auswirkungen auf die Optionen von Ärztinnen und Ärzten bei der Wahl eines interessanten Arbeitgebers mit attraktiven Arbeits- und Rahmenbedingungen haben. Zudem gilt es 2013 für die an der potenziellen Übernahme Beteiligten, die Kollateralwirkungen auszutarieren (Konsolidierung). Eine durch das Wissenschaftsministerium in Hessen im November 2012 intendierte jährliche Subventionierung des Rhön-eigenen Universitätsklinikums Gießen-Marburg mit bis zu 13 Millionen Euro jährlich wurde einhellig durch die Landesärztekammer Hessen abgelehnt. Stellvertretend für die Ärzteschaft wies die Landesärztekammer darauf hin, dass bei der Übernahme des Uniklinikums Gießen-Marburg vor sechs Jahren der börsennotierte Rhön-Konzern eine Verzichtserklärung für Investitionsmittel unterschrieben hat.

Die besondere Entwicklung der angestrebten Trägerstrukturänderungen 2012 hat gezeigt, dass eine zeitnahe Diskussion und eine Positionierung der Ärzteschaft zur Thematik notwendig ist und auch in Zukunft sein wird.

Medizin und Ökonomie

Die Bundesärztekammer führt seit 2008 regelmäßig ein Seminar „Medizin und Ökonomie“ für interessierte Ärztinnen und Ärzte durch. Ziel des Seminars ist, Ärztinnen und Ärzten sowie Studentinnen und Studenten zu ermöglichen, ihre medizinische Expertise mit aktuellem gesundheitspolitischem und ökonomischem Know-how zu verknüpfen. Wesentliche Inhalte des Seminars beziehen sich auf moderne Elemente der Gesundheitsversorgung wie die neu zu etablierende ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, Innovationen im Gesundheitswesen, aktueller Stand und weitere Entwicklung verschiedener Vergütungssysteme, Vernetzung, Entlassmanagement und ein umfassender Block gesundheitsökonomischer Informationen. Neben einer Unterstützung durch die gesundheitsökonomische Fakultät der Universität Bayreuth in Person von Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann, findet eine enge Kooperation mit weiteren renommierten Referentinnen und Referenten aus der Ärzteschaft sowie aus dem Gesundheitswesen statt. Diese hochrangigen Expertinnen und Experten finden trotz ihrer vielfältigen terminlichen Verpflichtungen immer wieder Zeit, sich mit den engagierten Ärztinnen und Ärzten über die aktuellen Entwicklungen auseinanderzusetzen. Die intensive Beteiligung der Teilnehmer des Seminars zeigt, dass die Vermittlung praxisrelevanter Betriebswirtschaft, moderner Managementstrukturen, unterschiedlicher Vertragsoptionen, aber auch eines modernisierten medizinischen Prozessmanagements auf hohes Interesse stößt. Erfreulicherweise konnten auch 2012 wiederum hochrangige Vertreter der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) an der Veranstaltung teilnehmen. In Fortsetzung ist für 2013 geplant, einen ergänzenden Aufbaukurs im Frühjahr anzubieten (Termine siehe www.baek.de). Zudem ist davon auszugehen, dass in dem regulären Seminar zukünftig die 2012 intensiv geführte Diskussion zu Chef- und Oberarztverträgen sowie kritischen Zielvereinbarungen Eingang in das Seminar finden werden.

3.3.2 Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF – Weiterentwicklung des G-DRG-Fallpauschalensystems

Die Ständige DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat auch 2012 ihre Beratungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Fallpauschalensystems fortgesetzt. In einer Frühjahrs- und Herbstsitzung wurden die entscheidenden und aktuellen Fragen zu den Auswirkungen und zu dem Weiterentwicklungsbedarf des Vergütungssystems für die stationäre Versorgung in Deutschland erörtert. Die Fachkommission bietet eine Plattform für führende Repräsentanten der Fachgesellschaften, der Trägerorganisationen, der Vertreter der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik, aktuelle medizinische, aber auch ökonomische Fragen gemeinsam zu erörtern. Die Fachkommission wird geleitet von Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, sowie vom Präsidenten der AWMF, Prof. Dr. Karl-Heinz Rahn. Regelmäßig beteiligt ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), das im Auftrag der Selbstverwaltungspartner, bei gleichzeitiger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die jährliche Kalkulation sowie die Modifikation des G-DRG-Systems vornimmt.

Vor dem Hintergrund des erheblichen jährlichen Finanzvolumens der stationären Versorgung (ca. 61 Milliarden Euro) haben die Steuerungswirkungen der Fallpauschalensystematik und der einzelnen DRGs erhebliche Auswirkungen einerseits auf die medizinischen Versorgungstrukturen, andererseits auf die Arbeits- und Rahmenbedingungen von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Auch wenn derzeit die dritte Runde der Ergebnisse der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG zu Beginn des Jahres 2013 zu erwarten ist, bleibt gerade die bisherige wissenschaftliche Erhebung die wesentlichen Antworten und Anregungen zur Weiterentwicklung des Systems schuldig. Insbesondere medizinische Aspekte werden nur sehr bedingt beleuchtet.

Auch wenn die geplante Neueinführung einer Finanzierungssystematik gem. § 17b KHG für die Bereiche der Psych-Fachdisziplinen ab dem 01.01.2013 keine DRG-Systematik erhalten soll, hat sich die Ständige DRG-Fachkommission dennoch entschieden, den Dialog zur Neueinführung zu begleiten, damit unterschiedlichste Anregungen und Erfahrungen bei der beginnenden Implementierung rechtzeitig berücksichtigt werden können.

In diesem Zusammenhang wurden folgende Fragestellungen auch im Rahmen der Frühjahrssitzung der Ständigen DRG-Fachkommission am 03.04.2012 erörtert:

- Aktuelle Informationen zur geplanten Neueinführung der Finanzierungssystematik gem. § 17d KHG, insbesondere eine aktuelle Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie (DGPPN)
- Auswirkungen des neuen Kataloges des G-DRG-Systems 2012 auf die Chirurgie (Zwischenbilanz). Perspektive aus den Bereichen der Viszeral-Chirurgie und Unfall-Chirurgie,
- Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte. Personalgewinnung unter G-DRG-Bedingungen: Was hat sich im Laufe der Jahre geändert?
- § 17d KHG – Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Aktuelle Erfahrungen mit PKMS und OPS, OPS-Komplexziffern: Sind wir noch auf dem richtigen Weg?
- Erste Eindrücke nach dem Systemstart der Swiss-DRG 2012
- G-DRG: Finanzierung und Nutzen von Innovationen – eine Zwischenbilanz
- Gesundheitspolitische Einschätzung unter Berücksichtigung des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG)

Darüber hinaus konnte in der Frühjahrssitzung der Dialog mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) fortgesetzt werden. Nach wie vor gibt es bundesweit erhebliche Diskussionspunkte und Streitigkeiten zu den Prüfungen in den Kliniken. Die Diskussion innerhalb der Fachkommission zeigt, dass diese Streitigkeiten einerseits auf Unschärfen der Kodiervorgaben beruhen, andererseits aber auch auf einer Fülle von Missverständnissen zwischen den Beteiligten.

In der Herbstsitzung der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF am 26.11.2012 wurden nachfolgende Schwerpunkte diskutiert:

- Perspektiven der Gesundheitspolitik und der stationären Versorgung 2012/2013, insbesondere vor dem Hintergrund des Psych-Entgeltgesetzes vom 21.07.2012 und des zum Berichtszeitpunkt in Diskussion befindlichen Entwurfs eines Patientenrechtegesetzes.
- G-DRG-2013: Aktueller Sachstand zu den wesentlichen Regelungen im neuen Fallpauschalenkatalog 2013
- Neueinführung der Finanzierungssystematik gem. § 17d KHG
- Aktuelle Einschätzung der DGPPN durch deren President-elect, Prof. Dr. Wolfgang Maier, zur geplanten Ersatzvornahme durch das BMG
- Neueinführung des Orientierungswertes. Erstmalige Präsentation der Berechnungsgrundlagen des Orientierungswertes durch das Statistische Bundesamt, Wiesbaden
- Dialog mit dem Bundesrechnungshof: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Krankenhausrechnungsprüfungen 2011/2012 aus Sicht des Bundesrechnungshofes
- G-DRG-Fallpauschalensystem: Auswirkungen auf die Pädiatrie – Zwischenfazit
- Ein Jahr Swiss-DRG – Zwischenfazit der Schweizer Ärzteschaft
- Implizite Eintages-DRGs: Zukünftige Transparenz der Kalkulationsgrundlagen

Orientierungswert

Erfreulicherweise hatte sich das Statistische Bundesamt bereiterklärt, erstmals fachöffentlich die Berechnungs- und Kalkulationsgrundlagen für den neuen Orientierungswert darzulegen. Mit dem Ziel der Ablösung der längerfristig sowohl von der Ärzteschaft als auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierten Grundlohnrate wurde dieser sogenannte Orientierungswert durch das Statistische Bundesamt vorbereitet und am 28.09.2012 veröffentlicht. Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder und wird ab September 2012 in der Krankenhausfinanzierung Anwendung finden. Definitionsgemäß handelt es sich um die durchschnittliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten, in diesem Fall für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2011 und des ersten Halbjahres 2012 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Der Orientierungswert wurde auf 2,0 Prozent festgelegt. Damit liegt dieser Wert unter dem 2,04 Prozent betragenden Wert der Grundlohnrate. Es ist daher für das Jahr 2013 eine intensive Erörterung einerseits zu den Berechnungsmodalitäten, andererseits zur Höhe und weiteren Nutzung des Orientierungswertes zu erwarten. Dies zeigt sich auch in der Drucksache 432/12 des Bundesrates, in der auf Antrag des Freistaates Bayern eine Entschließung zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser gefordert wird. Dieser Antrag beinhaltet, dass der vorgesehene Orientierungswert eine stärkere Berücksichtigung der tatsächlichen Kostensteigerungen sicherstellen soll. Es wird u. a. gefordert, dass anstelle der gegenwärtigen Anrechnung von höchstens einem Drittel der Differenz zur Grundlohnrate eine zwingende Anrechnung der tatsächlichen Kostensteigerung gesetzlich festgeschrieben wird.

Darüber hinaus wurde das Jahr 2012 maßgeblich durch eine Mengenbegrenzungsdebatte innerhalb der stationären Versorgung geprägt. In diesem Zusammenhang fordert

z. B. der Bundesrat, dass für den Fall, dass zur Vermeidung angebotsinduzierter Mengensteigerungen auch nach dem Jahr 2014 finanzielle Abschläge für Mehrleistungen notwendig werden, hierfür neue, gerecht gestaffelte Mehrleistungsregelungen implementiert werden.

Die Situation wird zudem verschärft, da sich die kontinuierliche Reduktion der Investitionsbereitschaft der Bundesländer in der Krankenhausinvestitionsfinanzierung auch 2012 fortgesetzt hat. Wurden im Jahr 2001 noch ca. 3,39 Milliarden Euro von den Bundesländern für diesen Zweck aufgewendet, waren es 2011 nur noch 2,67 Milliarden Euro. Die draus resultierende Investitionsquote beträgt somit nur noch ca. vier Prozent. Die wiederholte Forderung der Bundesärztekammer an die Bundesländer, ihre Krankenhausinvestitionsfinanzierungsbemühungen zu intensivieren, wurde nicht zuletzt durch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr während des diesjährigen Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf am 14.11.2012 flankiert.

Das besondere Verhältnis der Investitionsbereitschaft des Bundes und der Länder in die stationäre Versorgung beflügelt derzeit auch die kritischen Diskussionen der deutschen Universitätskliniken. Für 2013 wird erwartet, dass bis zu 50 Prozent der Universitätskliniken eine negative Bilanz vorweisen werden. Ebenso stehen zunehmend eine Reihe von versorgungsrelevanten Kliniken der Grund- und Regelversorgung (insbesondere in ländlichen Regionen) vor dem Problem, ihre wirtschaftliche Basis alleine mit Hilfe des G-DRG-Finanzrahmens nicht mehr sicherstellen zu können. Es ist daher davon auszugehen, dass die Jahre 2013 bis 2015 von einer generellen Diskussion zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geprägt sein werden.

Die Bundesärztekammer und die AWMF werden im Jahr 2013 die Diskussion zu diesen Inhalten und den Überarbeitungsbedarf des G-DRG-Finanzierungssystems fortsetzen und intensivieren.

3.3.3 G-DRG-System 2013

Im Gegensatz zu der Notwendigkeit einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit im Vorjahr konnte das G-DRG-System 2013 nach eingehenden Verhandlungen unter Beteiligung der Bundesärztekammer gem. § 17b KHG im Berichtsjahr einvernehmlich verabschiedet werden. Konnten im Vorjahr noch 245 Kliniken an der Kalkulationsbasis des G-DRG-Systems teilnehmen, waren es 2012 nur noch 241. Auch die Zahl der beteiligten Universitätskliniken reduzierte sich auf zehn. Im G-DRG-System 2013 sind 1.187 DRGs vorgesehen. Dies sind sechs weniger als im Vorjahr. Auch unter Berücksichtigung der weiteren DRG-Kataloggestaltung, wie z. B. der teilstationären DRGs oder aber der Einbelegungtags-DRGs kann seitens der Bundesärztekammer konstatiert werden, dass das G-DRG-System eine stabile Quantität von Fallpauschalen erreicht hat. Nicht zuletzt auf Basis der Beratungen der DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF konnten 104 Vorschlagseinsendungen von Fachgesellschaften und Verbänden sowie 93 Vorschlagseinsendungen anderer Einsender in das Vorschlagsverfahren 2013 zur Weiterentwicklung des DRG-Systems Eingang finden. Derzeit ist von einer Umsetzungsquote von ca. 33 Prozent der Vorschläge auszugehen. Darüber hinaus wurde bei der diesjährigen Bearbeitung des G-DRG-Systems insbesondere die sogenannte CCL-Matrix überarbeitet. Neben den aus den Vorschlags- und An-

frageverfahren 2012/2013 ca. 110 resultierenden Diagnosen wurden darüber hinaus 900 weitere Diagnosen untersucht. War in den letzten Jahren der Schwerpunkt der Überarbeitung der CCL-Matrix die Zeilenverschiebung von Diagnosen innerhalb der Matrix, wurde 2012 ein inhaltlicher Wandel der Matrixbearbeitung vorgenommen. Fokus ist jetzt die Betrachtung einzelner problematischer Konstellationen sowie die Umsetzung in einzelne betroffene DRGs. Dies führt zu differenzierten Einzelanalysen der CCL-Konstellationen und ermöglicht zum Teil präzisere Korrekturen von nicht mehr mit höheren Kosten verbundenen Complexity- und Comorbidity-Bewertungen (CC-Bewertungen). Ebenfalls damit verbunden ist ein massiv gestiegener Bearbeitungs- und Rechenaufwand. Subsumierend konnten über 600 spezifische Neubewertungen erfolgen. Allerdings muss gleichzeitig festgehalten werden, dass diese Systematik für den normalen Anwender und die Vorschlagenden aus der Ärzteschaft derzeit kaum noch transparent ist. Dies betrifft auch die entsprechenden Kalkulationsgrundlagen der impliziten Eintages-DRGs. Vor diesem Hintergrund wird die Bundesärztekammer zusammen mit der AWMF bzw. mit unterschiedlichen Fachgesellschaften 2013 nochmals eine deutlich verbesserte Transparenz der zugrunde liegenden Kalkulationsgrundlagen einfordern. Nur vor diesem Hintergrund kann eine suffiziente Fortsetzung des Vorschlagsverfahrens erfolgen. Diese Initiative wird auch durch die mitberatenden Fachgesellschaften getragen.

Innovationen

Inzwischen verstetigt sich der schon in den letzten Jahren zu beobachtende Trend, dass Innovationen nur noch in einem sehr geringen Ausmaß Eingang in das G-DRG-System finden. Auch wenn seitens der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften eine Fülle von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) eingereicht wurden, ist die aktuelle Innovationsfähigkeit im Sinne des Ausbaus der sektorenübergreifenden Versorgung ebenfalls nur sehr gering ausgeprägt. Sowohl im Bereich der teilstationären als auch der belegärztlichen Versorgung sind nach wie vor keine maßgeblichen Fortschritte zu verzeichnen. Angesichts dieser Entwicklung hat die Bundesärztekammer im Berichtsjahr 2012 die Zukunft der Innovationen in der stationären Versorgung mit dem damaligen Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. jur. Rainer Hess, erörtert. Neben den Schwierigkeiten im G-DRG-Fallpauschalensystem entwickelt der G-BA gem. § 137e SGB V über das NUB-Verfahren hinaus eine Erprobungsregelung für Innovationen im Gesundheitswesen. Damit dürfte sich die Zeitachse des Zugangs von Innovationen in die stationäre Versorgung nochmals ändern.

Ebenfalls nur bedingt sind die Fortschritte im Rahmen der Finanzierungsmodalitäten zur „Krisenreaktionsfähigkeit“ des Fallpauschalensystems. 2011 hatte die Bundesärztekammer über ein Schreiben ihres Präsidenten vom 16.06.2011 an den Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) die Notwendigkeit einer stabilen Finanzierungssystematik zur Kompensation von Ausnahmesituationen (wie z. B. der Infektionswelle EHEC) eingefordert. Wesentliche Entwicklungsschritte konnten für das Jahr 2012 nicht verzeichnet werden. Es gilt daher, an diese Diskussion auch im Jahr 2013 anzuknüpfen und Regelungen einzufordern.

Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

In Fortsetzung der seit einigen Jahren etablierten Kooperation mit dem MDK seitens der Bundesärztekammer und der AWMF fand eine gemeinsame Erörterung aktueller Problemkonstellationen im Rahmen der Ständigen DRG-Kommission statt. Darüber hinaus steht die Bundesärztekammer in einem regelmäßigen Austausch mit dem MDK in den Arbeitsgruppen der Selbstverwaltungspartner, wie z. B. zu den Deutschen Kodierrichtlinien oder Klassifikationen. Keine Einigung konnte bisher im Bereich der „unteren und oberen Grenzverweildauer" erzielt werden. 2012 wurde erstmals die Feststellung der Bundesärztekammer, dass das aktuell vorliegende Krankenhausabrechnungs- und Prüfsystem zu komplex ist, auch durch die Experten des Bundesrechnungshofes gestützt. Der Bundesrechnungshof kommt im Rahmen seiner Krankenhausabrechnungsprüfungen zu dem Schluss, dass das G-DRG-Abrechnungssystem „unwirtschaftlich" ist und „die Bindung von personellen und sachlichen Ressourcen bei Krankenhäusern, Krankenkassen und Medizinischen Diensten in Millionenhöhe" stattfindet. Zudem werden „streitfördernde Wirkungen zwischen den Akteuren" konstatiert. Der Bundesrechnungshof fordert u. a., dass das derzeitige System der Krankenhausabrechnungen vereinfacht werden muss.

Angesichts sich verknappender Ressourcen im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger wachsender Steigerung der Komplexität der G-DRG-Fallpauschalensystematik und der zugrunde liegenden Deutschen Kodierrichtlinien/Klassifikationen ist für das Jahr 2013 eine Intensivierung der Diskussionen zu Krankenhausabrechnungsprüfungen zu erwarten. Nur wenn es gelingt, die verantwortlichen Selbstverwaltungspartner davon zu überzeugen, dass eine deutliche Entschlackung der Deutschen Kodierrichtlinien, der Abrechnungsregeln, der Fallpauschalensystematik/des Zusatzentgeltkataloges sowie der zugrunde liegenden Klassifikationen vorgenommen wird und gleichzeitig die Quantität der Krankenhausrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung reduziert werden, kann eine deutliche Verbesserung für die Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken erreicht werden. Es bleibt zu hoffen, dass diese Form der Versachlichung und Entbürokratisierung im Dialog 2013 ausgebaut werden kann.

ICD-GM-2013

Am 26.09.2012 wurde die ICD-10-GM-Version 2013 in der endgültigen Fassung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht. Erfreulicherweise konnten über 56 Vorschläge aus dem Bereich der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften sowie der Kliniken in die Modifikation für das Jahr 2013 einfließen. Wesentliche Änderungen sind u. a. im Bereich des Vorhofflimmerns, der Hernia ventralis sowie Verschiebungen in das Kapitel XI der Krankheiten des Verdauungssystems vorgenommen worden. Die Diskussionen in der dazugehörigen Arbeitsgruppe werden durch die Bundesärztekammer begleitet und gestalten sich nach wie vor sehr sachgerecht. Die differenzierten Änderungen der Klassifikation sind der kostenfrei zugänglichen Aktualisierungsliste unter www.dimdi.de zu entnehmen.

OPS-Version 2013

Der OPS 2013 konnte seitens des Deutschen Instituts für Dokumentation und Information (DIMDI) letztendlich erst am 23.10.2012 den Anwendern zur Verfügung gestellt werden. Auch im Bereich der Prozeduren gelang es 2012, knapp 300 Vorschläge aus der Ärzteschaft/den Fachgesellschaften bzw. den Kliniken einzubringen. Dieses Engagement, über neue Vorschläge Anregungen einzubringen, hat nicht nur Bedeutung für die Vergütungssysteme wie das G-DRG-System, den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sondern auch für die entsprechenden Qualitätssicherungsdokumentationen.

Die Fachdiskussion zur Weiterentwicklung des OPS wird durch die Bundesärztekammer eng begleitet und findet in Abstimmung mit dem DIMDI, den Selbstverwaltungspartnern, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) statt. Änderungen des systematischen Verzeichnisses des OPS 2013 beziehen sich u. a. auf die Überarbeitung und Ergänzung der Kodes für die Operationen an den Augen, der partiellen Resektion des Blinddarms bei gleichzeitiger Streichung der Kodes für die erweiterte Kolon- und Rektumresektion. Ebenso erfolgen Ergänzungen der Kodes für die ECMO-Therapie.

Nach wie vor wird die Integration berufsgruppenspezifischer Kodes, wie z. B. des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS), in den OPS aus Sicht der Bundesärztekammer abgelehnt. Die Implementierung der PKMS hat sich weiterhin nicht als zielführend erwiesen und ist mit einer deutlichen Steigerung der Dokumentationsroutinen verbunden.

Darüber hinaus wurden in Vorbereitung für die zum 01.01.2013 erfolgende Einführung des Entgeltsystems gem. § 17d KHG (Psych-Entgeltsystematik) weitere Modifikationen an den zugrunde liegenden OPS-Ziffern vorgenommen. Es bestätigt sich jedoch nach wie vor, dass die derzeit verfügbaren OPS-Kodes für diesen Bereich eine sachgerechte Abbildung der in den Kliniken erbrachten Leistungen bei weitem noch nicht ermöglichen. Es sind daher für 2013/2014 erhebliche Nachjustierungsnotwendigkeiten absehbar. Dies war nicht zuletzt einer der Gründe dafür, warum die Bundesärztekammer die Ersatzvornahme des BMG zum § 17d KHG abgelehnt und eine Verbesserung der Leistungsabbildbarkeit bis zum September 2013 in Kooperation mit den Fachgesellschaften empfohlen hat.

Deutsche Kodierrichtlinien 2013

Die Bundesärztekammer ist beratend an der zuständigen Arbeitsgruppe der Selbstverwaltungspartner beteiligt. Es wurden Anpassungen an die aktuelle ICD-10-GM und den OPS in der Version 2013 sowie die G-DRG-Klassifikation in der Version 2013 beraten. Die Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2013 beschränken sich auf das notwendige Maß, um auch zukünftig überproportionale Neuschulungen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte sowie Kliniken vermeiden zu können. Dennoch sind sich die Beteiligten bewusst, dass in dem einen oder anderen Kapitel ein weitergehender Bearbeitungsbedarf gesehen wird. Diesen zu beheben dürfte jedoch mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, da weitreichende Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien für Ärztinnen und Ärzte, die Kliniken und die gesetzlichen Krankenkassen konsekutiv finanzrelevante Auswirkungen (im Sinne von Verschiebungen) hätten.

Daher muss angenommen werden, dass sich auch in den nächsten Jahren die Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien auf einem redaktionellen und überschaubaren Niveau halten werden. Diese „Stabilität" könnte u. a. dazu genutzt werden, dass zunehmend die technische Kodierarbeit von den Ärztinnen und Ärzten in Zeiten des Ärztemangels auf medizinische Kodierfachkräfte unter ärztlicher Leitung übergeht. Hier sind insbesondere die organisatorisch Verantwortlichen in den Verwaltungen der Kliniken gefragt, um die notwendige Entbürokratisierung und somit die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zu ermöglichen.

Einführung eines neuen Vergütungssystems für die Psychiatrie/Psychosomatik gem. § 17d KHG

In Fortsetzung der lebhaften und sehr kontroversen Diskussionen zur anstehenden Einführung eines neuen Vergütungssystems für die Psychiatrie/Psychosomatik gem. § 17d KHG zum 01.01.2013 hat die Bundesärztekammer den Dialog mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den beteiligten Selbstverwaltungspartnern sowie den betroffenen Fachgesellschaften und Institutionen im Berichtsjahr fortgesetzt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Kabinettsentwurfs des Psych-Entgeltgesetzes und der daraus resultierenden Stellungnahme des Bundesrates vom 02.03.2012 (BR-Drs. 30/12) im Vorfeld der zu erwartenden Gegenäußerung der Bundesregierung hat die Bundesärztekammer über ein ausführliches Schreiben ihres Präsidenten vom 30.06.2012 an den Bundesminister für Gesundheit und das Bundeskanzleramt nochmals nachdrücklich ihre Positionen und Grundlagen zur aktuellen Personalausstattung, zu den Finanzierungsgrundlagen, zur Entbürokratisierung, zur Umsetzbarkeit der geplanten Finanzsystematik, zur Einbeziehung von medizinischen Fachexpertisen sowie zu der dem Kabinettsentwurf ebenfalls immanenten Neueinführung eines Orientierungswertes deutlich gemacht.

Anfang September wurde erstmals der neugeplante Entgeltkatalog für das Finanzierungssystem gem. § 17d KHG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Selbstverwaltungspartnern und den zuständigen Institutionen/Fachgesellschaften vorgelegt. Der Entwurf des Entgeltkataloges (PEPP-Entgeltkatalog) stieß auf einhellige Kritik. Diese Kritik zeigte sich in den Einschätzungen der Experten der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften und des Großteils der durch Verbände repräsentierten Klinikgeschäftsführungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat daher am 05.10.2012 das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner gem. § 17d KHG erklärt. Daraufhin wurden seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Fachanhörung am 15.10.2012 und eine Anhörung zum resultierenden Verordnungsentwurf zu einer geplanten Ersatzvornahme des BMG am 12.11.2012 durchgeführt. Die Nichtberücksichtigung der Anregungen der Expertinnen und Experten der Fachgesellschaften und Verbände in der Anhörung am 15.10.2012 führte zur Etablierung eines übergreifenden Aktionsbündnisses „Mehr Zeit für psychische Gesundheit". Dieses Aktionsbündnis blieb der Anhörung zum Verordnungsentwurf am 12.11.2012 aus Protest fern. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, deren Position mit zu vertreten. Seitens des neuen Aktionsbündnisses fand gleichzeitig die Übergabe einer Protestnote und von Unterschriftenlisten an einen Repräsentanten des BMG statt. Die Bundesärztekammer verdeutlichte in der Anhörung nochmals, dass der vorliegende Entwurf des Entgeltkataloges nicht geeignet ist, eine leistungsgerechte Abbildung der derzeit in den Kliniken und Abteilungen erbrachten Leistungen zu ermöglichen. Die Diagnose-

orientierung der Finanzsystematik wird als unzureichend abgelehnt. Ebenso kann die implizite Degressionsregelung auch in den anstehenden budgetneutralen Optionsjahren durchaus eine ungewollte verweildauersenkende Wirkung auslösen. Die Bundesärztekammer empfahl, die Zeit bis zum 01.10.2013 zu nutzen, in intensiven Erörterungen mit den beteiligten Fachexperten der Selbstverwaltung, aber auch der Fachgesellschaften und Institutionen eine deutliche Verbesserung der Leistungsabbildbarkeit zu erarbeiten. Darüber hinaus wurde nochmals nachdrücklich darauf hingewiesen, dass eine derart starke Anlehnung an die G-DRG-Systematik gegeben ist, dass der gesetzliche Auftrag vom 17.02.2009 zur Einführung einer tagespauschalierten Systematik nicht erreicht wird. Dem potenziellen Zeitgewinn durch eine schnelle Einführung ab dem 01.01.2013 entsteht somit eine erkennbar unzureichende Personal-, Finanz- und Systemausstattung gegenüber, deren Unausgewogenheit und übermäßige Komplexität erhebliche Nachbesserungen in den nächsten Jahren erfordern wird. Das derzeit verfügbare Vorschlagsverfahren ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht geeignet, diese umfänglichen Nachjustierungen zu ermöglichen.

Trotz intensiver Erörterungen entschied sich das Bundesministerium für Gesundheit zur Durchführung der Ersatzvornahme. Damit wird das Vergütungssystem für die Psychiatrie/Psychosomatik gem. § 17d KHG auf unzureichender Basis -allerdings budgetneutral – zum 01.01.2013 eingeführt. Die Bundesärztekammer hat im Nachgang diese Problematik intensiv in der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF am 26.11.2012 beraten. Die Kritik an der dem aktuell vorliegenden PEPP-Entgeltkatalog 2013 immanenten Fallpauschalensystematik im Sinne einer Diagnoseorientierung wurde einhellig geteilt. Eine Fortsetzung dieser fachlichen Erörterung ist im Rahmen der Frühjahrssitzung 2013 vorgesehen.

Kooperation mit den Schweizer Ärztinnen und Ärzten (FMH) in Fragen der Krankenhausfinanzierung und -planung sowie der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte

Nach intensiven gemeinsamen Beratungen der Bundesärztekammer und der FMH im Vorfeld der Einführung des Swiss-DRG-Systems zum 01.01.2012 konnten im Berichtsjahr erstmals praktische Auswirkungen der Einführung des Fallpauschalensystems in der Schweiz erörtert werden. So ist zu verzeichnen, dass in der Schweiz unter den neuen Bedingungen Tarifverhandlungen relativ häufig scheitern (alternativ wird eine provisorische Base Rate der Kantone genutzt). Darüber hinaus werden durch sogenannte „Preisüberwacher" unrealistisch tiefe Base-Rate-Empfehlungen gegeben, die sich in der Regel anhand der preiswertesten in der Schweiz orientieren. Vergleichbar den Anfangserfahrungen in Deutschland sind die zugrunde liegende Datenqualität für die Finanzierungssystematik sowie die Ausprägung der Zusatzentgelte, der Innovationsregelungen und der Hochkostenfälle noch sehr problembehaftet. Der administrative Aufwand führt zunehmend zu einem sogenannten Fakturierungsstau. Qualitätsaussagen können derzeit noch in keiner Weise getroffen werden. Eine Besonderheit der Schweizer Systematik sind die daraus resultierenden unterschiedlichen Kantonsbeiträge für die ärztliche Weiterbildung. Insbesondere dieser Punkt wird in Zukunft intensiver diskutiert werden, da die Schweiz vor einer erheblichen Verschärfung des Ärztemangels steht. Dies führt sukzessive zu einem massiven Abwerbedruck auf das deutsche Gesundheitswesen. Unter Berücksichtigung der unzureichenden Lösungen in Deutschland versucht man in der

Schweiz für die Thematik „Innovationen“ ein Schnellverfahren zu entwickeln. Gegebenenfalls könnte dies zukünftig beispielgebend für die deutsche Systematik werden.

Im Bereich der Psychiatriefinanzierung wird nicht auf die Entwicklungen in Deutschland (Nutzung des PEPP-Kataloges) gewartet. Schweizweit soll ein einheitliches leistungsorientiertes Tarifsystem für die stationäre Psychiatrie eingeführt werden. Dieses soll eine Kombination von Tages- und Fallpauschalen beinhalten und als sogenanntes TARBSY ab 2015 einsetzbar sein.

Neben dem sehr produktiven Austausch mit den Expertinnen und Experten der FMH konnte auch der Erfahrungsaustausch mit der Geschäftsführung des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte (VFAO) intensiviert werden. Neben einem Meinungsaustausch zur Thematik Krankenhausfinanzierung und -planung stehen zunehmend auch mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sowie in Deutschland im Vordergrund. Ebenso wurden die Erörterungen zu möglichen Lösungsoptionen gegen den Ärztemangel fortgesetzt.

Im Berichtsjahr 2012 ist erstmals zu verzeichnen, dass wieder eine leicht steigende Zahl von deutschen Ärztinnen und Ärzten, die in der Schweiz derzeit tätig sind, Interesse an einer Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Deutschland haben. Dies dürfte nicht zuletzt eine Reaktion auf die Verschärfung des Ärztemangels in Deutschland sein. Kliniken in Deutschland sind zunehmend gezwungen, Ärztinnen und Ärzten deutlich bessere Rahmenbedingungen und Verträge anzubieten. Für 2013 ist eine Fortführung und Intensivierung des Fach- und Meinungsaustausches mit der Schweizer Ärzteschaft geplant.

3.3.4 Krankenhausbedarfsplanungsanalysen

Geografisches Krankenhausanalysesystem (GeKAS)

Ende 2008 wurde eine aus Mitgliedern der Krankenhausgremien bestehende Arbeitsgruppe zur Thematik „Krankenhausbedarfsplanungsanalyse“ eingerichtet. Vorsitzender dieser Arbeitsgruppe ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Vorsitzender ihrer Krankenhausgremien und Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Das GeKAS-Software-Analysetool wurde in Fortsetzung der Aktivitäten der Vorjahre auch 2012 – soweit möglich – aktualisiert. Diese umfasst einerseits Nachjustierungen im Bereich der Qualitätsberichtsdaten, andererseits ICD- und OPS-Einpflegungen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) neugeschaffenen sektorenübergreifenden Beratungsgremien gem. § 90a SGB V wird ein zunehmender Erörterungs- und Beratungsbedarf auf Landesebene zu erwarten sein. Analysen und Simulationen mit Hilfe des Geografischen Krankenhausanalysesystems können dabei helfen, Fragen zu spezifizieren bzw. weitere Lösungsoptionen und Vorschläge zu erschließen.

Am 12.11.2012 wurde ein eintägiger Workshop zu GeKAS-Nutzungsoptionen durchgeführt. Nach einer Einführung in die Funktionalitäten von GeKAS mit einem Überblick über den aktuellen Stand und die aktuellen PC-Funktionalitäten wurden anhand von Praxisbeispielen zur Neugliederung der Notfallversorgung in Westfalen-Lippe und zur

Analyse der Perinatalversorgung in Nordrhein-Westfalen auch praktische Erfahrungen bei dem Einstieg einer Landesärztekammer am Beispiel Niedersachsen erörtert. Die umfängliche Beteiligung von Verantwortlichen in den unterschiedlichen Landesärztekammern zeigt, dass nicht zuletzt die Diskussionen und Anforderungen zu den neu geplanten Gremien gem. § 90a SGB V, aber auch die zunehmende Involvierung der Landesärztekammern mit ihrer spezifischen Expertise in die Krankenhausplanungsdebatte eine Fortführung des Expertenaustausches sinnvoll werden lässt. Für das Jahr 2013 ist daher sowohl die Tagung der zuständigen Arbeitsgruppe GeKAS als auch die Wiederholung eines Workshops für Mitarbeiter der Bundesärztekammer sowie der Landesärztekammern geplant.

Die zukünftig verstärkte Integration ärztlicher Expertise in die Krankenhaus- und Bedarfsplanungsdebatte sichert u. a. eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung, eine Analyse möglicher Nachjustierungsnotwendigkeiten im Bereich der Notfallversorgung sowie indirekt die Adaptierung von verbesserten Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis. In diesem Zusammenhang wird die Bundesärztekammer ebenfalls prüfen, inwieweit das Geografische Krankenhausanalysesystem auch im Bereich der ärztlichen Weiterbildung bei der Analyse spezifischer Weiterbildungsfragen unterstützend eingesetzt werden kann.

3.3.5 Gesundheitsmarkt/Gesundheitswirtschaft

Neben dem „klassischen" Gesundheitswesen im Regelungsbereich des SGB V werden im deutschen Gesundheitswesen zunehmend Diskussionen zur Bedeutung der Gesundheitswirtschaft geführt. Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass der Fachaustausch zwischen den betroffenen Ministerien, nämlich dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) in Verbindung mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) deutlich zugenommen hat. Nicht zuletzt die Thematik „Personalmangel" steht zukünftig z. B. auch für Unternehmungen und Projekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland im Vordergrund. Es ist absehbar, dass es zu einer Zunahme der Konkurrenz um hochqualifizierte Fachkräfte im Bereich der Forschung zwischen dem klassischen Gesundheitswesen und der Gesundheitswirtschaft kommen wird. Neben den erheblichen Erweiterungen der wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen ist für das Berichtsjahr festzuhalten, dass sich die Beteiligten in der Gesundheitswirtschaft deutlich stärker zu Wort melden. Zudem wurde die neue Begrifflichkeit „Industrielle Gesundheitswirtschaft" eingeführt.

In Verknüpfung mit einer im Oktober 2012 veröffentlichten Studie der Technischen Universität Berlin soll den verantwortlichen Politikern sowie der Bevölkerung seitens der Industrie zunehmend verdeutlicht werden, dass sich die Gesundheitswirtschaft zu einem der entscheidenden Wirtschaftsbereiche des Landes entwickelt hat. Insgesamt erwirtschaftete die Gesundheitsbranche im Jahr 2011 knapp elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Jeder siebte Beschäftigte in Deutschland ist im Bereich des Gesundheitswesens beschäftigt. Damit wird dieser Sektor derzeit zum größten Sektor der deutschen Volkswirtschaft. Da das Gesundheitswesen bzw. der Gesundheitsmarkt bisher hauptsächlich als Kostenfaktor wahrgenommen wurde, haben sich namhafte Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zusammengeschlossen (Bayer, Böhringer Ingelheim, Frese-

nius, Grünental, Merck, Roche und Sanofi), um einige wesentliche Unternehmensdaten gemeinsam auswerten zu lassen. Auf Basis der Ergebnisse wurde im Oktober 2012 u. a. dargelegt, welche Relevanz diese und andere Unternehmen im Bereich der Bruttowertschöpfung, der Investitionen, der Beschäftigung, der Ausgaben für Forschung und Entwicklung sowie im Export für das Land haben sollen.

Die weitere Debatte im Berichtsjahr zeigt, dass ähnlich wie die Beteiligten im klassischen Gesundheitswesen die in der Gesundheitswirtschaft Engagierten zunehmend ein massives Interesse haben, Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel zu initiieren sowie langfristige, nachhaltige und verlässliche Rahmen- und Investitionsbedingungen durch die Politik zu erhalten.

Ebenso öffnet sich die Gesundheitswirtschaft zunehmend der Thematik der Vernetzung. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg hatte wiederholt auf die Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen hingewiesen. Hierbei wurde auch deutlich, dass derzeit noch nicht im ausreichenden Maße funktionsfähige Tools (z. B. IT-Systeme) Fortschritte dieser Kooperationsprojekte – wie z. B. in den Arztnetzen – ermöglichen.

In den unterschiedlichen Diskussionen des Jahres 2012 zeigte sich zudem, wie wesentlich es für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft – und somit auch für den für Deutschland sehr relevanten Export – ist, dass Innovationen im Gesundheitswesen zeitnah Einzug halten können sowie mittel- und langfristig planbar bleiben. Den Instrumentarien des sogenannten „Vorschlagsverfahrens für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie den Erprobungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird daher nicht nur eine erhebliche Bedeutung für den Bereich des SGB V, sondern auch für die Exportfähigkeit der Gesundheitswirtschaft zukommen.

Abzuwarten bleibt, wie weit dies in den weiteren Diskussionen zur Adjustierung der Rahmenbedingungen 2013 Berücksichtigung finden wird. Insgesamt könnte die derzeitige Diskussion zur Gesundheitswirtschaft zum Teil dazu beitragen, dass das Gesundheitswesen und die damit verbundenen Finanzmittel nicht mehr nur als Kosten und Belastungen wahrgenommen werden. Andererseits gilt es für das Jahr 2013 darauf zu achten, dass nicht unter dem Stichwort „Gesundheitswirtschaft“ finanzielle Mittel aus dem Bereich der klassischen Gesundheitsversorgung zweckentfremdet werden (z. B. unter dem Gesundheitswirtschaftsverständnis zur Prävention oder der Thematik Wellness).

3.3.6 Wettbewerb im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung des stationären Sektors

Im Jahre 2011 war über eine Regelung im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zur Adaptierung des § 69 SGB V eine wesentliche Änderung des Kartellrechtes zum 01.01.2012 eingeleitet worden. Damit wurde in Verbindung mit § 1 des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) die Vorschrift über „Verbotene Verhaltensweisen bei marktbeherrschender Stellung“ grundsätzlich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern 2012 anwendbar. Im Berichtsjahr legte die Bundesregierung einen Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (8. GWB-ÄndG) vor. Die mit der Novelle ver-

bundene Anwendbarkeit des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf das Verhältnis von Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander (und zu den Versicherten) wurde seitens des GKV-Spitzenverbandes, aber auch in einer Stellungnahme des Bundesrates vom 11.05.2012 (BR-Drs. 176/12 [Beschluss]) zu diesem Entwurf explizit abgelehnt. Damit schloss sich der Bundesrat indirekt einer Argumentationslinie der Bundesärztekammer in den Jahren 2010/2011 an, demgemäß Krankenkassen nicht nur keine Unternehmen im kartellrechtlichen Sinn darstellen, sondern auch als Teil der mittelbaren Landes- bzw. Bundesverwaltung mit Rechtsaufsicht in ein konsistentes System eingebettet sind, das insbesondere durch das Genehmigungserfordernis von freiwilligen Vereinigungen von Krankenkassen durch die Rechtsaufsicht den Bedarf an einer Fusionskontrolle vollständig „befriedigt". Seitens der Bundesregierung wurde im Berichtsjahr argumentiert, dass die Prüfung einer Fusion durch das Bundeskartellamt darauf abziele, eine Verschlechterung der Wettbewerbsstrukturen zu verhindern. Dieser Schutz wird laut Bundesregierung nicht durch die Prüfung der sozialrechtlichen Aufsichtsbehörden sichergestellt. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 17/9852) zielt darauf ab, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Bereich der Fusionskontrolle, der Missbrauchsaufsicht und des Verfahrens bei Kartellverstößen, weiter zu modernisieren. Ebenso wird in dem 2012 diskutierten Entwurf klargestellt, dass eine Regelung für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorsieht, dass die Aufgaben, zu deren Erfüllung der G-BA gesetzlich verpflichtet ist, aus dem Anwendungsbereich des Kartellrechtes ausgeschlossen sind.

Festzuhalten bleibt für das Berichtsjahr, dass keine dezidierte Diskussionen über die möglichen Kollateralwirkungen der vorgesehenen kartellrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Regelungen auf den Bereich des Sozialrechtes zu verzeichnen waren. Angesichts paradigmatischer Änderungen für das Gesundheitswesen dürfte zukünftig mit erheblichen, derzeit noch nicht näher erörterten Auswirkungen zu rechnen sein. Für Ärztinnen und Ärzte, die z. B. zukünftig bei einer entsprechenden Krankenkasse noch Forderungen offen hätten, könnte eine mögliche Komplettinsolvenz einer Krankenkasse (keine Stützung durch andere Krankenkassenverbände wie im Jahr 2010), weitreichende Folgen nach sich ziehen.

Die Bundesärztekammer wird daher 2013 ihre konstruktiv-kritische Diskussion mit den Beteiligten, u. a. dem Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) sowie dem Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), fortsetzen.

Freiberuflichkeit: Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft

Auch 2012 hat sich die Bundesärztekammer nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Beratungen des 112. Deutschen Ärztetages 2009 zur Thematik weiter für die Stärkung der Freiberuflichkeit in Klinik und Praxis eingesetzt. Nicht zuletzt hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, bei der Eröffnungsrede des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg nachdrücklich den Erhalt der Freiberuflichkeit eingefordert. Die Diskussion des 115. Deutschen Ärztetages war auch geprägt von der Zukunft der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund forderte der Präsident: „Wir Ärzte stehen für Therapiefreiheit, freie Arztwahl und Freiberuflichkeit. Wir wollen Pluralität statt Einheitsversicherungen. Wir wollen einen sozial geregelten, gerechten Wettbewerb, aus dem Fortschritt und Zukunft erwachsen können". Zudem wies er darauf hin: „Die Freiheit ärztlicher Entschei-

dungen in medizinischen Fragen sei zugleich eine Grundfreiheit der Patienten. Wie soll denn ein Patient, aufgeklärt und wissend, frei und mündig etwas zu seiner eigenen Zukunft entscheiden, wenn er nicht weiß, ob der Arzt, der ihn berät und behandelt, als Sachwalter der Interessen der Patienten auftritt oder nicht als Vertreter des Staates oder Krankenkassen?“ In diesem Zusammenhang verwies der Präsident auf die höchstrichterliche Entscheidung, dass freiberuflich tätige Ärzte bei der Ahndung von Korruption als „Beauftragte“ der Krankenkassen gelten sollten, und führte aus, dass es gefährlich sei, wenn – wie beabsichtigt – Ärztinnen und Ärzte generell zu Erfüllungsgehilfen oder Beauftragten von Krankenkassen gemacht würden. Sie würden damit in allen kostenwirksamen Entscheidungen in den Konflikt zwischen den Interessen des Patienten und der Kassen gezwungen.

Der 115. Deutsche Ärztetag nahm diese Anregung auf und fasste den Beschluss, dass das auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorzulegende tragfähige Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit sowie der Subsidiarität und Eigenverantwortung gerecht werden muss (DÄT-Drs. II-09 und II-12). Ebenso wurde in einem weiteren Beschluss deutlich gemacht, dass die Zukunft der Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit genutzt werden soll (DÄT-Drs. IV-18). „Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist die entscheidende Grundlage für die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und gleichzeitig die inhaltliche Basis der ärztlichen Freiberuflichkeit und damit ein wichtiges Instrument in unserem Kampf gegen Deprofessionalisierung und Substitution“.

Bezüglich der potenziellen (in)direkten Einschränkung ärztlicher Freiberuflichkeit durch weitere Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bleibt im Berichtsjahr zu konstatieren, dass durch die fehlende direkte Beteiligung der Bundesärztekammer an den Beratungen des G-BA dort keine wesentlichen Fortschritte zur Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit erzielt werden konnten. Es gilt daher umso mehr für das Jahr 2013, auch dem neuen Vorsitzenden des G-BA deutlich zu machen, welche Relevanz die Unabhängigkeit des Patienten-Arzt-Verhältnisses und die Freiberuflichkeit für die generelle Akzeptanz des Gesundheitswesens haben.

3.3.7 Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze – Verbesserung der Krankenhaushygiene

Im Sommer 2011 nahm das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze die parlamentarischen Hürden. Nachdem der Bundesrat in seiner Sitzung im Juli 2011 den Vermittlungsausschuss nicht anrief, konnte dieses Gesetz, welches sich insbesondere die Verbesserung der hygienischen Bedingungen in den Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Ziel setzte, zum 1. August 2011 in Kraft treten (siehe nähere Einzelheiten im Tätigkeitsbericht 2011).

Nach diesen gesetzlichen Neuregelungen haben die Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren, aber auch Tageskliniken, Arztpraxen und weitere Einrichtungen die Verhütung von Infektionen und die Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft sicherzustellen. Die Einhaltung wird vermutet, wenn die veröffentlichten Empfehlungen der

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beachtet worden sind. Die Verpflichtung zur Erstellung und Einhaltung von Hygieneplänen können seitens der Landesregierungen per Rechtsverordnung auf Arzt- und Zahnarztpraxen ausgeweitet werden.

Die Landesregierungen wurden verpflichtet, bis zum 31. März 2012 Hygieneverordnungen zu erlassen. Darin haben die Länder neben Präventionsmaßnahmen und Konzepten zur Infektionsvermeidung insbesondere Regelungen über die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern sowie die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten zu treffen. Im Hinblick auf die derzeit nicht in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Fachärzte, Hygienefachkräfte und hygienebeauftragten Ärzte sind auf Landesebene Übergangsregelungen vorzusehen, welche befristet bis zum 31. Dezember 2016 möglich sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, in seinen Richtlinien bis zum 31. Dezember 2012 Anforderungen an die Qualität der Hygiene in der Versorgung festzulegen. Neben Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung hat der G-BA weitere geeignete Anforderungen, z. B. zum internen Qualitätsmanagement oder zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen. Außerdem wird der G-BA verpflichtet, Indikatoren festzulegen, mit denen relevante Qualitätsaspekte der hygienischen Versorgung in den Krankenhäusern geprüft und zwischen den Einrichtungen verglichen werden können.

Die Krankenhäuser haben die Ergebnisse der vom G-BA neu festgelegten Hygieneindikatoren – sofern sie für eine Veröffentlichung geeignet sind – in den Qualitätsberichten darzustellen. Diese sind ab dem Jahr 2013 jährlich und nicht mehr wie bisher im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen. Das Gesetz verpflichtet die Bundesregierung ferner, bis zum 31. Dezember 2014 einen Evaluationsbericht (Begleitforschung) über die neuen Bestimmungen im Infektionsschutzgesetz (IfsG) vorzulegen.

3.3.8 Ökonomisch orientierte Bonusvereinbarungen im Rahmen von Chefarztverträgen

Zunehmend unterbreiten Krankenhäuser neu einzustellenden Chefärzten Verträge, die gemäß dem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegebenen Chefarztvertragsmuster im Rahmen der Chefarztvergütung variable Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen, auf ökonomische Zielerreichungsgrößen ausgerichtete Bonuszahlungen vorsehen. Auf breiter Front haben Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztverträgen (variable Gehaltsboni in Abhängigkeit von der Einhaltung ökonomischer Zielerreichungsgrößen) erstmals in das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in sechster geänderter Auflage 2002 herausgegebene Chefarztvertragsmuster Eingang gefunden. In einer gemeinsam mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und dem Marburger Bund erarbeiteten und vom Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2003 verabschiedeten Stellungnahme sind die in diesem Vertragsmuster als Empfehlung der Krankenhausträger vorgesehenen variablen Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen Bonuszahlungen strikt abgelehnt worden.

Das DKG-Vertragsmuster sieht vor, dem Chefarzt neben einer Festvergütung variable Vergütungsbestandteile zu gewähren. Die variable Vergütung erfolgt durch eine prozentuale Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers in im Vertrag im Einzelnen angeführten Bereichen. Ferner beinhaltet die variable Vergütung einen möglichen Bonus, welcher gewählt wird, wenn der Chefarzt die in einer jährlich zu treffenden Zielvereinbarung festgelegten Zielgrößen erreicht hat.

Insbesondere die Bindung der dem Chefarzt eingeräumten möglichen Boni an die Einhaltung von vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen ist von der Bundesärztekammer insoweit als höchst bedenklich bewertet worden, als hierdurch eine nicht hinnehmbare Verknüpfung der Chefarztvergütung mit vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielkriterien bewirkt wird, die das Risiko in sich bergen, dass der Chefarzt durch finanzielle Anreize veranlasst werden kann, Leistungseinschränkungen oder -ausweitungen zu erwägen, welche zulasten der Patientenversorgung gehen können oder nicht angezeigt sind. Eine derartige Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und ökonomischer Erwägungen widerspricht dem ärztlichen Berufsethos und wird daher von der Bundesärztekammer strikt abgelehnt. Auch wenn die Anerkennung und Berücksichtigung ökonomischer Erfordernisse notwendig und unbestritten ist, darf dies nicht dazu führen, dass auf diese Weise medizinische Entscheidungen im Krankenhaus primär von wirtschaftlichen Kriterien determiniert werden.

Die Bundesärztekammer, der Verband Leitender Krankenhausärzte und der Marburger Bund haben in ihrer seinerzeitigen und in den grundlegenden Bewertungen nach wie vor Bestand habenden Stellungnahme Ärztinnen und Ärzten dringend empfohlen, sich im Hinblick auf Verhandlungen über einen Chefarztvertrag und vor seiner Unterzeichnung kompetenten und individuellen rechtlichen Rates durch im ärztlichen Berufs-, Arbeits- und Vertragsrecht versierte Juristinnen und Juristen zu versichern. Hierbei sollen die vorstehenden Bewertungen weitest möglich Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus haben die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer im Jahr 2007 ein im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichtes Thesenpapier mit dem Titel „Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit – Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Hinweise und Erläuterungen“ beschlossen, in welchem auch die Frage erörtert wird, inwieweit finanzielle Anreize im Rahmen von Vergütungsregelungen in Chefarztverträgen zulässig sind. Hierin findet sich u. a. die Feststellung, dass variable Vergütungsbestandteile grundsätzlich keinen berufsrechtlichen Bedenken begegnen. „Mit jedem Bonus für das Erreichen vertraglich vereinbarter Ziele ist jedoch eine Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit verbunden, weil sich der Arzt im Einzelfall veranlasst sehen könnte, zum Erreichen des Bonus nicht die für den Patienten günstigste Behandlungsform zu wählen“. Deshalb wird auf § 23 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO) verwiesen, wonach die Vergütung oder Vergütungsvereinbarung den Arzt nicht in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigen darf. Weitere Hinweise und Erläuterungen zur Ausgestaltung von Boni werden gegeben. Zuletzt hat sich der Berufsordnungsausschuss in seiner Sitzung am 26.06.2012 mit dem Thema Bonuszahlungen an Chefärzte befasst und diese Positionen nochmals bestätigt.

Ebenso hat jüngst der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die kritische Haltung der Ärzteschaft gegenüber solchen auf ökonomische Kriterien ausgerichteten Bonuszahlungen bei Chefarztvergütungen in einer einstimmig angenommen Entschließung nachdrücklich bekräftigt (DÄT-Drs. IV-12). Hierin fordert der Deutsche Ärztetag die Krankenhausträger

auf, rein ökonomisch orientierte Anreizmechanismen zu vermeiden und die berufsrechtlich gebotene ärztliche Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen nicht zu gefährden.

Berufsrechtlich unbedenklich oder sogar begrüßenswert sind demgegenüber Bonuszahlungen, welche nicht an die Erreichung von ökonomischen, sondern von leistungsbezogenen Zielen im ärztlich-medizinischen Bereich anknüpfen. So könnten Bonuszahlungen vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen – Aufgaben der Aus- und Weiterbildung/ Mitarbeiterzufriedenheit etc.) ausgerichtet werden.

Entsprechend der Beratungen und Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern in ihrer Sitzung am 13./14.09.2012 hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 20./21.09.2012 beschlossen, dass sich die Bundesärztekammer dieser Problematik weiterhin kontinuierlich annimmt, indem sie in Kooperation mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte eine Kontaktstelle „Zielvereinbarung (Chef-)Arztverträge“ einrichtet, an welche entsprechende Vertragspassagen gemeldet werden können. Ziel soll es sein, in dieser Hinsicht berufsrechtlich kritische Vorgaben breitest möglichst zu identifizieren sowie diese in den Berufsordnungs- und Krankenhausgremien der Bundesärztekammer auf rechtlich und/oder ethisch-moralisch zweifelhafte Inhalte zu prüfen. Als Ergebnis dieser Prüfung könnte die rechtliche und/oder ethisch-moralische Würdigung besonders relevanter Vertragspassagen auch veröffentlicht werden, um dem Abschluss solcher Vereinbarungen möglichst frühzeitig entgegenwirken zu können.

Die rechtliche Bewertung von Verträgen bzw. neuralgischen Klauseln soll weiterhin die zuständige Landesärztekammer auf der Grundlage der jeweiligen Berufsordnung, aber nunmehr in Kenntnis von kritisch zu bewertenden Vertragspassagen aus anderen Landesärztekammerbereichen vornehmen. In der in Kooperation mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte eingerichteten Kontaktstelle zur Meldung von fragwürdigen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen sollen diese identifiziert und die entsprechenden Vertragspassagen dokumentiert werden. Die Bundesärztekammer wird sich vorbehalten, ihre Prüfungsergebnisse bei rechtlich oder ethisch-moralisch besonders kritischen Fällen auch zu veröffentlichen.

In einer Pressemitteilung vom 27.11.2012 hat flankierend zu dieser Initiative der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, der Deutschen Krankenhausgesellschaft Unterstützung bei der Erstellung von diesen Kritik aufgreifenden und berücksichtigenden Chefarztvertragsmustern angeboten. Für alle Beteiligten wäre es von großem Vorteil, wenn hierüber sogar wieder gemeinsame Formulierungshilfen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte und des Marburger Bundes erreicht werden könnten.

Unterstützt wird die ablehnende Haltung der Ärzteschaft gegenüber Chefarztboni von der Unionsfraktion im Bundestag. Bereits im Zuge der Beratungen des Patientenrechtegesetzes legte der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, einen Entwurf für einen Änderungsantrag vor, der eine Offenlegungspflicht für Bonusvereinbarungen vorsah. So sollten Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten darlegen, ob und in welcher Form sie Bonusvereinbarungen mit den ärztlichen Beschäftigten getroffen haben, die die fachliche Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gefährden könnten. Allerdings scheiterte der Antrag, weil sich die Fraktionen von Union

und FDP im Gesundheitsausschuss des Bundestags nicht auf eine gemeinsame Formulierung einigen konnten. Einen neuen Anlauf unternahmen die Fachpolitiker im Dezember 2012. So wurde im Rahmen der Beratungen zum Krebsregistergesetz diskutiert, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abgeben soll, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. Doch wurde auch dieser Entwurf eines Änderungsantrages zurückgezogen, weil dem Vernehmen nach weiterer Diskussionsbedarf zwischen den Koalitionspartnern bestand.

3.4 Sektorenübergreifende Versorgung

Der Begriff der Integrierten Versorgung wurde erstmalig mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Die Bestrebungen, die starren Sektorengrenzen aufzuheben bzw. ihnen zu mehr Durchlässigkeit zu verhelfen, bestehen allerdings schon deutlich länger und wurden in den letzten Jahren durch eine Vielzahl gesetzgeberischer Vorhaben umzusetzen versucht. Eine handfeste Erfolgsgeschichte resultierte hieraus allerdings bisher nicht. Im Jahr 2012 standen die Einführung der Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V und die Neufassung des § 116b SGB V durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) im Mittelpunkt.

3.4.1 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Die bereits eingetretene und vor allem auch die für die Zukunft sich abzeichnende Ungleichheit beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung stellt seit mehreren Jahren ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema dar. Sowohl der 112. als auch der 113. Deutsche Ärztetag in den Jahren 2009 bzw. 2010 hatten darauf hingewiesen, dass es konzertierter Aktionen der Selbstverwaltungspartner und Planungsbehörden auf Landesebene gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Kommunen bedürfe, um den Versorgungsengpässen in der Fläche wirksam entgegenzutreten. Dabei wirkt sich die bereits in ländlichen Regionen und städtischen sozialen Brennpunkten bestehende Unterversorgung, insbesondere bei älteren, chronisch und mehrfach erkrankten Patienten, negativ aus. Sie wird sich nach Einschätzung der Ärzteschaft in den kommenden Jahren verschärfen, wenn nicht eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert wird. Notwendig ist nach Ansicht der Ärzteschaft nicht nur die Weiterentwicklung der jeweils sektorspezifischen Bedarfsplanungsregelungen und -instrumente, sondern insbesondere auch die systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

Diese Entwicklung wird auch von den Bundesländern mit Sorge betrachtet. So hatte die 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2009 das Erfordernis der Sicherung einer be-

darfsgerechten, flächendeckenden und der demografischen Entwicklung angepassten sowie sektorenübergreifenden Versorgung der GKV-Versicherten betont. Nach Ansicht der Länder ist hierzu die Stärkung der regionalen Steuerungsmöglichkeiten erforderlich, um die Belange der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in den Ländern gewährleisten zu können. Basierend auf ihrem Beschluss aus dem Jahr 2009 hat die 83. Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Sitzung im Sommer 2010 in Hannover beschlossen, den Bundesgesetzgeber aufzufordern, bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen folgende Aspekte zu berücksichtigen und die Länder in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen frühzeitig einzubeziehen:

1. Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig:
   - die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren,
   - auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und
   - sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen.
2. Die Länder werden an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.
3. Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.
4. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.
5. Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen. Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.
6. Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die Bevollmächtigten bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft, die der Länderaufsicht unterliegt. Eine verbindliche Konfliktregelung zwischen den Bevollmächtigten ist notwendig, um eine Entscheidungsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften zu gewährleisten.
7. Um zukünftig Lösungen ohne Grundgesetzänderungen zu ermöglichen, wird angeregt, in das Grundgesetz eine entsprechende Ermächtigungsklausel in Art. 87 Abs. 2 GG aufzunehmen, der durch folgenden Satz 3 ergänzt werden sollte: „Durch Bundesgesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, kann geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen auch abweichend von den Sätzen 1 und 2 soziale Versicherungsträger zur Verwaltungszuständigkeit der Länder gehören."

Die Gesundheitsministerkonferenz fasste diesen Beschluss in der Befürchtung, ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört, nicht mehr ausführen zu können. Durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erscheint den Ländern die Wahrnehmung dieser Aufgabe zunehmend erschwert.

Der aus Sicht der Länder notwendige gesetzliche Änderungsbedarf aus dem Beschluss „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung" der 83. Gesundheitsministerkonferenz wurde anlässlich ihrer Sondersitzung am 25.10.2010 vorgelegt. Neben zahlreichen Vorschlägen zur Weiterentwicklung der sektorspezifischen Bedarfsplanung sprachen sich die Länder dafür aus, die für die Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien künftig durch ein sektorenübergreifendes Gremium zu ergänzen. Konkret schlug die Gesundheitsministerkonferenz vor, eine neue Vorschrift (§ 90a neu) in das SGB V aufzunehmen, in dem dieses neue Gremium (Gemeinsames Landesgremium) geregelt wird.

Dieser Vorschlag wurde zunächst jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Begründung abgelehnt, dass eine bessere Verzahnung der Versorgung nicht durch Planung, sondern durch Öffnung eines ambulanten spezialärztlichen Bereichs für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu gleichen Bedingungen erreicht werden soll. Konsequenterweise wurde ein sektorenübergreifendes Planungsgremium auch nicht in dem Mitte Februar 2011 vom BMG vorgelegten Positionspapier zum geplanten Versorgungsgesetz erwähnt. Tatsächlich erfolgte Ende März 2011 eine Einigung zwischen Bund und Ländern dahingehend, dass den Ländern im SGB V das Recht eingeräumt werden sollte, ein sektorenübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen. Der gefundene Konsens sah ferner vor, dass die nähere Ausgestaltung und Besetzung den Ländern überlassen bleiben sollte und die Beschlüsse des Gremiums nur Empfehlungscharakter ohne unmittelbare Bundeswirkung haben sollten. Dieser Kompromiss hat dann auch Eingang in das zum 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz gefunden.

3.4.2 Gemeinsames Landesgremium

In einem Schreiben an die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder anlässlich der Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 06.04.2011 wurde von Seiten der Bundesärztekammer unter Berücksichtigung der aktuellen Beratungsergebnisse der AG „Sektorenübergreifende Versorgungsplanung" von Bundesärztekammer und Landesärztekammern am 23.03.2011 nochmals eindringlich für die Schaffung eines Gemeinsamen Landesgremiums sowie für die stimmberechtigte Einbindung der Landesärztekammern in dieses Gremium geworben. Trotz der eindringlichen Appelle der Bundesärztekammer – u. a. in mehreren Schreiben im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens sowie in den Stellungnahmen zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz – konnte nicht erreicht werden, dass die Landesärztekammern vom Bundesgesetzgeber als feste Mitglied vorgesehen wurden. Von daher kommt es nun darauf an, ob die Landesärztekammern in ihren jeweiligen Ländern eine Aufnahme in den Kreis der Beteiligten erreichen können.

Um den aktuellen Sachstand in den Bundesländern nachzuhalten, führt die Bundesärztekammer regelmäßig Abfragen bei den Landesärztekammern durch. Grundsätzlich zeigte sich Ende 2012 ein heterogenes Bild bei der Umsetzung des § 90a SGB V. Während in einem Bundesland eine gesetzliche Grundlage bereits geschaffen wurde, ist in einem anderen Bundesland die Frage noch offen, ob es überhaupt zur Bildung des Gemeinsamen Landesgremiums kommt. Auch die Einbeziehung bzw. die Beteiligungsrechte der Landesärztekammern fallen deutlich unterschiedlich aus. Zum jetzigen Zeitpunkt kann daher noch kein abschließender Sachstand über die Einbeziehung der Landesärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien gegeben werden kann.

3.4.3 Schnittstellenmanagement

Ein Ansatz zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung stellt das Schnittstellenmanagement dar. Aus diesem Grunde beauftragten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine interdisziplinäre Expertengruppe unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), entsprechende Empfehlungen zu entwickeln. Als Ergebnis dieser Zusammenarbeit wurden Checklisten zur ärztlichen Orientierungshilfe erarbeitet, die im März 2012 in erster Auflage erschienen sind. Die Checklisten orientieren sich an einer Stellungnahme der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. Die Checklisten sollen dazu beitragen, den Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus so zu organisieren, dass eine gute, individuelle Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet wird. In einem zweiten Schritt soll die Umsetzbarkeit der Checklisten in der Praxis in einem Feldversuch überprüft werden. Nach der Evaluation ist eine Erweiterung der Empfehlungen vorgesehen, an der auch andere medizinische Berufsgruppen beteiligt werden sollen. Die Checklisten können im Netz heruntergeladen werden unter http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf.

3.4.4 Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Mit der Förderung kooperativer Versorgungsformen hat sich der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg in einem eigenen Tagesordnungspunkt eingehend befasst. Nach Einschätzung des Ärztetages lassen sich durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und nicht zuletzt die eigene Berufszufriedenheit steigern. Die vom Ärztetag mit großer Mehrheit verabschiedete Entschließung „Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern“ (DÄT-Drs. III-01) schließt mit einem Appell an die junge Ärztegeneration, aktiv neue Wege ärztlicher Kooperationen und Netzwerkbildung mitzugestalten und somit die medizinische Versorgung der Bevölkerung zukunftssicher zu machen. In Anbetracht der politischen Bedeutung und des zukünftigen Handlungsauftrages für die Bundesärztekammer ist diese Entschließung nachfolgend im Wortlauft angefügt:

„In seinen ‚Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft‘, dem sogenannten Ulmer Papier, hat bereits der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm die Notwendigkeit

einer flexiblen Nutzung sektorenübergreifender Kooperationsformen herausgestellt. Das entscheidende Optimierungspotenzial für die ärztliche Versorgung der Zukunft liegt auch nach weiteren Forderungen Deutscher Ärztetage vor allem in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. Die Koordination, in der Regel Aufgabe des Hausarztes, muss hierbei medizinisch begründbaren Regularien folgen, welche zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. Hochtechnisierte Diagnostik und Therapie sowie multimodale Behandlungskonzepte machen bereits jetzt eine stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und nicht zuletzt die eigene Berufszufriedenheit steigern.

So hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2009 hervorgehoben, dass die hausärztlichen, ambulanten und stationären fachärztlichen sowie pflegerischen Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll zu verzahnen sind.

Förderung innovativer Versorgungskonzepte

Innovative Formen der Kooperation und Zusammenarbeit sowohl mit der eigenen als auch mit anderen Berufsgruppen resultieren nicht nur aus dem Ärztemangel, sondern entsprechen vielmehr den im Vergleich zu früheren Generationen anders ausgerichteten Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufstätigkeit. Zwar wird sicherlich sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden, insgesamt wird aber das Spektrum möglicher Kooperations- und Berufsausübungsformen deutlich breiter und vielfältiger werden. Haus- und fachärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren, zum Teil auch angestellten Ärztinnen und Ärzten werden die Versorgungslandschaft zunehmend prägen. Die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande, erfordert die Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte. Bei Bedarf gehören hierzu auch kommunale Fahr- und Transportmöglichkeiten für Patienten zur ärztlichen Versorgung im Sinne einer Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert daher zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung die Förderung innovativer kooperativer Versorgungskonzepte. Hierzu gehören:

- *Gemeinschaftspraxen im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, fachärztliche Satellitenpraxen mit ggf. abwechselnder Besetzung durch unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte, Ärztehäuser oder regionale Versorgungszentren.*
- *Kooperation in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region, ggf. einschließlich anderer Gesundheitsberufe, möglichst unter Einbeziehung des stationären Bereichs und insbesondere der Regelung des Übergangs zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär/ambulant).*
- *Intensivierung der Kooperation von Haus- und Fachärzten mit den Pflegekräften im Pflegeheim und mit den ambulanten Pflegediensten.*

- *Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation, durch Bildung ambulanter Rehabilitationszentren, in welchen die Zusammenarbeit der Ärzte der verschiedenen beteiligten Fachrichtungen mit den zuständigen Gesundheitsberufen erfolgt.*
- *Ausbau der Prävention durch Einbeziehung aller relevanten Gesundheitsfachberufe sowie anderer Berufe, wie Übungsleiter der Sportvereine (z. B. Rezept für Bewegung).*
- *Ausbau der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und psychiatrischen Tagesstätten.*

Mit der Novellierung des ärztlichen Berufsrechts, dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurden die erforderlichen Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen, wobei im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt hervorzuheben ist. Nicht zuletzt wird eine verstärkte Kooperationsbereitschaft dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit der in wirtschaftlicher Selbstständigkeit tätigen Ärztinnen und Ärzte langfristig zu sichern. Einen weiteren wesentlichen Schritt zur Förderung von Praxis- bzw. Ärztenetzen hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit der Anpassung des § 87b SGB V unternommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zusätzliches Honorar für bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen ausweisen oder das Honorar für die medizinische Versorgung einer Region zur Verfügung stellen. Ebenso muss es möglich sein, im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung die vernetzte Versorgung bestimmter Krankheitsbilder oder einer bestimmten Region zu etablieren und hierfür zusätzliches Honorar zu vereinbaren.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsverbände auf, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten mit einem Beratungsangebot bei der rechtssicheren Umsetzung vorhandener Kooperationsmöglichkeiten sowie bei den hierfür erforderlichen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Steuerungsaufgaben zu unterstützen. Hierzu gehören weiterhin die Einrichtung von Fallkonferenzen, der Ausbau von Qualitätszirkeln und berufsgruppenübergreifende Fortbildungen. Die Weiterentwicklung der Verbundweiterbildung in allen Gebieten der Patientenversorgung trägt zur gebiets- und berufsübergreifenden Kooperation bei.

Entscheidend ist, dass die jetzige Ärztegeneration die Versorgungsstrukturen zukunftsfest macht, damit die nachwachsende Ärztegeneration ihre Vorstellungen umsetzen kann.

Förderung des Belegarztwesens, insbesondere in seiner kooperativen Ausprägung

In Anbetracht der ansonsten immer noch stark ausgeprägten sektoralen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellt das Belegarztwesen schon seit jeher eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen dar. Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, d. h. die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte der gleichen Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Der Deutsche Ärztetag hat immer wieder hervorgehoben, dass

insbesondere die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Ärztinnen und Ärzte in einer belegärztlich geführten Abteilung zu einer Bündelung des medizinischen Sachverstandes führt, die eine Verbesserung der Patientenversorgung bewirkt.

Den im kooperativen Belegarztwesen tätigen Ärztinnen und Ärzten bietet sich vor allem die Möglichkeit der gegenseitigen Beratung und Unterstützung einschließlich der Assistenz bei Eingriffen sowie einer besseren Vertretung für den Fall von Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Erfahrene Belegärzte können die fachlichen Ressourcen des Krankenhauses maßgeblich verstärken und damit die Leistungsfähigkeit, insbesondere kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum, deutlich steigern. Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus einer Versorgung im kooperativen Belegarztwesen wesentliche Vorteile, so z. B. die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als integrierte Versorgung schlechthin.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt daher, dass die Regierungskoalition gemäß der Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2009 das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beibehalten und stärken will. Hierbei muss der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt erhalten, die freiberufliche Ausprägung belegärztlicher Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbstständigkeit bewahrt und deren Vergütung den hohen Leistungsanforderungen entsprechend ausgestaltet werden. Ferner muss für den Einsatz innovativer Behandlungen in der stationären Versorgung auch für Belegärzte anstatt des Erlaubnisvorbehaltes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – wie auch für Krankenhaushauptabteilungen – der Verbotsvorbehalt des G-BA gelten, damit Innovationen in der belegärztlichen Versorgung ermöglicht werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert Regierungskoalition und Gesetzgeber nachdrücklich auf, der programmatischen Ankündigung in der Koalitionsvereinbarung nunmehr auch konkrete politische Schritte zur Stärkung des Belegarztwesens folgen zu lassen, und appellierte an die Politik und an die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, Regelungen vorzusehen, die einen fairen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär ermöglichen.

Appell an die nachwachsende Ärztegeneration

Die nach 1980 geborenen Ärztinnen und Ärzte – die Generation Y – ist aktuellen Umfragen zufolge pragmatisch, kooperativ und bildet aktiv Netzwerke. In dieser Generation besteht eine klare Präferenz für geregelte und vor allem planbare Arbeitszeiten, auch in Teilzeit, mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf im kollegialen Ärzteteam. Gewünscht wird auch eine verstärkte Möglichkeit sektorenübergreifender Patientenversorgung, des wissenschaftlichen Austausches mit Kollegen und der Versorgung von Patienten mit einem interessanten breiten Spektrum an Krankheiten und Therapien. Auch die Ressource ‚Arzt' ist knapp, daher müssen neue Wege der gemeinsamen hausärztlichen und fachärztlichen Patientenversorgung sektorenübergreifend gegangen werden, damit diese Vorstellungen zur ärztlichen Berufstätigkeit bei weiterhin umfassender Sicherstellung der Patientenversorgung verwirklicht werden können.

Der 115. Deutsche Ärztetag appelliert an die junge Ärztegeneration, aktiv neue Wege ärztlicher Kooperationen und Netzwerkbildung mitzugestalten und somit die medizinische Versorgung der Bevölkerung zukunftssicher zu machen."

3.5 Rehabilitation

Der besonderen Bedeutung der Rehabilitation in Klinik und Praxis trägt die Arbeit des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation" der Bundesärztekammer Rechnung. Unter Vorsitz von Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, berät der Ausschuss die aus der ärztlichen Tätigkeit in der Rehabilitation erwachsenden Fragen und Themen wegen der engen Zusammenhänge mit der Gesundheitsförderung und der Prävention in einem deshalb bewusst derart integriert angelegten Gremium.

Nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2011 in den 1.235 (Vorjahr: 1.237) deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen knapp zwei Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt und damit ungefähr gleich viel wie in 2010. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,4 Tage, wie bereits in 2010. Ende 2011 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – ebenso wie in 2010 – knapp 171.000 Betten vorgehalten. Zugleich sank die Anzahl der Pflegetage um über eine Million auf 49,1 Mio., infolgedessen verringerte sich die Bettenauslastung um 1,4 Prozentpunkte auf 78,7 Prozent.

Anders als bei den Krankenhäusern sind bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen private Träger die größten Anbieter. Nach wie vor stehen zwei Drittel aller Betten (113.000) in einer privat geführten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nur knapp 1.000 Betten in einer öffentlich getragenen Einrichtung. 92.400 Vollkräfte versorgten in 2011 die vollstationären Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, davon entfielen 8,9 Prozent auf den ärztlichen Dienst.

Im Jahr 2010 haben die Sozialleistungsträger insgesamt 28,8 Mrd. Euro für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgegeben. In absoluten Zahlen wurden 2010 etwa eine Milliarde Euro mehr ausgegeben als 2009. Damit zeigen die Ausgaben 2010 mit 3,7 Prozent weiterhin, wie bereits im Vorjahr (5,5 Prozent), einen deutlichen Anstieg.

3.5.1 Gesetzliche Neuregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation als Grundlage für deren Weiterentwicklung

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) hat der Bereich der medizinischen Rehabilitation in 2009 für Versicherte, Leistungsträger und Leistungserbringer weitreichende Änderungen erfahren, welche sich auch zukünftig auf das Rehabilitationsgeschehen nachhaltig auswirken werden. Die wesentlichen Neuregelungen werden daher im Folgenden noch einmal kurz dargestellt.

Der Anspruch auf geriatrische Rehabilitation wurde im Zusammenhang mit den Leistungen der Pflegeversicherung ein entscheidendes Instrument zur Vermeidung, Minderung und Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit. Weiterhin wurden die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie Verbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung und der häuslichen Krankenpflege eingeführt. Die Rehabilitation für ältere Menschen wurde verbessert, damit die Betroffenen nach einem Unfall oder

nach einer Krankheit nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen, sondern in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld bleiben können. Gerade mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung ist dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen Rechnung getragen worden, in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können. Ferner wurde im Zusammenhang mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch die Krankenkassen für Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf geregelt. Zudem ist die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung vorgesehen. Dem entspricht, dass im SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) der durchgängige Verweis auf die medizinische Rehabilitation angelegt ist. So soll erreicht werden, dass es künftig auch im Bereich der Pflege zur Umsetzung des bestehenden Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege und dementsprechend zur Anwendung von Assessments bei der Bestimmung der Pflegestufen nach dem SGB XI kommen wird.

Die große Zahl chronisch kranker Menschen und der demografische Wandel, der mit einem Anstieg chronischer Erkrankungen verbunden ist, werden zukünftig eine stärkere rehabilitative Orientierung des Gesundheitssystems erfordern. Neben der vorerwähnten geriatrischen Rehabilitation und den sogenannten Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (§§ 24, 41 SGB V) sind nunmehr durch eine entsprechende Änderung des § 40 SGB V sämtliche Leistungen von bisher Ermessens- zu Regel- bzw. Pflichtleistungen bestimmt worden.

3.5.2 Perspektiven und zukünftige Potenziale der medizinischen Rehabilitation

Eine aus namhaften Vertretern aus dem Bereich des Rehabilitationsgeschehens in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Arbeitsgruppe im Rahmen der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e. V. (GVG) hat unter maßgeblicher Mitwirkung der Bundesärztekammer Ende 2010 einen in der Fachöffentlichkeit vielbeachteten Überblick über die vorhandenen und zunehmend wichtiger werdenden Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation gegeben. Herausgestellt wurde vor allem, mit welchem Potenzial die Rehabilitation – und hier insbesondere die medizinische Rehabilitation – dazu beitragen kann, dass chronisch Kranke, Behinderte und von chronischer Krankheit und Behinderung bedrohte Menschen im Alltag, in der Familie und im Beruf selbstbestimmt, gleichberechtigt und eigenverantwortlich leben können. Rehabilitation hilft ihnen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen ihrer Erkrankung besser zurechtzukommen.

Die Rehabilitation bietet mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe den Betroffenen in jeder Lebenssituation passende Angebote: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind fester Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland und werden vor allem von der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zur Verfügung gestellt. Das Spektrum der Leistungen unterscheidet sich dabei jeweils nach dem gesetzlichen Auftrag des Trägers.

Für die einzelnen Betroffenen trägt die Rehabilitation durch Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensqualität dazu bei, ihre Teilhabe zu sichern. Der Nutzen der medizinischen Rehabilitation geht zugleich weit über den unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen hinaus: Für die Leistungsträger bedeuten erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen gewonnene Beitragszahlungen und reduzierte Folgekosten wegen einer Behinderung oder Krankheit. In den Unternehmen erhält die medizinische Rehabilitation wertvolles Know-how. Leistungsfähige Arbeitnehmer sind eine Voraussetzung für hohe Produktivität in den Unternehmen. Insbesondere in Anbetracht des demografischen Wandels ist für die Gesellschaft die Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer ein Motor für Wohlstand und Wachstum. Die medizinische Rehabilitation trägt dazu bei, dass deren Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Berechnungen zeigen, dass dieser Nutzen der medizinischen Rehabilitation klar beziffert werden kann und sich Rehabilitation damit auch finanziell rechnet.

Deutschland verfügt über ein europaweit beispielhaftes und effektives Rehabilitationssystem. Als wesentlicher Baustein sozialer Sicherung stellt es auch einen positiven Standortfaktor dar. Angesichts zu erwartender Veränderungen der Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur in Deutschland und angesichts begrenzter Mittel gilt es, das Potenzial der Rehabilitation auszuschöpfen und weiterhin zu stärken. Dies erfordert, den Fokus noch stärker auf die verbliebenen Fähigkeiten der Menschen auszurichten und der individuellen Lebenssituation der Betroffenen noch stärker Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch, die Angebote noch flexibler zu gestalten und die Vernetzung im Versorgungssystem zu verbessern. Auch ist es notwendig, die Wirksamkeit und Qualität der Rehabilitation stärker wissenschaftlich zu evaluieren.

Mit dieser Expertise über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation wurden das Wissen und die Erfahrungen der Kostenträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), der Leistungsträger (ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen) und derjenigen, die Impulse zur Rehabilitation geben oder sie veranlassen (Ärzte, Arbeitsmediziner, Arbeitgeber) zusammengetragen, um zentrale Fragen der medizinischen Rehabilitation zusammenfassend und anschaulich darzustellen, Zusammenhänge zu verdeutlichen und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Herausforderungen und Anforderungen an die Rehabilitation zu geben.

3.5.3 Sachverständigenrat der Ärzteschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Vorrangige Aufgabe und Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist es, die Vielfalt der Initiativen im Bereich der Rehabilitation sowie hierauf ausgerichtete Initiativen zu fördern, zu unterstützen und zu stärken. In der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation arbeiten die Spitzenorganisationen der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenversicherung, der Hauptfürsorgestellen und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unter Mitwirkung der Ärzteschaft mit Bund und Ländern zusammen. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft umfassen insbesondere die Konkretisierung und Harmonisierung der Voraussetzungen und Inhalte von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation Beteiligten. In dem vor allem für Fragen der medizinischen, aber auch der beruf-

lichen und sozialen Rehabilitation zuständigen „Sachverständigenrat der Ärzteschaft“ der BAR sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) durch Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, und die Bundesärztekammer durch Dr. Hans-Jürgen Maas als für diesen Bereich zuständiger Geschäftsführer vertreten. Hiermit ist zwar die Bundesärztekammer seit nunmehr drei Jahrzehnten neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Sachverständigenrat der Ärzteschaft in der BAR vertreten, anders als die KBV kann sie jedoch aus nach Auffassung der BAR satzungsrechtlich bestimmten Gründen nicht Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft sein; sie gehört somit weder deren Mitgliederversammlung noch deren Vorstand als Entscheidungsträger an.

Im Vordergrund der Arbeit des Sachverständigenrates der BAR stand die Erarbeitung des Positionspapiers zu „Perspektiven der Rehabilitation“. Mit diesen Eckpunkten zur Weiterentwicklung der Rehabilitation soll nach der Zielsetzung des Sachverständigenrates ein Beitrag zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen, die sich beispielsweise aus der demografischen Entwicklung ergeben, sowie zur Zukunftssicherung der Rehabilitation im Gesundheitswesen geleistet werden. Im Verlaufe der Erarbeitung wurde vor dem Hintergrund der komplexen Strukturen und Versorgungsabläufe sowie der ökonomischen und politischen Implikationen der Rehabilitationsversorgung rasch deutlich, dass eine Beschränkung auf die besonderen sozialmedizinischen Kompetenzbereiche des Sachverständigenrates und seiner Mitglieder notwendig war. Ausgehend von den veränderten Rahmenbedingungen in der Rehabilitationsversorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Qualität ist der Fokus auf eine stärkere Berücksichtigung individueller Bedarfskonstellationen, auf die Strukturierung von Leistungen an Hand von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin und auf Erfahrungen aus entsprechenden Leitlinien und Empfehlungen gelegt worden.

Das vom Sachverständigenrat der Ärzteschaft nach über dreijährigen Beratungen unter Mitwirkung der Bundesärztekammer erarbeitete und vom Vorstand der BAR verabschiedete Positionspapier „Perspektiven der Rehabilitation“ geht davon aus, dass vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs auch für rehabilitative Leistungen innerhalb der Europäischen Union sich die in Deutschland etablierte rehabilitative Versorgung im internationalen Vergleich für die Herausforderungen der Zukunft gut gerüstet sehen kann. Die Zunahme chronischer Erkrankungen, von Multimorbidität und altersassoziierten Erkrankungen geht mit einer Zunahme von aktivitäts- und teilhaberelevanten Schädigungen und Beeinträchtigungen einher, die ihrerseits erheblichen Unterstützungsbedarf bei Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie nach sich ziehen. Gleichzeitig nimmt bei zunehmender Eigenständigkeit vieler Menschen und weiter fallenden Bevölkerungszahlen die Bedeutung von Autonomie und Fähigkeiten zu selbstständigem Handeln im Einzelfall zu. Der Wunsch, auch durch präventive Maßnahmen den komplexer werdenden Belastungen des Alltags gewachsen zu bleiben, verstärkt sich. Dies erfordert in Ergänzung zur Förderung adäquater präventiver Maßnahmen eine Zielorientierung der Rehabilitation von der Herstellung der Erwerbsfähigkeit bis hin zum Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie auch bei fehlender Aussicht auf Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und der geriatrischen Rehabilitation, welche weiterentwickelt und ausgebaut werden müssen, wird darüber hinaus eine zunehmende Bedeutung zukommen. Die wesentlichen Kernaussagen dieses Positionspapiers können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rehabilitation und Teilhabe müssen sich „wie aus einer Hand“ über alle Versorgungsbereiche erstrecken.
- Die Ausrichtung der Rehabilitation auf individuelle Bedarfe muss auf der Grundlage einer konsequenten Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgen.
- Wunsch- und Wahlrecht sowie das Persönliche Budget können die Autonomie der Betroffenen stärken.
- Sozialmedizinisch nicht begründbare Unterschiede in der frührehabilitativen Versorgung müssen beseitigt werden.
- Zugangssteuerung und Durchführung der Rehabilitation sollen wissenschaftlich fundiert erfolgen.
- Die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen muss erhöht werden.
- In der Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht Handlungsbedarf für alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen.
- Prävention und Rehabilitation müssen stärker aufeinander abgestimmt sein.

Das Positionspapier kann auf der Internetseite www.bar-frankfurt.de heruntergeladen werden.

Aus der Arbeit des Sachverständigenrates der Ärzteschaft hervorzuheben ist weiterhin der in 2011 in 13. Auflage veröffentlichte Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Dieser Wegweiser setzt sich das Ziel, Zugänge zu Teilhabeleistungen zu ermöglichen und auch Lebenschancen zu eröffnen. Damit behinderte Menschen diese Chancen bekommen und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gelingt, ist mit dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) 2002 der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt worden. Seither gab es eine Vielzahl von Veränderungen, Neuanfängen und Neuaufstellungen – nicht nur im Gesundheitswesen allgemein, sondern auch insbesondere im Rehabilitationsgeschehen. Das sogenannte Persönliche Budget ist seit dem 01.01.2008 Gesetz; die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger sollen jeden Rat- und Hilfesuchenden in allen Fragen der Rehabilitation beraten. Ebenso sind die Vereinbarungen von Gemeinsamen Empfehlungen ein wichtiger Aspekt für Menschen mit Behinderung, ihre Leistungen zügig und individuell abgestimmt zu erhalten. Der Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ soll dabei ein Lotse sein, der eine präzise Orientierungshilfe im Dschungel möglicher Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ermöglicht.

3.5.4 REHACare International 2012

Die Bundesärztekammer ist neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien seit der REHA ‘81 als dem ersten internationalen Rehabilitationskongress in der Bundesrepublik Deutschland kontinuierlich an diesem weltweit größten Fachkongress als zugleich auch wichtiger nationaler Plattform für die Rehabilitationswelt beteiligt.

Die diesjährige REHACare International fand – wieder unter ideeller Mitträgerschaft der Bundesärztekammer – vom 10. bis 13. Oktober 2012 in der Messe Düsseldorf statt. Über 51.000 Besucher informierten sich über die von 851 Ausstellern aus 32 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen sowie über Hilfsmittel aus dem Bereich von Rehabilitation und Pflege. Die REHACare International 2012 sowie mit ihr der REHACare-Kongress und der Themenpark rund um altersgerechte Wohnkonzepte sowie barrierefreies Bauen und Wohnen stießen auf großen Zuspruch der Besucher und Teilnehmer. In den fachspezifischen Vorträgen und Workshops wurde eine Vielzahl in diesem Zusammenhang stehender sozialpolitischer Themen erörtert. Bevölkerungsrückgang und Alterung führen zu neuen Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Der Kongress nahm Bezug zu dieser Thematik und stellte innovative – nicht nur technische – Lösungsansätze vor. Im Fokus standen „intelligente" Technologien, die das Leben älterer und/oder hilfebedürftiger Menschen erleichtern und unterstützen, sodass diese die Chance erhalten, selbstbestimmt in ihrem häuslichem Umfeld leben zu können. Aufgreifen konnte die REHACare 2012 damit erneut die demografische Entwicklung, welche den Markt rund um Rehabilitation und Pflege in starkem Maße prägt und zugleich das Interesse an altersgerechten Produkten fördert.

Mit weit über 600 Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen als Teilnehmern verlief auch der REHACare-Kongress 2012 erfolgreich. Unter dem Titel „Wohn(t)raum – Selbstbestimmtes Wohnen und Pflege zu Hause" bot die Veranstaltung in fünf parallel stattfindenden Vortragsreihen Informationen über altersgerechtes Bauen und Wohnen und über die Möglichkeiten, Rehabilitation und Pflege im häuslichen Umfeld zu organisieren.

Die nächste REHACare findet vom 25.09. bis 28.09.2013 wieder in Düsseldorf statt.

3.5.5 Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen

Mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" am 01.07.2001 haben Bundesregierung und Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass behinderte Menschen ihr Leben so weit wie möglich in freier Selbstbestimmung gestalten und am Leben in der Gesellschaft umfassend teilhaben können. Hiermit hat ein bedeutsamer Paradigmenwechsel seinen legislativen Ausdruck gefunden. Mit dem SGB IX wurde ein Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gebildet, der es in Fragen der Teilhabe behinderter Menschen berät und bei Aufgaben der Koordinierung unterstützt. Zu den Aufgaben des Beirates gehören insbesondere auch die Unterstützung bei der Förderung von Rehabilitationseinrichtungen und die Mitwirkung bei der Vergabe der Mittel der Ausgleichsfonds sowie die Anregung und Koordinierung von Maßnahmen zur Evaluierung der gesetzlichen Regelungen im Rahmen der Rehabilitationsforschung. Als forschungsbegleitender Ausschuss unterstützt er das BMAS bei der Festlegung von Fragestellungen und Kriterien. Das Ministerium trifft Entscheidungen über die Vergabe der Mittel des Ausgleichsfonds nur auf Grund von Vorschlägen des Beirats.

Der Beirat besteht aus 48 Mitgliedern. Mit Inkrafttreten des SGB IX wurden die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Mitglieder neu auf-

genommen. Der vorher bestehende „Beirat für behinderte Menschen“ sah diese Mitgliedschaft nicht vor. Für die Bundesärztekammer ist Rudolf Henke, Vorsitzender des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“, als Mitglied sowie Dr. Annegret Schoeller als seine Stellvertreterin vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales berufen worden. Weitere Mitglieder sind Vertreter der Arbeitnehmer und Arbeitgeber im Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Arbeit, Behindertenverbände, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Integrationsämter, die Bundesanstalt für Arbeit, die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Spitzenvereinigungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der Verband deutscher Rentenversicherungsträger, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft für unterstützte Beschäftigung, die Arbeitsgemeinschaften der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, die Berufsförderungswerke, die Berufsbildungswerke, die Werkstätten für behinderte Menschen und der Integrationsfirmen sowie Interessenvertreter ambulanter und stationärer Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene.

In seinen zwei Sitzungen im Berichtsjahr am 13. Juni und 7. November 2012 hat sich der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen intensiv mit den aktuellen Problemen der Integration und Eingliederung behinderter Menschen auf nationaler wie auf europäischer Ebene befasst und die Ausrichtung entsprechender Kongresse beschlossen.

3.5.6 Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Im Sommer 2012 legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vor. Die Bundesärztekammer nahm gegenüber dem Ministerium wie auch anschließend im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages am 24.10.2012 zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

„Die durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 bewirkte Sicherung eines Assistenzpflegebedarfs bei stationärer Krankenhausbehandlung für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftige besondere Pflegekräfte ambulant nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches XII (SGB XII) im sogenannten Arbeitgebermodell sicherstellen, wurde von der Bundesärztekammer seinerzeit ausdrücklich begrüßt.

Die nunmehr durch den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vorgesehene Ausweitung dieses Assistenzpflegeanspruchs für den genannten Personenkreis auch auf stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird von der Bundesärztekammer als konsequente Erweiterung dieses Anspruchs daher ebenso begrüßt.

Derzeit ist die besondere pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, auch während eines Aufenthalts in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nur unzureichend sichergestellt. Diese Feststellung war auch das Ergebnis eines Experten-

gespräches des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages u. a. mit der Bundesärztekammer, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, dem Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, dem Deutschen Heilbäderverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem GKV-Spitzenverband am 23. März 2011.

Der Gesetzentwurf leistet hiermit insoweit einen weiteren, wesentlichen Beitrag zur Verwirklichung der Ansprüche von Menschen mit Behinderungen gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention und des Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21.12.2008."

3.5.7 Perspektiven und weitere Entwicklungen in der Rehabilitation

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind derzeit immer noch viele „Baustellen", festzustellen, so nicht zuletzt die immer stärker rückläufige Entwicklung der Leistungsgewährung durch die Kostenträger, die immer größer werdenden Antragsstaus sowie die zwar angelaufene, aber immer noch unzulängliche Funktionsweise der Gemeinsamen Servicestellen. Als aus Sicht der Ärzteschaft ebenso unzureichend müssen die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in den Rehabilitationskliniken bewertet werden; hier müssen in den Tarifverhandlungen dringend Verbesserungen erzielt werden. Bei vielen positiv zu bewertenden gesetzlichen Vorschriften und hierauf aufbauenden Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner lässt eine insgesamt zügige Umsetzung dieser neuen Regelungen zur realen Verbesserung der Ansprüche der Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vielfach noch immer auf sich warten.

Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist auch eine von der Politik zu fordernde Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Angesichts des dort erheblich steigenden Leistungsbedarfs ist die nach wie vor bestehende Kopplung der Ausgaben an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter geradezu kontraproduktiv. Zu den Faktoren, die zu einem erheblichen Anstieg des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen führen werden, zählen die steigende Zahl chronischer Erkrankungen bei einer älter werdenden Bevölkerung, die höheren Versichertenzahlen in den rehabilitationsintensiven Alterskohorten, die Zunahme der Anschlussheilbehandlungen sowie die Konsequenzen aus der schrittweisen Einführung der Rente mit 67.

Dennoch kann auch festgehalten werden: Die medizinische Rehabilitation hat große Potenziale. Sie ist in Deutschland hoch entwickelt und fest im Sozialsystem verankert. Bei weiterhin erforderlichen Bemühungen um eine gesicherte Finanzierung können die Perspektiven durchaus positiv und zukunftsträchtig sein. Diese Potenziale auch zum Wohle der von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu nutzen, muss daher vorrangiges Ziel aller am Rehabilitationsgeschehen Beteiligter und damit auch der Ärzteschaft sein.

3.6 Betriebsärztliche Versorgung

Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz hat der Unternehmer die Aufgabe, von der beruflichen Tätigkeit ausgehende Gefahren für die Beschäftigten abzuwenden. Für diese Aufgabe kann er Experten wie Betriebsärzte für gesundheitliche Belange oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit für sicherheitstechnische Fragen bestellen. Die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, aus dem Arbeitsleben resultierende schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten und Gesundheitsschäden früh zu erkennen sowie eine berufliche Wiedereingliederung nach länger dauerndem krankheitsbedingten Ausfall zu begleiten, ist Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Insbesondere vor dem Hintergrund neuer rechtlicher Grundlagen haben die hierauf ausgerichteten Bemühungen der Arbeitsmedizin an Bedeutung gewonnen. Angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten die Arbeitsmedizin zu einer quasi vierten Säule im Gesundheitswesen neben der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt. Aus diesem Grund erfährt die Arbeitsmedizin eine besondere Unterstützung in der ärztlichen Selbstverwaltung. So werden Besonderheiten der betriebsärztlichen Versorgung in den Arbeitsmedizingremien der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Dr. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg und Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, erörtert und eine Vielzahl von Initiativen ergriffen.

3.6.1 Arbeitsmedizinische Weiter- und Fortbildung

Entwurf der Weiterbildungsordnung von Hamburg

In Anbetracht des sich anbahnenden Mangels an Betriebsärzten sieht die Ärztekammer Hamburg eine Änderung der „Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte“ vor. Die bisherige Formulierung im Abschnitt Weiterbildungszeit der Weiterbildungsordnung (WBO):

„- 24 Monate im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

soll wie folgt ersetzt werden:

„- 24 Monate stationäre Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können 12 Monate in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden“.

Die Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin stellt häufig einen Engpass für an der Arbeitsmedizin interessierte Ärztinnen und Ärzte dar. Dennoch ist sie aufgrund der abgebildeten Krankheitsbilder und dominierenden diagnostischen Verfahren eine wesentliche Voraussetzung für das Gebiet Arbeitsmedizin und sollte daher für zwölf Monate im stationären Bereich abgeleistet werden. Eine Öffnung hin zu den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung würde die Ausrichtung auf das präventive Querschnittsfach Arbeitsmedizin sinnvoll ergänzen. Die Weiterbildung sollte mindestens 24 Monate klinische Tätigkeit beinhalten, davon zwölf Monate in der Inneren Medizin. Die verbleibenden zwölf Monate könnten in der Inneren Medizin, aber auch in einem anderen Fach, welches zu den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gehört, abgeleistet werden.

Die geforderte Weiterbildungszeit beträgt 60 Monate. Davon entfallen 36 Monate auf die Arbeitsmedizin, von denen 24 Monate im Kernfach selbst abgeleistet werden müssen

und zwölf Monate in anderen Gebieten angerechnet werden können. Damit der arbeitsmedizinische Anteil nicht zu gering ausfällt, sollte die Variabilität nicht in den 36 Monaten Arbeitsmedizin, sondern im Bereich der anderen Fächer liegen.

Der in der jetzt überarbeiteten Weiterbildungsordnung vorgesehene mögliche Ersatz der Inneren Medizin durch Allgemeinmedizin sollte zugunsten des eingangs genannten Änderungsvorschlags wieder aus der WBO herausgenommen werden. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erfolgt überwiegend im ambulanten und nicht im stationären Bereich. Damit wäre eine Weiterbildung im Gebiet Arbeitsmedizin faktisch ohne klinische Weiterbildung möglich. Diese würde den Anspruch an die Qualität der Weiterbildung nicht erfüllen.

Ausschuss und Ständige Konferenz Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer plädieren dafür, dass nicht der Terminus „stationäre Weiterbildung", sondern „Weiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung" gebraucht werden soll, da „Stationäre Weiterbildung" zunehmend ein Nadelöhr darstellt.

So ist nach Auffassung der Arbeitsmedizingremien die alleinige Fixierung auf die Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin nicht mehr zeitgemäß. Die Anrechnung von Weiterbildungszeiten in der Psychiatrie und Neurologie in Anbetracht des beachtlichen Problems mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz ist sehr sinnvoll. Ebenso sind Weiterbildungszeiten in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Dermatologie zu befürworten. Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" unterstützen somit den „Änderungsantrag zur WBO Arbeitsmedizin" des Ausschusses „Arbeitsmedizin" der Ärztekammer Hamburg. Entsprechend dem Diskussionsergebnis soll jedoch der Novellierungsvorschlag abgeändert wie folgt lauten:

„... 24 Monate Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können 12 Monate in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden."

Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll entfallen.

Kriterien für Weiterbildungsbefugte

Die derzeitigen Verfahren zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis sind von Kammer zu Kammer sehr heterogen, es wird des Öfteren eine Ausstattung der Praxis verlangt, die nicht erforderlich ist. Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" sprachen sich in ihrer Sitzung am 25.01.2012 für die Erarbeitung einheitlicher Kriterien für Weiterbildungsbefugte aus, die den Ärztekammern als Empfehlungen einer Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Arbeitsmedizingremien an die Hand gegeben werden sollen.

114. Deutscher Ärztetag 2011: Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Gemäß einem Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages soll auch für Fachärztinnen/-ärzte für Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin möglich sein.

Begründet wird dieses Ansinnen damit, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in § 2a Abs. 7 die Gebiete der „unmittelbaren Patientenversorgung" definiert. Nicht enthalten sind hier die Fachgebiete Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen. Die MWBO sieht vor, für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin die „Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung" vorauszusetzen.

Gerade das Fachgebiet Arbeitsmedizin hat mit seinem präventiven Auftrag der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz das Ziel, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dazu gehören auch die Förderung der Bewegung und sportlicher Aktivitäten. Eine Zusatzqualifikation dieser Berufsgruppe ist sinnvoll und muss auch möglich sein. Der Antrag fordert daher, dass der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin an die Voraussetzung „Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder Facharztanerkennung für Arbeitsmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen" gebunden ist.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" und die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" sprachen sich dafür aus, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin" erwerben können.

Handlungsoptionen zur Nachwuchsförderung in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Folgende Handlungsoptionen zur Bewältigung der Nachwuchsproblematik in der Arbeitsmedizin wurden von den Arbeitsmedizinexperten aufgezeigt:

Verbesserte Studienbedingungen:
- mehr Möglichkeiten der Berufserkundung im vorklinischen Teil des Studiums
- Famulatur in werksärztlichen Diensten
- bessere Vermittlung spezifisch arbeitsmedizinischer Aspekte im Studium (das Fach Arbeitsmedizin ist durch die letzte Novelle eigenständig in der Approbationsordnung aufgeführt)

Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf die ärztliche Kernkompetenz:
- Delegation auf nichtärztliches Personal unter Anordnungsverantwortung des Arztes unter der Voraussetzung, dass Aufklärung, Diagnostik, Differenzialdiagnose, Therapie und ärztliche Beratung nicht delegierbar sind.

Optimierung der arbeits- bzw. betriebsmedizinischen Weiterbildung:
- Evaluation der Weiterbildungsbedingungen als Ist-Analysen
- Qualifizierung der Weiterbilder durch die Ärztekammer
- bei fehlender qualifizierter Weiterbildung durch den Befugten Entzug der Befugnis
- Weiterentwicklung des Kursbuches für den dreimonatigen theoretischen Kurs in Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin; Weiterentwicklung der didaktischen Werkzeuge zur Vermittlung der Inhalte
- adäquate Weiterbildungsstätten
- Anwendung der Logbücher
- verbesserte Weiterbildungsbedingungen in Teilzeit, insbesondere für Ärztinnen
- adäquate Vergütung der Tätigkeit

Gezielte Imagekampagnen:
- Präsentation einzelner Betriebe sowie arbeitsmedizinischer Dienste in Hochschulen
- Imagekampagnen in Betrieben, um darzulegen, welchen Gewinn eine betriebsärztliche Betreuung für den Betrieb darstellt im Sinne von Wertschöpfung durch Arbeitsschutz und Primärprävention.

Die Handlungsoptionen sollen im Rahmen von Vorträgen, Artikeln etc. bekannt gemacht werden, um eine breite Diskussion und die erforderlichen Maßnahmen zu induzieren.

Nachwuchsförderung in der Arbeitsmedizin durch Bund und Länder
Vertreter aller Bundesländer starteten im Jahr 2009 eine Initiative durch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK). Die Initiative mündete in dem Beschluss der 86. ASMK vom 21./22. Oktober 2009 in München, den Bundesminister für Arbeit und Soziales zu bitten, den Handlungsbedarf zur aktuellen und langfristigen Sicherung des notwendigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde festzustellen und Lösungswege zu beschreiben.

In der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010 in Wiesbaden wurde im Rahmen des Tagesordnungspunktes „Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses" der entsprechende Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) beraten und darauf hingewiesen, dass das Fachgebiet Arbeitsmedizin in medizinischen Kreisen offensichtlich noch nicht ausreichend bekannt ist. Die Sitzungsteilnehmer stellten fest, dass Studenten wie auch Ärztinnen und Ärzte häufig nur Teilaspekte der arbeitsmedizinischen Tätigkeit kennen. Daher ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit mit Aufklärung über das Profil, die ethischen Vorstellungen und die Ziele arbeitsmedizinischer Prävention eine notwendige Voraussetzung für die Nachwuchsgewinnung. Förderlich kann ferner der Hinweis auf geregelte Arbeitszeiten und gute Chancen zur Teilzeitarbeit sein. Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass Möglichkeiten zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Weiterbildung (ggf. auch finanzielle Förderung), zur angemessenen Bezahlung der Betriebsärzte und zum vermehrten Einsatz von fachkundigem Hilfspersonal erörtert werden müssen.

Die 87. ASMK stellte fest, dass die langfristige Sicherung des erforderlichen arbeitsmedizinischen Nachwuchses dringend vermehrter Anstrengungen aller Akteure erfordert, die sich mit der Gesunderhaltung der Beschäftigten befassen. Im Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim BMAS sind die Sozialpartner, die Länder, die Unfallversicherungsträger sowie die Wissenschaft und die Bundesärztekammer und damit alle wesentlichen Entscheidungsträger bzw. Multiplikatoren vertreten. Das BMAS hat dem AfAMed vorgeschlagen, das Thema Nachwuchssicherung im Rahmen einer öffentlichkeitswirksamen Konferenz zu behandeln. Die verschiedenen Bänke wie Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter, Vertreter der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Bund- und Ländervertreter, Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) und des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) sowie der Bundesärztekammer sollen dort ihren möglichen Beitrag zur Verbesserung der Lage der Betriebsärzte zur Diskussion stellen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat daraufhin den AfAMed gebeten, eine solche Konferenz auszurichten. Hierzu hat der AfAMed bereits eine Arbeitsgruppe eingerichtet, an deren Arbeit auch die Bundesärztekammer maßgeblich beteiligt ist. Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr viermal getagt. Die Konferenz findet am 14.01.2013 statt.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" begrüßten in ihrer Sitzung am 25.01.2012 ausdrücklich diese Initiative der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses und werden sich engagiert hierzu einbringen.

3.6.2 Betriebsärztliche Berufsausübung

Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung als Thema des 115. Deutschen Ärztetages 2012

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 18.11.2011 beschlossen, auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg die Thematik „Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung" auf die Tagesordnung zu setzen. Begründet wurde dieser Vorschlag von Dr. Udo Wolter, Vorsitzender der Arbeitsmedizingremien, damit, dass Prävention ein wichtiger Baustein für die Gesundheit unserer Gesellschaft ist. Sie muss zu allererst bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, so Prof. Dr. Fred Zepp, Mainz, auf dem Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel. Zielgruppenspezifische Aufklärung soll dazu beitragen, Eigenverantwortlichkeit und Gesundheitsbewusstsein zu stärken. Die betriebliche Prävention spielt hierbei eine besondere Rolle. Die Möglichkeiten insbesondere der Betriebsärzte, in Kontakt mit Menschen zu kommen sowie Präventionsmaßnahmen zu initiieren und durchzuführen, müssen hier stärker genutzt werden. Für diesen Tagesordnungspunkt wurde als Referent Prof. Dr. Dipl.-Ing. Stephan Letzel, seinerzeitiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e. V. sowie Mitglied des Ausschusses „Arbeitsmedizin" der Bundesärztekammer, vorgeschlagen. Damit wurde die Arbeitsmedizin als Versorgungssektor erstmals Gegenstand der Beratungen eines Deutschen Ärztetages.

Nach wie vor sind die Möglichkeiten der betrieblichen Prävention in der Gesellschaft und auch bei den kurativ tätigen Ärzten zu wenig bekannt. Prävention und Gesundheitsförderung haben sowohl für den einzelnen Menschen als auch für die Gesellschaft insgesamt eine zunehmende Bedeutung. Es besteht ein breit getragener Konsens darüber, dass die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur für die Lebensqualität, sondern auch zur ökonomischen Stabilisierung unseres Gesundheitswesens unverzichtbar ist. Hierzu bedarf es einer an bestehenden Setting-Ansätzen ausgerichteten Systematik von Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl die Verantwortung des einzelnen Menschen als auch die seiner Umgebung als ein Zusammenspiel zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention fördert.

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (DÄT-Drs. VI-01) fasste der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

„Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung

Die deutsche Volkswirtschaft verliert jährlich rund 225 Milliarden Euro durch die Krankheit ihrer Arbeitnehmer. Die Studie ‚Vorteil Vorsorge – die Rolle der betrieblichen Prävention für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland' von Booz & Company (2011) errechnet in dieser Höhe die krankheitsbedingten Kosten für Unternehmen und Volkswirtschaft und legt den Nutzen betrieblicher Gesundheitsvorsorge dar. Nach dieser Analyse zahlt sich jeder Euro, der in betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention investiert wird, für die Unternehmen und Volkswirtschaft mit fünf bis 16 Euro aus. Die Untersuchung belegt: Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft Unternehmen, die erwerbstätigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten und damit Kosten zu senken sowie die Produktivität zu steigern. In einer weiteren Studie (2010) zeigt Prof. Dr. Peter Oberender auf, dass 76 Prozent der Ausfälle, die durch chro-

nische Erkrankungen entstehen, durch betriebliche Prävention verhindert werden können.

Eine besondere Rolle im Betrieb spielen hierbei Betriebsärzte. Diese sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Die Vorsorge geschieht mit den Mitteln der Primärprävention (Schadensverhütung), Sekundärprävention (Früherkennung) und Tertiärprävention (berufliche Wiedereingliederung). Es wird einerseits auf gesundheitsgerechte salutogenetische Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) hingewirkt, andererseits werden die Beschäftigten befähigt, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (Verhaltensprävention). Eine Herausforderung für die Arbeitsmedizin stellt das zunehmende Alter der Belegschaften durch den demografischen Wandel und damit eine absehbare Zunahme chronisch Kranker in den Unternehmen dar. Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit müssen ältere Beschäftigte und chronisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden, um ihnen die längere, gesetzlich verankerte Lebensarbeitszeit zu ermöglichen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 erhebt zur Stärkung der Prävention in der Arbeitswelt folgende Forderungen:

- *Das System der sozialen Sicherung, wie der staatliche Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die gesetzliche Unfall-, Renten- und Krankenversicherung, hat gesetzliche Aufgaben in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der Prävention. Deren Zusammenarbeit muss optimiert werden, damit Beschäftigte ohne Verzögerung präventiv versorgt werden können.*
- *Ein regionales sektorenübergreifendes Konzept zur Vernetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention durch den Betriebsarzt im Betrieb sowie weitere Diagnostik und Therapie durch niedergelassene Haus- und Fachärzte oder Kliniken muss unter Einbeziehung der Landesärztekammern und der arbeitsmedizinischen Wissenschaft erarbeitet sowie vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt werden.*
- *Mit Hilfe der Präventionsstrategie des BMG muss die präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens verstärkt werden. Eine qualitätsgesicherte betriebliche Gesundheitsförderung nach den betriebsärztlichen Regeln und Erkenntnissen sollte durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach §§ 20a, b, 65a SGB V in der Region gewährleistet werden. Betriebsärzte und Hausärzte müssen die gleichen Leistungsvergütungen durch die GKV für Vorsorgemaßnahmen wie z. B. Impfungen oder Krebsvorsorge erhalten.*
- *Positiv bewertet wird die Ausrichtung des „Ausschusses Arbeitsmedizin" des BMAS, weil dort die arbeitsmedizinische Vorsorge – auch mittels der Expertise der Bundesärztekammer – weiterentwickelt wird. Dieses Expertengremium wendet sich den Herausforderungen zu, die sich aus der Dynamik und Komplexität der modernen Arbeitswelt ergeben.*
- *Die Unternehmen werden aufgefordert, die Vorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV Vorschrift 2) ihrer Zielsetzung entsprechend engagiert anzuwenden. Die Qualitätssicherung und die Evaluation von Präventionsmaßnahmen in Deutschland müssen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Betriebsärzten als Moderatoren etabliert werden.*

- *Die Länder werden aufgefordert, die arbeitsmedizinischen Lehrstühle an den Universitäten deutlich auszubauen. Dies ist zum einen im Bereich der Lehre dringend erforderlich, damit jeder Studierende der Humanmedizin qualitätsgesichert zu den Wechselbeziehungen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit unterrichtet wird. Zum anderen bedarf es als Grundlage für eine evidenzbasierte betriebliche Prävention und praktische Arbeitsmedizin vermehrter arbeitsmedizinischer Forschung, die sowohl den Wandel der Arbeitswelt als auch die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen berücksichtigt.*
- *Die Arbeitsmedizin und die betriebsärztliche Betreuung müssen zu einer zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland ausgebaut werden. Betriebsärzte erreichen auch diejenigen Menschen, die aus eigener Initiative keine präventiven Maßnahmen in Anspruch nehmen. Sie haben als ärztliche Berater von Beschäftigten und Unternehmen eine Schlüsselstellung in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte im Unternehmen haben eine wichtige Lotsenfunktion zwischen präventiver und kurativer Medizin."*

Entwurf einer „Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biostoffen und zur Änderung anderer Verordnungen"

Die Bundesärztekammer nahm zum Referentenentwurf einer „Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biostoffen" (Biostoffverordnung – BioStoffV) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales schriftlich und im Rahmen einer Anhörung am 17.10.2012 wie folgt Stellung:

„Die Bundesärztekammer begrüßt die Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, die Richtlinie 2010/32/EU des Rates vom 10. Mai 2010 zur Durchführung der von HOSPEEM und EGÖD geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor (ABl. L 134/66 vom 01.06.2010, nachfolgend Nadelstich-Richtlinie) in nationales Recht umzusetzen. Die Richtlinie zielt darauf ab, eine sichere Arbeitsumgebung zum Schutz aller in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes tätigen Personen vor Verletzungen durch spitze oder scharfe medizinische Arbeitsgeräte. Die Richtlinie regelt damit Maßnahmen zum Schutz der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung und soll branchenübergreifend umgesetzt werden, um ein einheitliches, auf die jeweilige Gefährdung bezogenes Schutzniveau aufrechtzuerhalten. Unseres Erachtens ist diese Regelung geeignet, für die Beschäftigten ebenso risikoorientiert wie branchenunabhängig das Schutzniveau bei Tätigkeiten im Umgang mit Biostoffen weiter zu verbessern. Da dieser Regelungsbereich bereits jetzt Gegenstand der Biostoffverordnung ist, wird die Richtlinie im Rahmen der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biostoffen umgesetzt. Die Bundesärztekammer unterstützt die Anpassung der bestehenden Regelungen der Biostoffverordnung an neuere wissenschaftliche und technische Entwicklungen und deren sprachliche Weiterentwicklung. Zur klaren Darstellung insbesondere der gesundheitlichen Dimension empfehlen wir, den Begriff ‚Arbeitsschutz' generell durch den Begriff ‚Arbeits- und Gesundheitsschutz' zu ersetzen. Der Begriff ‚Gesundheitsschutz' findet schon in zahlreichen Regelwerken Anwendung, zum Beispiel im § 3 Satz 1 Arbeitssicherheitsgesetz, ebenso der Titel des Artikels 1 dieses Entwurfes.

Zu § 2 Absatz 1 und 9: (...) ‚Fachkundig im Sinne dieser Verordnung ist, wer zur Ausübung einer in dieser Verordnung bestimmten Aufgaben befähigt ist' (...).

Die Anforderungen an die Fachkunde im Sinne der Verordnung sind abhängig von der jeweiligen Art der Aufgabe und der Höhe der Gefährdung. Die erforderlichen Kenntnisse sind durch eine geeignete Berufsausbildung oder eine zeitnahe berufliche Tätigkeit sowie einschlägiger Berufserfahrung nachzuweisen. Die Teilnahme an spezifischen Fortbildungsmaßnahmen kann zusätzlich erforderlich sein. Die hier beschriebenen Qualifikationsmerkmale für die Fachkunde sind zu unpräzise. Die beschriebenen Anforderungen an die Fachkunde müssen geeignet sein, einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Differenzierung der geforderten Fachkunde in Bezug auf Anforderungen in Abhängigkeit der durchzuführenden Aufgabe und der Höhe der Gefährdung. Es wird hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung ‚Arbeitsmedizin' oder der Zusatzbezeichnung ‚Betriebsmedizin' aufgrund ihrer speziellen ärztlichen Weiterbildung im arbeitsmedizinischen Bereich über ein hohes Maß an Qualifikationen und damit die erforderliche Fachkunde verfügen, sodass diese in der Verordnung selbst, zumindest im Technischen Regelwerk als ‚fachkundig' ausgewiesen werden. Eine Einschränkung nach § 4 Abs. 1, dass selbst bei Fachärzten für Arbeitsmedizin über die ärztliche Weiterbildung hinaus Kenntnisse nachzuweisen sind, ist weder notwendig und praktikabel noch sachgerecht (...)."

Entschließung des 114. Deutschen Ärztetages 2011: Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich

Auf dem 114. Deutscher Ärztetag 2011 in Kiel wurde der nachfolgend zitierte Entschließungsantrag „Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich" (DÄT-Drs. VI-65) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

„Betriebsärztliche Betreuungsmodelle ohne ärztliche Verantwortung im Sinne von Substitution ärztlicher Tätigkeit dürfen nicht realisiert werden.

Begründung:

- *Das Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz ist es, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, aus dem Arbeitsleben resultierende schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten und Gesundheitsschäden früh zu erkennen sowie eine berufliche Wiedereingliederung nach länger dauerndem krankheitsbedingten Ausfall zu begleiten.*
- *Die Arbeitsmedizin hat sich angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen und den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit zu einer weiteren, vorrangig präventiven Säule (4. Säule!) im Gesundheitswesen entwickelt.*
- *Der integrative Ansatz im betrieblichen Gesundheitssystem erfordert insbesondere die ärztliche Kompetenz der Betriebsärzte.*
- *Deshalb muss jede Form von Substitution ärztlicher Verantwortung durch nichtärztliche Mitarbeiter entschieden abgelehnt werden.*

- *Delegation auf nichtärztliches Personal erfolgt immer unter Anordnungsverantwortung des Arztes und unter der Beachtung, dass Aufklärung, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapie und ärztliche Beratung nicht delegierbar sind.*
- *Der Berufsverband Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) erarbeitet zurzeit einen Katalog der delegierungsfähigen Leistungen für die betriebsärztliche Betreuung."*

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" empfahlen dem Vorstand der Bundesärztekammer in ihrer Sitzung am 25.01.2012, dem Anliegen des Antrags IV-65 uneingeschränkt zuzustimmen.

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) hat in diesem Zusammenhang erstmalig einen Vorschlag zu Delegationsmöglichkeiten von arbeitsmedizinischen Leistungen in einem Sonderheft des VDBW veröffentlicht (Dezember 2011) und den Arbeitsmedizingremien vorgelegt.

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert von Ärztinnen und Ärzten aber immer, dass sie bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig werden. Grundlage für die Erläuterungen des Berufsverbandes ist die Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 29.08.2008 „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen".

Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalles, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den betreffenden Mitarbeiter ggf. besonders anzuleiten und wie er ihn zu überwachen hat, muss der Arzt von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.

Die vorgelegte Liste beinhaltet delegationsfähige Leistungen, welche in Form einer Tabelle dargestellt sind. Diese Übersicht beschreibt die in der betriebsärztlichen Praxis häufig vorkommenden Leistungen. Die Leistungskapitel sind nach den entsprechenden Expositionen gegenüber bestimmten stofflichen Gefährdungen und arbeitsmedizinischen relevanten Umgebungs- und Tätigkeitsbedingungen differenziert. Innerhalb der Kapitel sind die einzelnen Leistungen, wie Anamnese, Indikation, Untersuchungs- bzw. Behandlungsdurchführung, Diagnose und Dokumentation entsprechend der Differenzierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stichwortartig beschrieben. Laborparameter sind im Gegensatz zur GOÄ-Darstellung nicht einzeln aufgeführt, sondern in ihrer abstrakten Gesamtheit.

Für das bessere Verständnis und die Anwendbarkeit der Delegationsübersicht im betriebsärztlichen Alltag werden ärztliche Tätigkeiten wie die Erstellung des ärztlichen Befundberichts, der Bestandteil nahezu jedes Kapitels ist, wiederholend aufgeführt. Jede Leistung ist einer der beiden Kategorien zugeordnet, entweder durch den Arzt zu er-

bringen oder der Möglichkeit zur Delegation. In der Spalte „Bemerkung“ ist die Notwendigkeit der ärztlichen Beauftragung aufgeführt. Der VDBW empfiehlt im Sinne einer zeitgemäßen Arbeitsorganisation, der Ressourcenschonung, der Attraktivität der betriebsärztlichen Tätigkeit und insbesondere der rechtssicheren Anwendung, die höchstpersönliche Durchführung der betriebsärztlichen Leistungen und die Delegation an nichtärztliches Personal nach dieser Kategorisierung vorzunehmen. Angestrebt wird eine anerkannte Regelung der arbeitsmedizinischen Leistungserbringung, wobei in besonders begründeten Fällen von dieser Empfehlung abgewichen werden kann. Der VDBW weist darauf hin, dass diese Liste als ein erster Diskussionsentwurf anzusehen ist. Weitere Ergänzungen delegierbarer betriebsärztlicher Leistungen werden folgen.

Bezüglich der Frage, ob das Impfen eine delegierbare Leistung sein soll, wird darauf hingewiesen, dass in der Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2008 (Seite 8, 3. Absatz, Überschrift: „Subkutane und intramuskuläre Injektionen“) Injektionen auch an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden können. Zu diesen Injektionen gehören auch Impfungen, wobei die Impfanamneseerhebung und die Aufklärung zur Impfung nicht delegierbar sind. Allergietests (Prick-Test [Subkutan Test]) können ebenfalls an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden, erfordern aber aufgrund des Risikos eines allergischen Schocks die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ haben sich dafür ausgesprochen, dass das Impfen wegen des drohenden allergischen Schocks keine delegierbare Leistung darstellen soll. Es wird ferner darauf hingewiesen, dass zudem bis zum Jahr 2008 immer wieder in Frage gestellt wurde, ob Betriebsärzte überhaupt impfen dürfen. Diese Frage ist durch einen Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer, nach dem jeder approbierte Arzt zu impfen berechtigt ist, geklärt worden. Es wäre ein falsches Signal, wenn diese Leistung nun an nichtärztliches Personal delegierbar sein soll.

Ferner wurde empfohlen, invasive Tätigkeiten, wie Knochenbiopsie, Leberbiopsie, gynäkologische Untersuchungen, ganz aus der Liste herauszunehmen, weil diese Untersuchungen über die Kompetenzen des Betriebsarztes hinausgehen. Dies gilt auch für die Leberdiagnostik.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ begrüßten die Initiative des VDBW, Listen arbeitsmedizinischer Leistungen und deren Delegationsmöglichkeiten vorgelegt zu haben, empfahlen jedoch dem VDBW, die oben angeführten Änderungen zu berücksichtigen.

Abrechnung betriebsärztlicher Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber

Betriebsärzte, die nicht beim Arbeitgeber angestellt sind, rechnen häufig direkt mit dem Arbeitgeber die erbrachten betriebsärztlichen Leistungen ab. Die Bundesärztekammer hatte die Forderung des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte unterstützt, dass Betriebsärzte über die GOÄ abrechnen dürfen und nicht wie früher ausschließlich über Pauschalbeträge. In diesem Zusammenhang kam jedoch die Frage auf, welche Daten der Arbeitgeber im Rahmen der Rechnung über die betriebsärztlichen Leistungen erhalten darf. Berichtet wurde von Betriebsärzten, die sich von Arbeitnehmern von der Schweigepflicht befreien lassen, um nach GOÄ abrechnen zu können. Fraglich war, ob dies zulässig ist.

Weiter wurde gefragt, ob die Landesärztekammern es übernehmen können, vom Arbeitgeber angezweifelte GOÄ-Rechnungen des Betriebsarztes zu überprüfen. Andernfalls sei es möglich, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine solche Stelle zur Überprüfung einrichtet.

Bereits im August 2011 hatte die damalige gemeinsame Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung diese Fragestellung überprüft und festgestellt, dass bei Abrechnungen von betriebsärztlichen Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber gem. § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG die ärztliche Schweigepflicht uneingeschränkt gilt. Aus der Rechnung darf der Arbeitgeber keine Rückschlüsse auf die Person des Arbeitnehmers ziehen können. Soweit dem Betriebsarzt gegenüber dem Arbeitgeber eine Offenbarungsbefugnis bzw. Informationspflicht zukommt, habe er diese außerhalb der Rechnung zu bedienen.

Generell gilt, dass eine Datenweitergabe durch den Betriebsarzt an den Arbeitgeber der Einwilligung des Arbeitnehmers bedarf. Widerspricht der Arbeitnehmer einer Datenweitergabe, so ist für die Annahme einer mutmaßlichen oder konkludenten Einwilligung kein Platz. Eine pauschale vertragliche Vereinbarung im Arbeitsvertrag zur Entbindung des Betriebsarztes von der Schweigepflicht ist unwirksam. Dies kommt einer Generalermächtigung gleich, welche laut Bundesverfassungsgericht gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) verstößt. Die Erklärung der Schweigepflichtentbindung muss danach die Reichweite der Entbindung hinreichend bestimmen und zweckgenau beschreiben (vgl. FAKomm-MedR/Rehborn, § 9 MBO, Rn. 3).

Ist der Patient allerdings gesetzlich verpflichtet, sich einer Untersuchung zu stellen (z. B. arbeitsmedizinische Einstell- und Nachuntersuchungen), erhält der Arbeitgeber eine Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis. Dies stellt eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis des Arztes gegenüber dem Arbeitgeber dar. Die Mitteilung an den Arbeitgeber kann der Patient nicht verhindern. Wahrnehmungen, die der Sachverständige „nebenbei" gemacht hat oder die sich auf Mitteilungen stützen, die mit dem Gutachten in keinem Zusammenhang stehen, unterliegen in vollem Umfang der Schweigepflicht (vgl. Heidelberger Kommentar, Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht; zur Schweigepflicht: Kiesecker, Rn. 18/19).

Den Ärztekammern ist durch die Heilberufs- und Kammergesetze der Länder die Aufgabe übertragen, Streitigkeiten zwischen den Kammermitgliedern und Dritten zu schlichten. Darunter fallen auch Honorarstreitigkeiten. Für die Frage der Angemessenheit des Honorars sieht § 12 Abs. 3 MBO eine Verpflichtung der Ärztekammer vor, ein Gutachten auf Antrag der Beteiligten zu erstellen. Geprüft wird die Vereinbarkeit mit den Normen der GOÄ.

Die Ständige Konferenz der Rechtsberater der Bundesärztekammer/Landesärztekammern hat sich am 9./10. Oktober 2012 in Berlin mit dieser Thematik befasst und ist zum folgenden Ergebnis gekommen:

Grundsätzlich besteht ein Dauerschuldverhältnis zwischen Arbeitgeber und Betriebsarzt. Darüber wird es regelmäßig Vereinbarungen geben, wie die Leistungen zu vergüten sind. Daneben gibt es aber auch Leistungen, die nach der GOÄ abgerechnet werden. Diskutiert werden sollte, wie die Rechnung nach § 12 GOÄ ausgestaltet sein muss, damit der ärztlichen Schweigepflicht genüge getan wird. Anknüpfend an die obigen Ausfüh-

rungen vertreten die Rechtsberater die Auffassung, dass Betriebsärzte einzelne Leistungen nach GOÄ abrechnen dürfen, soweit für diese Leistungen Gebührenordnungspositionen bestehen. Die Rechnung hat grundsätzlich den Anforderungen, die sich aus § 12 GOÄ ergeben, zu genügen.

Da die Rechnung auch personenbezogene Daten enthält, muss insbesondere gewährleistet sein, dass die Rechnung nicht einer bestimmten Person zugeordnet werden kann. Daraus folgt, dass im Zweifel die abgerechneten Leistungen so weit zu aggregieren sind, dass jeglicher Rückschluss auf einzelne Personen ausgeschlossen ist. In Kleinstbetrieben können die Daten nicht mehr aggregiert werden, da die Personenzahl zu klein ist und dadurch die Gebührenpositionen mühelos den einzelnen Beschäftigten zugeordnet werden können. Damit ist die Schweigepflicht nicht mehr gewährleistet. In diesem Fall wird die Anwendung von Vergütungspauschalen empfohlen.

Eine Überprüfung von Rechnungen von strittigen betriebsärztlichen Leistungen wird auf Basis des § 12 Abs. 3 MBO von den Landesärztekammern wahrgenommen. § 12 Abs. 3 „Honorar und Vergütungsabsprachen" besagt: „Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab."

Betriebliches Gesundheitsmanagement: Beitrag der Arbeitsmedizin

Immer mehr Unternehmen führen ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ein. Welche Rolle sollen Betriebsärzte im BGM zukünftig einnehmen? In der heutigen Zeit wird unter BGM die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen sowie betrieblicher Strukturen und Prozesse verstanden, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben und der Arbeitsmedizin, den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen.

In den vergangenen 30 Jahren haben die Gesellschaft und die Wirtschaft in den Industrienationen einen enormen Wandel erlebt, dessen Dynamik alle vorherigen sozioökologischen Entwicklungsprozesse übertrifft. Das betriebliche Gesundheitsmanagement stellt keine Luxusleistung dar, sondern in Anbetracht der dramatischen Veränderungsdynamik in der Gesellschaft und Wirtschaft eine zwingende Notwendigkeit. Globalisierung des Wirtschaftens, neue Techniken und Rationalisierung sind die großen Treiber dieser Entwicklung. Gleichzeitig steigt der Wunsch nach Selbstverwirklichung. Die traditionellen Verbünde wie Ehe, Familie und Kirche lösen sich auf. Die Arbeit bekommt Konkurrenz durch die Freizeit. Das alles bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Strukturen von Arbeit und Beruf. Beschäftigungsverhältnisse verändern sich in Form von befristeten Jobs und Teilzeitarbeit. Leiharbeit und Menschen mit mehreren Arbeitsverhältnissen nehmen zu. Früher waren es eher physikalische und chemische Belastungen wie schweres Heben und Tragen sowie Gefahrstoffe, welche erhebliche personelle Ausfälle sowie Erkrankungsrisiken und Kompensationskosten mit sich brachten. Heute sind es vorwiegend psychosoziale Belastungen, die zwar nicht immer kausal und zeitnah Krankheit nach sich ziehen, aber dennoch die Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter erheblich einschränken und so ebenfalls zu Produktionseinbußen führen können.

Kernprozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation („Do-Plan-Act"). Das Bundesministerium für

Gesundheit (BGM) wird durch einen Steuerungskreis koordiniert. Hier fallen alle wichtigen strategischen Entscheidungen. Mitglieder dieses Steuerungsgremiums können sein: Betriebsärzte, Unternehmer, Betriebs- oder Personalräte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Vertreter aus den Bereichen Organisation sowie aus dem Bereich Personalentwicklung und Qualitätsmanagement. Die fünf Handlungsfelder des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind Gesundheitsschutz und Arbeitsschutz, Arbeitsorganisation, Führungs- und Unternehmenskultur, Qualifizierung/Kompetenzentwicklung sowie Personalpolitik. Konkrete Verbesserungsvorschläge aus den Reihen der Beschäftigten werden in Qualitätszirkeln erarbeitet.

Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt die beste Möglichkeit dar, die Beschäftigten gesund zu erhalten. Außerhalb der Expertenrolle, die neben der Fachberatung auch das Publizieren von Gesundheitsberichten beinhalten kann, kann der Betriebsarzt je nach Unternehmensinfrastruktur die Rolle des Promotors durch Information über öffentlichkeitswirksame Aktionen oder die Rolle des Koordinators übernehmen. Die Qualifikation eines Koordinators umfasst: Erfahrungen bezüglich der Moderation von Gruppen, psychische und soziale Kompetenzen, pädagogische Fähigkeiten, Organisationskompetenz sowie Projektmanagementerfahrung und rhetorisches Geschick.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" hoben hervor, dass betriebliches Gesundheitsmanagement gemeinsame Maßnahmen aller Beteiligten im Unternehmen zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz umfasst. Betriebsärzte sollen im Rahmen des BGM eine steuernde koordinierende Funktion einnehmen. Weiterhin soll das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kursbuch „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin" noch mehr Berücksichtigung finden.

DGUV-Vorschrift 2 – Konsequenzen für Betriebsärzte

Die Unfallverhütungsvorschrift für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV-Vorschrift 2) ist zum 01.01.2011 in Kraft getreten. Bei der Betreuung der Beschäftigten wird nach dieser neuen DGUV-Vorschrift 2 nunmehr eine gemeinsame Einsatzzeit von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit vorgesehen, die individuell aufgeteilt werden muss. Das neue Konzept der DGUV sieht eine Grundbetreuung mit festen Einsatzzeiten und eine betriebsspezifische Betreuung vor, deren Umfang von jedem Betrieb selbst zu ermitteln ist.

Das Besondere an dem betriebsspezifischen Teil der Betreuung ist die individuelle Ermittlung des Betreuungsbedarfs durch den Unternehmer. Dreh- und Angelpunkt ist damit der Unternehmer bzw. Arbeitgeber. Wenn der Arbeitgeber ambitioniert ist sowie im Arbeitsschutz und in der Arbeitsmedizin Chancen für seinen Betrieb und damit für seine Beschäftigten sieht, dann wird er sich eingehend vom Betriebsarzt, von der Fachkraft für Arbeitssicherheit und den betrieblichen Interessenvertretern beraten lassen, um einen vorbildlichen Arbeitsschutz durch Betriebsarzt/Fachkraft für Arbeitssicherheit und anderen Professionen zu gewährleisten. Wenn der Arbeitgeber keinen Vorteil in der Gesundheitsvorsorge seiner Mitarbeiter sieht, ist zu befürchten, dass kaum betriebsärztliche Betreuung stattfindet. Diese Gefahr besteht insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen.

Die neue Ausrichtung der DGUV-Vorschrift 2, nach Handlungsfeldern bzw. Aufgabenfeldern vorzugehen, ist ein wesentlicher Ansatz. Es werden beispielsweise Aufgabenfelder im Bereich der psychischen und physischen Fehlbeanspruchungen, der Einsatz von

Fremdfirmen und Zeitarbeitnehmern, Nachtschichtarbeit, Wiedereingliederung, altersgerechte Tätigkeit etc. aufgeführt. Die Arbeitsmedizingremien erachteten jedoch die gemeinsame Einsatzzeit für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit als problematisch. Demnach ist es bei schlechten Bedingungen möglich, dass Betriebsärzte kaum in den Betrieben tätig werden. Die Befürchtungen werden damit begründet, dass Unternehmen oft aus Kostengründen eher Fachkräfte für Arbeitssicherheit für die Betreuung der Beschäftigten im Betrieb nutzen, weil deren Einsatzstunden günstiger sind als die der Betriebsärzte. Von Seiten der DGUV wird hingegen berichtet, dass Musterbetriebe, die bereits diese neue Bestimmung umsetzen, sogar einen Mehraufwand der betriebsärztlichen Betreuung von 30 Prozent feststellen. Die DGUV-Vorschrift 2 sieht zwar formal keine Übergangsbestimmungen bzw. -fristen vor, aber inoffiziell wird eine sogenannte „Schonfrist" von einem Jahr eingeräumt, in der sich die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung den neuen Gegebenheiten anpassen kann.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" plädierten in ihrer Sitzung am 25.01.2012 für eine eingehende und umfassende Beobachtung und Analyse der Umsetzung dieser neuen Regelung und ggf. hierbei festzustellender Probleme. Es soll im Sinne einer Begleitforschung eine Evaluation der DGUV-Vorschrift 2 durch ein unabhängiges Institut, z. B. durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, durchgeführt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Weiterentwicklung der §§ 20a, b, d SGB V

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist heute eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Allerdings gehört sie auch zur Pflichtleistung der Krankenkassen (§ 20a SGB V). Zudem kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Außerdem sind Maßnahmen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und der betrieblichen Gesundheitsförderung dienen, bis zu einem Betrag von 500 Euro pro Jahr und Arbeitnehmer von der Einkommenssteuer befreit.

Im Rahmen der „Nationalen Präventionsstrategie" des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) muss auch die Überarbeitung der §§ 20a SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung", 20b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren" und 20d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen" angestrebt werden. Die Krankenkassen führen bereits zahlreiche Aktivitäten in den Betrieben durch, diese können aber noch optimiert werden. Hier haben die Arbeitsmedizingremien vorgeschlagen, dass die Krankenkassen bestehende Strukturen der Prävention in den Betrieben (Arbeitsmedizin) nutzen, um den tatsächlichen Bedarf festzustellen, damit so zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention durchgeführt werden kann. Als Ergebnis ihrer Beratungen am 25.01.2012 begrüßten Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" die Initiative des BMG, die „Nationale Präventionsstrategie" verstärkt auch auf das Setting „Betrieb" auszurichten.

Folgende Punkte müssen im Rahmen einer Stellungnahme zur Nationalen Präventionsstrategie berücksichtigt werden:

- Zu § 20a SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung": In § 20a Abs. 1 SGB V muss noch deutlicher herausgestellt werden, dass die Krankenkassen zielgerichteter be-

triebliche Gesundheitsförderung betreiben sollen, indem sie auf Basis von Gefährdungsanalysen vorgehen. Nur nach einer genauen Ist-Analyse ist eine gezielte Intervention möglich. Hierbei soll die Kompetenz von Betriebsärzten mehr genutzt werden.

- Zu § 20b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“: Auch hier sollen die Krankenkassen Projekte zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auf Basis von strukturierten Gefährdungsanalysen mit Hilfe von Betriebsärzten durchführen lassen.
- Zu § 20d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“: Die Durchimpfungsrate in Deutschland ist erschreckend niedrig. Hier muss auf eine Erhöhung der Impfrate hingewirkt werden. Das Setting „Betrieb“ ist eine wichtige Möglichkeit, viele Beschäftigte zu erreichen und zu impfen. Neben den Hausärzten sollte auch das Potenzial der Betriebsärzte im Hinblick auf Impfungen ausgeschöpft werden. Hierzu muss eine transparente Vergütungsregelung für die Leistungen der Betriebsärztinnen und -ärzte sowie der Sachkosten geschaffen werden. Bereits derzeit sind – wenn auch z. T. mühsam – Impfvereinbarungen mit den Ländern, den Betrieben und den Krankenkassen abgeschlossen worden. Der Gesetzestext muss so modifiziert werden, dass es den Krankenkassen ermöglicht wird, Impfvereinbarungen mit den Betrieben/Betriebsärzten zu schließen. Ferner muss in dem interdisziplinären Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung die Rolle des Betriebsarztes gestärkt werden.

G-20-Untersuchung – Durchführungsberechtigung

Laut (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) müssen die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin u. a. folgende Punkte umfassen: Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der arbeitsmedizinischen Vorsorge-, Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchung einschließlich der Beurteilung mittels einfacher apparativer Techniken.

Im Hinblick auf die Beurteilung des Hör- und Sehvermögens sind im Rahmen der zweiten Auflage des Kursbuches „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ deutlich mehr Stunden zur Vermittlung der Lerninhalte eingeräumt worden. Auch der Weiterbildungsbefugte muss seinem Weiterzubildenden praktische Fertigkeiten vermitteln.

Die Bestimmungen des Grundsatzes G 20 „Lärm“ der DGUV in der ursprünglichen Form gelten nicht mehr. Nach der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV), welche keinen verpflichtenden zusätzlichen Kurs für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung G 20 vorsieht, entwickelt der Ausschuss für Arbeitsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) derzeit eine arbeitsmedizinische Regel zur Thematik „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung des Hörvermögens“ (AMR).

Nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung, nach den (Muster-)Richtlinien zu den Inhalten sowie nach dem (Muster-)Kursbuch Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin ist kein zusätzlicher verpflichtender Kurs zur Beurteilung des Hör- und Sehvermögens notwendig und einforderbar, da die notwendigen Kenntnisse bereits in der praktischen und theoretischen Weiterbildung zur Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin vermittelt werden.

Im Rahmen seiner nach der Berufsordnung bestehenden Fortbildungsverpflichtung kann jedoch jeder Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner unbeschadet dessen in derartigen Kursen seine hier erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vertiefen.

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ 2011

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ durch. Sie bildet die Entwicklung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit Arbeitsmedizinischer Fachkunde, regional nach Ärztekammerbereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene ab.

Tabelle 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ nach Landesärztekammern (DGUV V2) (Stand: 31.12.2011)

Landesärztekammer	Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde		Davon:		
	Gesamtzahl	davon Ärztinnen	Gebiets-bezeichnung „Arbeits-medizin“	Zusatz-Weiterbildung „Betriebs-medizin“	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	1.626	612	676	852	98
Bayern	1.999	690	682	1.102	215
Berlin	648	381	425	188	35
Brandenburg	325	185	213	112	0
Bremen	95	41	61	34	0
Hamburg	300	138	203	94	3
Hessen	367	164	152	176	39
Mecklenburg-Vorpommern	227	138	105	122	0
Niedersachsen	471	180	189	270	12
Nordrhein	1.342	541	724	519	99
Rheinland-Pfalz	487	157	205	247	35
Saarland	169	55	63	85	21
Sachsen	1.121	694	319	802	0
Sachsen-Anhalt	470	296	191	279	0
Schleswig-Holstein	379	129	150	227	2
Thüringen	338	199	179	159	0
Westfalen-Lippe	997	359	437	452	108
Bundesgebiet insgesamt	**11.361**	**4.959**	**4.974**	**5.720**	**667**

Quelle: © Bundesärztekammer

Nur Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde sind berechtigt, in Betrieben betriebsärztlich tätig zu werden. Aktuell weisen 11.361 Ärztinnen und Ärzte eine arbeitsmedizinische Fachkunde nach. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl allerdings um 7,1 Prozent zurückgegangen (Stand: 31. Dezember 2011). Erstmals wurde die Anzahl der Ärztinnen mit arbeitsmedizinischer Fachkunde bestimmt. Demnach liegt der Anteil der Ärztinnen an allen Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde mit 4.959 bei 43,7 Prozent (siehe Tabelle bzw. Abbildung 1).

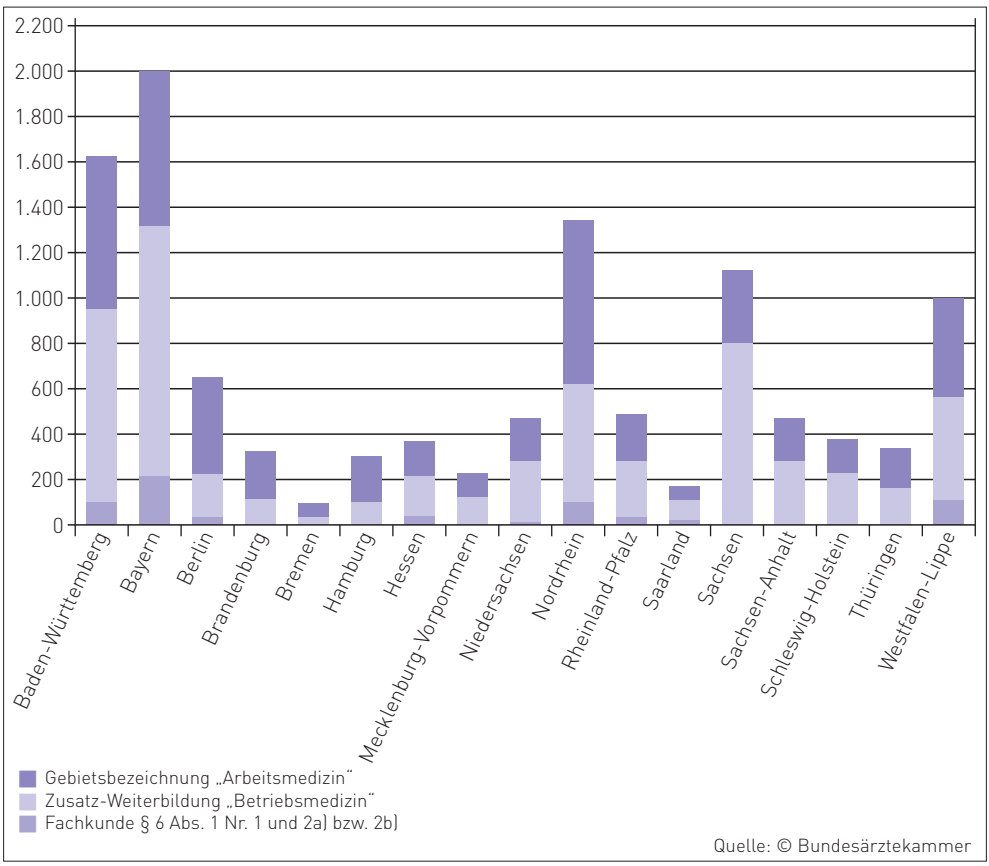


Abbildung 1: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" nach Landesärztekammern (DGUV V2) (Stand: 31.12.2011)

Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2011 zeigt, dass 6.397 Ärztinnen und Ärzte bereits 60 Jahre alt und älter sind (56,3 Prozent). Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich tätig, jedoch ist abzusehen, dass sie mittelfristig dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Die Zahl der 35- bis 39-Jährigen beträgt nur 225, mit einer Verringerung gegenüber dem Vorjahr um 8,5 Prozent. Die Zahl der 40- bis 44-Jährigen liegt bei 684 und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um 18,6 Prozent verringert (siehe Tabelle bzw. Abbildung 2). Diese Zahlen zeigen, dass zu wenig Ärztinnen und Ärzte sich für die Arbeitsmedizin neu entscheiden. Oftmals fällt die Entscheidung aber später, nachdem bereits eine erste Facharztqualifikation erlangt wurde.

Tabelle 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV V2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2011)

Altersgruppe	Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde		Davon:		
	Gesamtzahl	davon Ärztinnen	Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin"	Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin"	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	2	3	4	5
Unter 35 Jahre	41	25	38	3	0
35 bis 39 Jahre	225	122	172	53	0
40 bis 44 Jahre	680	352	465	213	2
45 bis 49 Jahre	1.210	629	735	474	1
50 bis 54 Jahre	1.408	648	699	703	6
55 bis 59 Jahre	1.456	615	669	753	34
60 bis 64 Jahre	1.573	524	550	902	121
65 Jahre und älter	4.768	2.044	1.646	2.619	503
Summe Altersgruppen	11.361	4.959	4.974	5.720	667

Quelle: © Bundesärztekammer

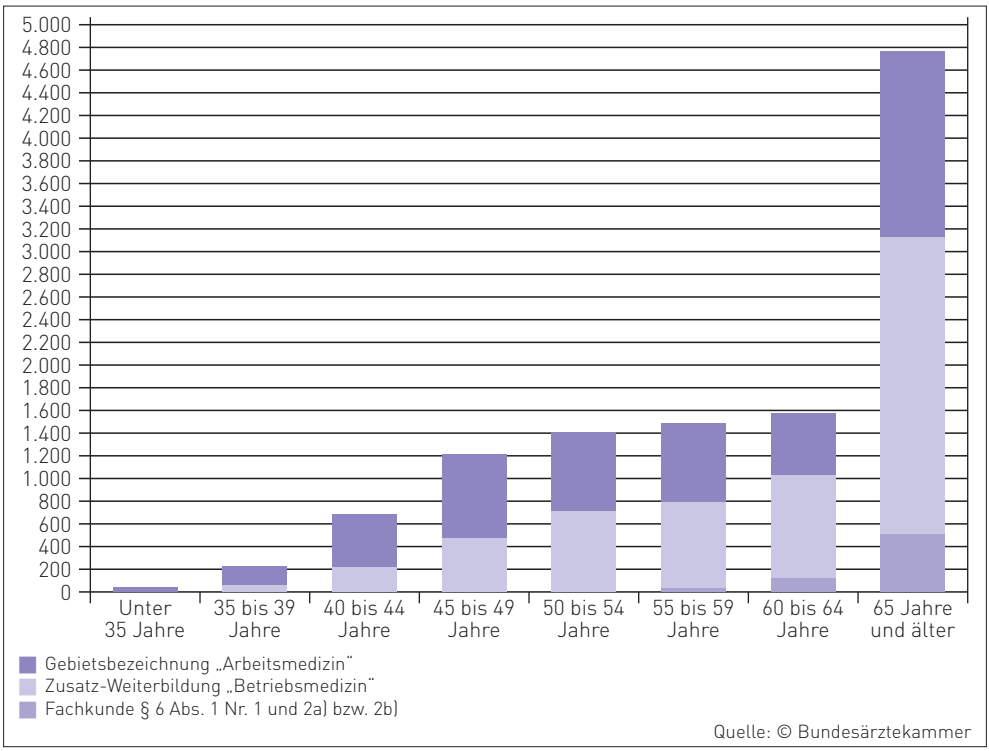


Abbildung 2: Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV V2) nach Altersgruppen – Bundesgebiet insgesamt (Stand: 31.12.2011)

Die Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV V2) von 1988 bis 2011 sind in Abbildung 3 dargestellt.

Diese Entwicklung zeigt, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus der betriebsärztlichen Tätigkeit ausscheiden als nachwachsen werden. Trotz dieser Zahlen ist aber nach wie vor noch kein eklatanter Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten zu beobachten. Zu erklären ist dieses Phänomen damit, dass viele Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auch über das 65. Lebensjahr hinaus betriebsärztlich tätig sind. Ein Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten wird jedoch mittelfristig sichtbar werden.

Ziel muss es sein, die Arbeitsmedizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Dies bedeutet auch, dass die Arbeitsbedingungen und die Vergütung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte deutlich verbessert werden müssen. Aber auch in der Öffentlichkeit und in den Betrieben muss deutlich werden, dass das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Terziärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutz und im Gesundheitssystem einnehmen.

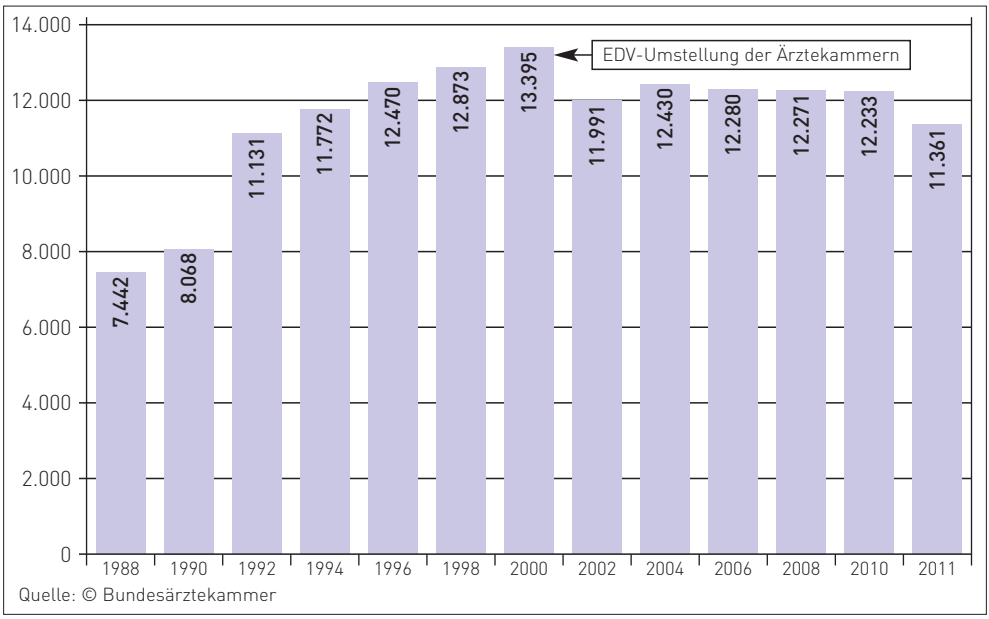


Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 u. 6 UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" ab dem Jahr 1988 bis 2010 (DGUV V2) (Stand: 31.12.2011)

Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung (GQB)

Ein wichtiger Bestandteil der Berufsausübung ist die Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit. Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) gründete nach eingehenden Vorarbeiten bereits 1999 eine unabhängige Gesellschaft mit dem Namen „Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung". Als Gesellschafter dieser Gütegemeinschaft stellt der Berufsverband sicher, dass die Qualitätssicherung betriebsärztlicher Berufsausübung in ärztlicher Hand bleibt. Die Gütegemeinschaft hat die Geschäftsform einer GmbH mit Sitz in Karlsruhe und ist Trägerin des Qualitätssicherungssystems. Sie führt auf Antrag Qualitätsprüfungen durch, dazu bedient sie sich qualifizierter Auditoren. Die Schulung der Auditoren orientiert sich an dem Leitfaden für das Audit für Qualitätssicherung sowie an dem „Curriculum für ärztliches Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer. Der Aufbau der GQB wurde insbesondere in den Anfangsjahren von der Bundesärztekammer aktiv mit erheblichem Ressourceneinsatz maßgeblich unterstützt.

Der Gütegemeinschaft ist ein Beirat unter Beteiligung der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Schleswig-Holstein, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, des Verbandes Deutscher Sicherheitsingenieure, der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin sowie des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte zur Seite gestellt. Die Bundesärztekammer hat für jeweils drei Jahre, wechselnd mit Vertretern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversi-

cherung (DGUV) und des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), den Vorsitz in diesem Beirat. Die letzte Sitzung fand am 20.11.2012 statt.

Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Das seinerzeitige Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit hatte bereits im Jahr 2004 durch eine Bundesratsinitiative (BR-Drs. 413/04) den Auftrag bekommen zu überprüfen, ob zukünftig die Anforderungen an die arbeitsmedizinische Vorsorge in einer eigenen Verordnung zu regeln ist. Weniger Bürokratie, weniger staatliche Reglementierung – so forderte diese Bundesratsinitiative aus Baden-Württemberg.

Das Bundesarbeitsministerium gründete daraufhin eine Arbeitsgruppe mit arbeitsmedizinischen Experten, an der auch die Bundesärztekammer beteiligt war. Es wurde geprüft, ob eine Zusammenführung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen aus den vielfältigen Gesetzes- und Verordnungsbereichen sinnvoll ist, und welche Vorsorgeuntersuchung eine Pflicht- oder eine Angebotsuntersuchung sein soll. Als Ergebnis dieser Prüfung wurde eine entsprechende Rechtsverordnung erarbeitet. Nach langwierigem Verordnungsgebungsverfahren trat am 24.12.2008 die „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (ArbMedVV) in Kraft. Die Verordnung hat eine Rechtsgrundlage geschaffen, die zukunftsorientiert konzipiert ist. Früher stand der Schutz vor Berufskrankheiten, der Arbeitsschutz mit vorwiegender Betrachtung der Gefährdungsrisiken im Vordergrund, heute sind eher der Erhalt der Gesundheitsressourcen und die Förderung der Gesundheit das Ziel, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Der durch diese Rechtsverordnung gegründete „Ausschuss für Arbeitsmedizin“ hat sich am 19.03.2009 konstituiert. Das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales berief Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der arbeitsmedizinischen Wissenschaft in den neuen Ausschuss. Zum Vorsitzenden wählte der Ausschuss Prof. Dr. Stephan Letzel, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. und heutiger Leiter des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Neben dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte ist auch die Bundesärztekammer in diesem Ausschuss durch Dr. Udo Wolter, Vorsitzender der Arbeitsmedizingremien, als Mitglied und Dr. Annegret Schoeller als stellvertretendes Mitglied vertreten.

Im Ausschuss für Arbeitsmedizin ist somit breiter arbeitsmedizinischer Sachverstand vereint. Die Mitglieder sollen mit dem Ziel des „ganzheitlichen Gesundheitsansatzes“ bzw. des „erweiterten Präventionsauftrages“ Regeln und Erkenntnisse zur Anwendung der neuen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ermitteln, Empfehlungen zu Wunschuntersuchungen aussprechen, Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge erstellen sowie das BMAS in allen Fragen der arbeitsmedizinischen Vorsorge und des medizinischen Arbeitsschutzes beraten. Damit sollen die Verbesserung der Präventionskultur in den Betrieben und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten erreicht werden.

Die bisherigen Regeln der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung/Berufsgenossenschaften gelten solange weiter, bis der Ausschuss für Arbeitsmedizin neue technische Regeln verabschiedet hat. In den Unterausschüssen, Projektgruppen und Arbeits-

kreisen werden konkrete Regeln unter Beteiligung der Bundesärztekammer erarbeitet. Im Berichtsjahr tagte der AfAMed am 27.03.2012 und 13.09.2012.

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)

Zur Beratung in allen Fragen des Arbeitsschutzes ist nach § 17 Biostoffverordnung (BioStoffV) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bereits im Jahr 2000 ein Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) gebildet worden, in dem sachverständige Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung und der Wissenschaft repräsentiert sind. Das BMAS räumt der Bundesärztekammer seit dem Jahr 2003 ein Vorschlagsrecht zur Besetzung eines Mitgliedes des Ausschusses ein. Der Berufungszeitraum beträgt vier Jahre. Im Jahr 2008 wurde Dr. Annegret Schoeller auf Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer als Mitglied bestellt. Diese Mitarbeit ist insbesondere deshalb wesentlich, weil die Beschlüsse des ABAS sich direkt auf die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen auswirken. Die Sitzungen im Berichtsjahr fanden am 29.03.2012 und 08./09.11.2012 statt.

Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) schuf bereits im Jahr 2000 eine Plattform auf Bundesebene, um die Akteure der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenzuführen, Transparenz zu schaffen, Synergien zu erreichen, Erfahrungsaustausch und gemeinsame Projekte zu ermöglichen sowie Qualität zu sichern.

Mitglieder der AG „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sind Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern, des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, der Bertelsmann-Stiftung, des Fachbereichs Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld, der freiberuflichen Gesundheitsmanagementgesellschaften, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, des Berufsverbandes der Physiotherapeuten und weiterer Akteure im Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sowie Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG), des BMG und der Bundesärztekammer. Die Geschäftsführung hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) übernommen.

Nach wie vor gestaltet es sich nicht einfach, in diese Arbeiten den Sachverstand der Arbeitsmedizin als präventivmedizinisches Fach im erforderlichen Umfang einzubringen. Die AG „Betriebliche Gesundheitsförderung“ tagte im Berichtsjahr am 28.03.2012 und 12.11.2012. Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, dass eine Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit angestrebt wird. Vorgeschaltete Workshops sollen bewirken, dass die Akteure gegenseitig ihre Positionen austauschen und kooperieren können. Die Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat „Empfehlungen für eine neue Kultur der Gesundheit im Unternehmen – Deutschlands Wettbewerbsvorteil“ erarbeitet.

Symposienreihe „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“

Auf Empfehlung der Arbeitsmedizingremien wird seit 2009 eine Symposienreihe „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ gemeinsam von der Bundesärztekammer und dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit durchgeführt.

So wurde im Jahr 2009 ein Symposium „Psychisch kranke Menschen in der Arbeitswelt“ veranstaltet. Im Berichtsjahr fand am 18.09.2012 ein Folgesymposium „Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung“ statt. Hauptthema der Veranstaltung war die betriebliche Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten. Etwa 150 Fachleute verschiedener medizinischer Fachrichtungen und therapeutischer Professionen nahmen daran teil.

Experten aus Wissenschaft und Praxis betonten, dass Arbeit allein nicht psychisch krank macht. Einflüsse der Arbeitswelt wie steigende Leistungsanforderungen und Unsicherheit erzeugende Beschäftigungsverhältnisse wirken immer im Zusammenspiel mit psycho-biologischen und sozialen Faktoren. Berufliche Wiedereingliederung nach oder mit psychischer Erkrankung kann gelingen – wenn die Betroffenen von einem kompetenten Netz an Betreuern aufgefangen werden. Die Veranstaltung schlug einen Bogen von den wissenschaftlichen Fakten über die Sicht der beteiligten Akteure aus den Bereichen Neurologie/Psychiatrie, hausärztliche Versorgung und Arbeitsmedizin bis hin zu den umfassenden Konzepten großer Betriebe, die auf kompetente Teams und Netzwerke zur beruflichen Wiedereingliederung setzen. Doch von diesen Netzwerken gibt es noch viel zu wenige. Deswegen sollen diese erfolgreichen sektorenübergreifenden Kooperationsmodelle alle ermutigen, solche Strukturen aufzubauen, auch wenn es für Akteure in mittleren und kleinen Unternehmen eine größere Herausforderung darstellt als für Akteure in Großbetrieben.

Die Experten des Symposiums stellten fest, dass der Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Selbstwertstärkung und soziale Einbindung für erkrankte Mitarbeiter ist und sich generell positiv auf die seelische Gesundheit auswirkt. Außerdem bestand Einigkeit darüber, dass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz so früh wie möglich stattfinden muss, um die Chancen auf eine vollständige Wiedereingliederung zu erhöhen. Über dieses Symposium ist im Dezember 2012 ein Themenheft der Zeitschrift Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin (ASU) erschienen.

Ausblick

Einen Versorgungssektor außerhalb des gesetzlichen Regelungssystems des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) stellt das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin dar. Arbeitsmediziner agieren im gesetzlichen Regelungssystem des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Vor diesem Hintergrund ist es ein großes Anliegen der Betriebsärzte, im Interesse der Beschäftigten sektorenübergreifend mit Haus- und Fachärzten in der kurativen Versorgung zu kooperieren und damit die Sektorengrenzen zu überwinden. Es wird deshalb weiterhin eine vorrangige Aufgabe der Bundesärztekammer und ihrer Arbeitsmedizingremien sein, das präventivmedizinische Fach Arbeitsmedizin und mit ihr die betriebsärztliche Versorgung der Beschäftigten als quasi vierte Säule des Gesundheitswesens gegenüber der Politik in Bund und Ländern zu stärken.

Ziel muss es vor allem auch sein, die Arbeitsmedizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass die Arbeitsbedingungen und die Honorierung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte deutlich verbessert werden müssen. Auch muss deutlich gemacht werden, dass das Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutzsystem und in der Gesundheitsversorgung einnehmen.

3.7 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als „dritter Säule" des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Beratung kommt neben der ambulanten und stationären Versorgung ein besonderer Stellenwert zu. Die Aufgaben des ÖGD werden zunehmend durch die Entwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik, die wachsende Bedeutung des Umwelt- und Verbraucherschutzes sowie die fortschreitende Gesundheits- und Sozialgesetzgebung geprägt. Die subsidiären bzw. komplementären Leistungsangebote der Gesundheitsämter – insbesondere in ihren sozialkompensatorischen Funktionen – ergänzen den ambulanten und stationären Bereich zu einem in allen Zweigen zusammenwirkenden Gesundheitswesen. Ein wichtiger Ausgangspunkt bei allen Überlegungen ist die Stellung des Arztes im ÖGD nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern vor allem auch in der Beziehung zu den im Krankenhaus und in freier Praxis tätigen Ärzten.

Vorsitzender des bei der Bundesärztekammer gebildeten Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst" ist Dr. Udo Wolter, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Brandenburg. Den stellvertretenden Vorsitz hat Dr. Ute Teichert-Barthel, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze

Dem Bundesverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) und der Bundesärztekammer waren im Frühjahr 2011 ein Referentenentwurf eines Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze (Entwurf IGV-Durchführungsgesetz – IGV-DG) zur Stellungnahme übersandt worden. In ihren abgestimmten Stellungnahmen vom 28.07. bzw. 29.07.2011 begrüßten der BVÖGD und die Bundesärztekammer insbesondere, dass die drei Rechtsverordnungen, die zur Durchführung der früheren Internationalen Gesundheitsvorschriften aus dem Jahr 1969 erlassen worden waren, durch dieses einheitliche IGV-Durchführungsgesetz abgelöst werden. Die am 23.05.2005 in Genf angenommenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) sind das zentrale Rechtsinstrument im Zuständigkeitsbereich der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um eine grenzüberschreitende Ausweitung von Krankheiten zu verhindern. Es sollen die internationale Verbreitung von Krankheiten verhütet und bekämpft und Gesundheitsschutzmaßnah-

men eingeleitet werden, die spezifisch auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit ausgerichtet sind, um eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Schiffs- und Flugverkehrs sowie des internationalen Handels zu vermeiden.

Im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 16.08.2011 zu einem zweiten Entwurf hat die Bundesärztekammer folgende Hinweise gegeben: In Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 5 IGV-DG wurde „ärztlich" als „durch dazu befugtes medizinisches Personal" definiert: *„(...) ärztliche Untersuchung (ist) die vorläufige Beurteilung von Personen durch dazu befugtes medizinisches Personal oder durch unter der unmittelbaren Aufsicht der zuständigen Behörde tätige Personen zur Bestimmung des gesundheitlichen Zustands und der potenziellen Gefahr für die öffentliche Gesundheit, die eine Prüfung der Gesundheitsdokumente wie auch die körperliche Untersuchung umfassen kann, wenn die Umstände des Einzelfalls dies rechtfertigen."* Diese Formulierung hätte ärztliche Untersuchungen durch Nichtärzte erlaubt: „Medizinisches Personal" schließt auch nichtärztliche Berufe ein, der einschränkende Zusatz „befugt" stellt nicht eindeutig klar, auf welcher gesetzlichen Grundlage diese Befugnis beruhen soll. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Reisenden (also eine Diagnosestellung), sollte – auch wenn sie nur vorläufig sein soll – keinesfalls delegierbar sein. Der zweite Satzteil vergrößert den Spielraum für den Einsatz von Nichtärzten für ärztliche Untersuchungen noch, indem lediglich von „Personen" ausgegangen wird, die unter „unmittelbarer Aufsicht der zuständigen Behörde" tätig werden. Sollten hiermit ausschließlich Ärzte gemeint sein, was nicht erkennbar ist, mag dies vielleicht im Sinne einer Rechtsaufsicht durch die Behörde gelten, eine fachliche Aufsicht hingegen läuft dem Anspruch ärztlicher Entscheidungs- und Handlungsfreiheit zuwider. Dass es sich tatsächlich um ärztliche Untersuchungen und nicht lediglich um die Kontrolle von Papieren handeln soll, ist durch die Konkretisierung „körperliche" Untersuchung, zu der in Deutschland nur Ärzte und Heilpraktiker – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt – berechtigt sind, unzweifelhaft.

Insofern geht Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 5 IGV-DG an den Regelungen des Arztvorbehalts, wie er in Deutschland gehandhabt wird, vorbei. In anderen Ländern, insbesondere solchen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst, mag diese Problematik so nicht vorliegen. Auch wenn aus Perspektive der WHO die spezifisch deutschen Regelungen – wer wen untersuchen darf – ein nachrangiges Detail darstellen mögen, liegt hier jedoch ein landesspezifischer Anpassungsbedarf vor. Die Anliegen eines effektiven Gesundheitsschutzes und der Beachtung des Gemeinwohls, welches in der Begründung des Gesetzentwurfs explizit über die Berufsausübungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten gestellt wird, müssen auch im deutschen Gesundheitswesen in der bestehenden Form gewährleistet werden. Das Recht auf Autonomie nationaler Gesundheitswesen gilt zumindest im europäischen Kontext und darf nicht durch WHO-Rechtsinstrumente in Frage gestellt werden.

Im Oktober 2011 wurden die Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates (BR-Drs. 522/1/11) zum Entwurf des IGV-DG der Bundesärztekammer zur Stellungnahme zugesandt. In der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 11.10.2011 wurden nochmals die Anmerkungen der vorherigen Stellungnahme aufgegriffen und zusätzlich im Rahmen dieser Stellungnahme ein Gesetzgebungsvorschlag zur Änderung des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) gemacht. Diese Kritikpunkte der Bundesärztekammer sind vom Gesetzgeber weitgehend aufgegriffen worden. Im dritten von drei möglichen Versuchen ist es dem Vermittlungsausschuss gelungen, eine Einigung im Streit um die Kosten zur Umsetzung internatio-

naler Gesundheitsvorschriften zu erzielen (BR-Drs. 17/12170). Die Länder erhalten künftig mehr Spielräume, wie sie sich an Flughäfen und Häfen auf die Abwehr übertragbarer Krankheiten vorbereiten können.

Hintergrund: Nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen im Bundestag am 9. Februar 2012 (BR-Drs. 66/12) hatte sich die Länderkammer am 2. März 2012 dafür ausgesprochen, zum IGV-DG-Entwurf den Vermittlungsausschuss einzuberufen (BR-Drs. 66/12 [B]). Die Länder waren der Ansicht, dass es der Bund sei, der die Kosten für die Schaffung und Unterhaltung der nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zu schaffenden und vorzuhaltenden Kapazitäten zu tragen habe.

Erweiterung der Erhebungsparameter der Ärztestatistik

In Deutschland sind in rund 450 Gesundheitsämtern 17.000 Mitarbeiter, davon 2.800 Ärztinnen und Ärzte, beschäftigt. Die Zahl der Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen nicht nur in Gesundheitsämtern, sondern insgesamt, beträgt 866 (Stand: 31.12.2011). Die Analyse der Ärztestatistik im Hinblick auf „Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichem Tätigkeitsbereich" ergibt, dass zwar Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Ärztin/Arzt für öffentliches Gesundheitswesen in der Ärztestatistik berücksichtigt werden, nicht aber Ärztinnen und Ärzte mit anderen Facharztbezeichnungen, welche ebenfalls in Gesundheitsämtern tätig sind. Da aber auch die Gesamtzahl der in den Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen/Ärzte aller Fachrichtungen für weitere Planungen im ÖGD von großer Relevanz ist, hat der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst" der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.11.2010 es als notwendig erachtet, in der Ärztestatistik in Tabelle 3 in der Spalte „Behörden, Körperschaften und andere" neben der bereits bestehenden Darunter-Spalte „Sanitätsoffiziere" noch eine weitere Darunter-Spalte „Ärztinnen und Ärzte in Gesundheitsbehörden" vorzusehen.

Auf der Basis einer derartig erweiterten aussagekräftigeren Datenlage ist es besser möglich, für die Ärztinnen und Ärzte, die in den unteren Gesundheitsbehörden tätig sind, adäquate Rahmenbedingungen zu fordern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wieder eine Chance bei der Akquirierung von qualifizierten und leistungsfähigen Ärztinnen und Ärzten zu geben. Diese Bitte des Ausschusses „Ärzte im öffentlichen Dienst" wurde von dessen Vorsitzenden, Dr. Wolter, in den Vorstand hineingetragen. Der Vorstand der Bundesärztekammer bat daraufhin in seiner Sitzung am 30.03.2011 den Arbeitskreis „Informationstechnik" (AK IT), die technischen Richtlinien zum nächstmöglichen Zeitpunkt so zu verändern, dass eine differenzierte Erfassung entsprechend dem vorgetragenen Anliegen ermöglicht wird. Der Arbeitskreis IT hat einer solchen Erhebung mit der Darunter-Spalte „Ärztinnen und Ärzte in unteren Gesundheitsbehörden" schon für das Jahr 2012 zugestimmt.

Ausblick

Der Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst" betrachtet mit großer Besorgnis den immer weiter um sich greifenden Abbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ein besonderes Anliegen der Bundesärztekammer ist daher auch weiterhin die Stärkung des ÖGD als dritter Säule des Gesundheitswesens.

3.8 Nationale Pandemieplanung

Influenzapandemie

Sich national und international auf eine Influenzapandemie vorzubereiten, ist eine wesentliche Aufgabe von Politik und Ärzteschaft. In politischen Erklärungen hat sich die Bundesärztekammer zur Verantwortung der Ärzteschaft bekannt, im Pandemiefall alle Anstrengungen zu unternehmen, um die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung der Patienten so weit wie möglich zu gewährleisten. Eine besondere Herausforderung ist der Umstand, dass die Bekämpfung einer Influenzapandemie im Rahmen der Regelversorgung stattfinden soll und damit finanzielle und haftungsrechtliche Fragen für Ärztinnen und Ärzte zu klären sind. Die Bundesregierung muss hierfür gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen festschreiben und klären, wer die Kosten für die Vorbereitung auf eine Pandemie und die Behandlung der Patienten mit dem damit verbundenen ärztlichen Mehraufwand übernimmt.

Zur Koordinierung der Vorbereitungen der Ärzteschaft auf eine Influenzapandemie, aber auch zur Koordinierung der Bewältigung einer Pandemie wurde bereits Anfang 2006 eine Arbeitsgruppe „Influenza-Pandemiebeauftragte der Landesärztekammern" bei der Bundesärztekammer geschaffen. Die deutsche Ärzteschaft hat nicht nur sehr früh auf eine drohende Influenzapandemie hingewiesen, sondern von Anfang an auch ihre Bereitschaft signalisiert, an der Erarbeitung und Umsetzung entsprechender Arzt- und Patienteninformationen mitzuwirken. Dieses Gremium setzt wichtige Impulse für den Aufbau einer Pandemieplanung der Ärzteschaft.

2009/2010 wurde erstmalig in diesem Jahrhundert eine Influenzapandemie in Deutschland bekämpft (H1N1-v-2009/2010, sog. Neue Influenza). Dies war eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Welche Lehren können gezogen werden? Es besteht die Notwendigkeit, aus dem Krisenmanagement zu lernen. Deswegen erfolgten in den Jahren 2010 bis 2012 auf unterschiedlichsten institutionellen Ebenen Bestandsaufnahmen und Evaluationen zur Influenzapandemie.

Bezüglich der Konzeption, der Strukturen, der Koordination und der Kommunikation für die zukünftige Pandemieplanung erscheinen für ein mögliches Auftreten künftiger Pandemien verschiedene Verbesserungsansätze relevant zu sein, welche bei künftigen Auswertungen durch die jeweiligen zuständigen Institutionen auf lokaler, Landes- und Bundesebene sowie im internationalen Kontext aufgegriffen werden sollen (vgl. Kapitel 3.8 im Tätigkeitsbericht 2011 der Bundesärztekammer).

Ein erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010 erfolgte im Rahmen eines Workshops Anfang März 2010 in Berlin, den das Robert-Koch-Institut ausgerichtet hat. Dieser Workshop war ein wichtiger Meilenstein bei der Analyse der Pandemieplanung. Von den fast hundert Teilnehmern waren Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern sowie des Bundesministeriums der Verteidigung vertreten. Ebenso nahmen zahlreiche Vertreter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, des Paul-Ehrlich-Instituts, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, des Friedrich-Löffler-Instituts, der Landes- und Kommunalbehörden von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie von anderen Be-

rufsgruppen, Verbänden und Institutionen teil, darunter auch Vertreter der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Im Rahmen dieser Tagung wurden unter anderem mit Berücksichtigung der von der Bundesärztekammer eingebrachten Verbesserungsvorschläge sehr viele Erkenntnisse thematisiert und auch eingeordnet, die in 2011/2012 in Maßnahmen umgesetzt wurden. So wird daraufhin derzeit der nationale Pandemieplan von Bund, Ländern und dem Robert-Koch-Institut überarbeitet, ein Expertenbeirat „Influenza" eingerichtet (s. u.), Verträge des Bundesministeriums für Gesundheit mit Pharmaverbänden offen gelegt, Haftungsfragen bei der Impfstoffgabe geklärt (Haftung übernehmen die Länder und die Pharmafirmen) sowie die Risikokommunikation verbessert. Ferner soll DEMIS, ein elektronisches Meldesystem für Infektionskrankheiten, etabliert werden.

Expertenbeirat „Influenza" beim Robert-Koch-Institut

Am 12.11.2012 konstituierte sich der Expertenbeirat „Influenza" beim Robert-Koch-Institut (RKI). Dieser Beirat ist der Nachfolger der 2007 gegründeten Pandemiekommission am RKI und der Expertenarbeitsgruppe „Pandemieplanung" des RKI.

Aufgabe des Expertenbeirates „Influenza" (kurz: Beirat) ist es, das Robert-Koch-Institut zu beraten. Das RKI seinerseits informiert, berät und unterstützt zuständige Einrichtungen des Bundes und der Länder. Denn eine Influenzapandemie kann hinsichtlich ihrer Ausbreitungsdynamik und den damit ggf. verbundenen Erkrankungs- und Todesraten ein Ereignis mit einem besonders hohen Gefahren-, Risiko- und Gesundheitsschädigungspotenzial darstellen. Dies ist abhängig von den konkreten Eigenschaften des jeweiligen Erregers, der Immunitätslage der Bevölkerung sowie der Möglichkeiten und Wirksamkeit präventiver und therapeutischer Interventionen.

Der Beirat berät das RKI in Vorbereitung auf und während einer Influenzapandemie bei fachlichen Fragen, insbesondere zu klinischen Fragen, zu Expositions- und Arbeitsschutzmaßnahmen, zu Grundsatzfragen der Impfprävention und pandemisch relevanten Arzneimitteln, (ausgenommen Aufgaben der Ständigen Impfkommission – STIKO), zu Diagnostik, zu bevölkerungsbezogenen nichtpharmazeutischen Maßnahmen, zu Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation.

Der Beirat ist in der interpandemischen Phase gegründet worden und soll regelmäßig tagen (mindestens einmal pro Jahr), um Fragen der Pandemieplanung zu beraten und bei Bedarf unverzüglich zusammentreten zu können. Der Beirat setzt sich aus möglichst nicht mehr als fünfzehn Mitgliedern sowie zusätzlichen Gästen zusammen. Diese sollen die maßgeblichen Fachrichtungen sowie Institutionen/Körperschaften repräsentieren und über persönliche fachliche Expertise mit Bezug zur Influenzaerkrankung beim Menschen bzw. Influenzapandemieplanung verfügen. Der Vorsitz des Beirats liegt beim Präsidenten des Robert-Koch-Instituts. Das RKI führt die Geschäftsstelle des Beirats. Der Beirat wird bei Bedarf durch den Präsidenten des RKI oder seine von ihm benannte Vertretung einberufen. Für die Bundesärztekammer wurde ihr Hauptgeschäftsführer, Dr. Bernhard Rochell, und als Stellvertreterin Dr. Annegret Schoeller für den Expertenbeirat „Influenza" benannt.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages mit dem Titel „Mehr Flexibilität und Transparenz bei der Pandemiebekämpfung (BT-Drs. 17/3544)“ wurde der Bundesärztekammer zur schriftlichen Stellungnahme am 21.11.2012 mit einer Einladung zu einer Anhörung am 30.01.2013 übersandt.

In der Stellungnahme der Bundesärztekammer wird darauf hingewiesen, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1999 Muster für eine Pandemieplanung erstellt und die Nationen gebeten hat, auch eine nationale Influenzapandemieplanung durchzuführen. Damit ist es erstmals möglich geworden, sich auf eine Pandemie vorzubereiten. Im Jahr 2004 veröffentlichten Bund und Länder sowie das Robert-Koch-Institut erstmalig den Nationalen Pandemieplan.

Am 24.04.2009 wurde erstmals eine Häufung respiratorischer Erkrankungen mit dem neuen Influenzavirus A (H1N1) in Mexiko bekannt. Innerhalb weniger Wochen entwickelte sich die erste Influenzapandemie des 21. Jahrhunderts, deren erste Welle Deutschland im Herbst 2009 erreichte und 1,8 bis 3,5 Millionen zusätzliche Arztbesuche verursachte. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) war diese Pandemie eine der größten Herausforderungen der vergangenen Jahrzehnte. Der Nationale Pandemieplan fand erstmalig seine Anwendung.

Bei der Bewältigung der sogenannten Schweinegrippepandemie (Neue Influenza A [H1N1] 2009) sind viele Anstrengungen gelungen, einiges erwies sich jedoch auch als verbesserungsbedürftig. Die Aufarbeitung der Pandemiebekämpfungsmaßnahmen in Deutschland erfolgte bereits in einem Workshop des Robert-Koch-Instituts am 22. und 23.03.2010 (Kraus et al.: Erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010, Bundesgesundheitsblatt 5/2010). Viele Maßnahmen, welche als defizitär angesehen wurden, sind bereits entsprechend den Erfordernissen angepasst worden.

Im Rahmen eines schriftlichen Verfahrens wird die Bundesärztekammer im Januar 2013 zum Antrag Stellung nehmen können. Der Bundesärztekammer wird ferner die Gelegenheit gegeben, am 30.01.2013 im Rahmen einer Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages ihre Position darzulegen.

Aus der Vergangenheit zu lernen, hält auch die Bundesärztekammer grundsätzlich für sinnvoll und unterstützt diese Bestrebungen. Jedoch ist Kritik oft auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass im Bereich der Daseinsvorsorge, auch der gesundheitlichen, seit Jahrzehnten und in der Regel von Nichtbeteiligten und insbesondere von nicht in Verantwortung stehenden Beteiligten nach Unglücken, Katastrophen oder eben Nichtkatastrophen die Frage aufgeworfen wird, ob bestimmte Ausgaben für Vorbereitungen/Vorhaltungen, hier beispielsweise für Impfstoffe, gerechtfertigt waren. In der Rückschau wird dabei regelmäßig, so auch hier, auf der Basis des gesamten derzeit vorhandenen Kenntnisstandes argumentiert. Unberücksichtigt bleibt dabei der Aspekt, welche Reaktionen das Unterlassen von Vorsorge, hier beispielsweise eine verspätete Impfstoffbestellung, hervorgerufen hätte und welche Auswirkungen dies im Fall einer schwerwiegenden Influenzapandemie auf die Bevölkerung (und Wirtschaft) gehabt hätte.

Daher muss die kritische Rückschau mit dem Ziel, Erkenntnisgewinn für eine Verbesserung der Entscheidungsfindung und Organisation zu erhalten, unterstützt werden. Ebenso muss eine kluge, sachliche und werteorientierte Abwägung zwischen notwendi-

ger Vorsorge, inklusive der finanziellen Belastung, und den Auswirkungen einer fehlenden, eingeschränkten oder verspäteten Vorsorge eingefordert werden.

Ausblick

Vor große Herausforderungen hat die H1N1-Influenzapandemie von 2009 alle mit der Pandemie befassten Institutionen und Personen auf allen Ebenen gestellt, obwohl sie im Vergleich zu früheren Pandemien nicht sehr schwerwiegend verlief. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Fachkräfte in der medizinischen Versorgung und in den Bundesbehörden waren durch ihr Engagement in der Lage, auftretende planerische, strukturelle und kommunikative Herausforderungen und Defizite zu kompensieren.

Es wurde deutlich, dass bei einer anders gearteten epidemiologischen Lage diese Kompensationsmechanismen leicht an ihre Kapazitätsgrenzen hätten geraten können. Wenngleich zu Beginn mit Knappheit zu rechnen ist, hat sich gezeigt, dass ein wirksamer und verträglicher Pandemieimpfstoff wenige Monate nach dem Auftreten eines neuen Influenzavirus verfügbar sein kann. Auch die Einbeziehung der Ärzteschaft muss vereinfacht werden. Das Geflecht von Zuständigkeiten ist in Deutschland derart komplex, dass die Verhandlungs- und Entscheidungsprozesse in Bezug auf Impflogistik und Impfkostenerstattung vorbereitet sein müssen.

Bezüglich der Ziele, des Nutzens und der Risiken von Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen müssen Kenntnis und Sachverstand der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit gefördert werden. Transparenter und vorausschauender muss eine offene und klare Kommunikation über getroffene und geplante Entscheidungen und Maßnahmen betrieben werden. Ebenso muss es Ziel sein, dass auch die Ärzteschaft mit einer Sprache spricht. Es muss aus der Schweinegrippepandemie gelernt werden, um danach die Maßnahmenplanung auszurichten. Auch hier muss es Ziel sein, im Falle einer weiteren Pandemie das Vertrauen der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und deren Gesundheit wirksam zu sichern.

3.9 Notfall- und Katastrophenmedizin

Die Bundesärztekammer begleitet die Themen Notfall- und Katastrophenmedizin sowie Bevölkerungsschutz unter zahlreichen Gesichtspunkten, von denen hier nur eine Auswahl beispielhaft erwähnt werden kann. Der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ berät den Vorstand der Bundesärztekammer in allen entsprechenden Fachfragen.

3.9.1 Qualifikation in der Notfallmedizin

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ gebeten, in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland e. V. (BAND) einen punktuell aktualisierten Entwurf des (Muster-)Kursbuches Notfallmedizin zu erarbeiten, wobei die Grundstruktur des 80-Stunden-Weiterbildungskurses zum Inhalt der Zusatz-Weiterbil-

dung „Notfallmedizin“ gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer erhalten bleibt. Eine erste Arbeitssitzung ist im Frühjahr 2013 zu erwarten. Die Einbindung der Landesärztekammern und Weiterbildungsgremien erfolgt im Anschluss daran.

3.9.2 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Die aus dem Jahr 1994 stammenden Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) werden seit Mitte des Berichtsjahres unter Beteiligung des Vorsitzenden des Vorstands der Bundesvereinigung Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Prof. Dr. Dr. rer. nat. Alex Lechleuthner, überarbeitet. Bereits im März wurden die Landesärztekammern um Anregungen gebeten. Neben berufspolitischen Forderungen sollten unter anderem die Aufgaben der ÄLRD sowie die Rahmenbedingungen für ihre Arbeit, die seit den 1990er-Jahren bundesweit sehr unterschiedlich etabliert wurden, berücksichtigt werden.

Der Entwurf einer neuen Empfehlung zum ÄLRD wurde von einer Facharbeitsgruppe erarbeitet und kann im Frühjahr 2013 im Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ und anschließend im Vorstand der Bundesärztekammer beraten werden.

3.9.3 Notarztindikationskatalog

Der „Indikationskatalog für den Notarzteinsatz“ der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2001 wurde in den letzten Jahren in den Ländern fachlich weiterentwickelt und um bisher nicht berücksichtigte Bedrohungslagen erweitert. Nach einer bundesweiten Bestandsaufnahme und Einbeziehung der Landesärztekammern im März des Berichtsjahres wurde im Juli 2012 der Entwurf eines überarbeiteten Notarztindikationskataloges erstellt. Noch ausstehend ist die Rückmeldung der BAND, die sich voraussichtlich im Januar 2013 mit unserem Entwurf beschäftigen wird. Eine Beschlussfassung noch im Frühjahr 2013 im Vorstand der Bundesärztekammer wird angestrebt.

3.9.4 Ärztliche Sichtung

Die Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (BMI) hat sich Ende Oktober 2012 erneut dem Thema Sichtung gewidmet und eine Konsensuskonferenz unter Beteiligung der Bundesärztekammer durchgeführt. Neue Aspekte der Sichtung und Vorsichtung sowie neue juristische Aspekte wurden ausführlich diskutiert und in Arbeitsgruppen ersten konsentierten Meinungen zugeführt. Eine zusammenfassende Publikation wird von der Schutzkommission erstellt werden. In der Oktoberkonferenz der Schutzkommission wurden die unterschiedlichen Vorstellungen zur Vorsichtung diskutiert und weitgehend Einigkeit darüber hergestellt, dass eine Vorsichtung, insbesondere unter Berücksichtigung neuer Szenarien, die zu einem Massenanfall von Verletzten (MANV) führen könnten, angewendet werden muss. Grund dafür ist unter anderem die in diesen Ausnahmesituationen nicht angemessene Verfügbarkeit von Notärztinnen

und Notärzten. Es wurde konsentiert, dass die Vorsichtung, in Weiterentwicklung der Definition der Bundesärztekammer, nur einen überbrückenden Charakter haben kann und dem Zweck dient, Patientinnen und Patienten mit akuter vitaler Bedrohung schnellstmöglich zu identifizieren und einer Sofortbehandlung zuzuführen. Die Vorsichtung ist somit als vorläufig anzusehen. Baldmöglichst muss eine ärztliche Sichtung erfolgen. Es bestand Konsens, dass Vorsichtung und Sichtung von Ärzten durchgeführt werden. Die Vorsichtung kann auch auf besonders geschultes, medizinisch qualifiziertes Personal lageabhängig übertragen werden. Einzelheiten zur Qualifikation des vor- und sichtenden Personals sowie des ggf. anzuwendenden Algorithmus sowie haftungsrechtliche Fragen müssen in einer weiteren Konsensuskonferenz geklärt werden.

3.9.5 Novellierung Rettungsassistentenausbildung/Notfallsanitätergesetz

Seit 2007 beschäftigt sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erneut mit der Novellierung des Rettungsassistentengesetzes. Die Bundesärztekammer hat den Diskussionsprozess in den letzten Jahren in einer Expertengruppe zu den Themen Ausbildungsziel und -inhalte, Kompetenzen sowie zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung einer dreijährigen novellierten Rettungsassistentenausbildung aktiv unterstützt. Im Mai wurde der Referentenentwurf eines Notfallsanitätergesetzes vorgelegt, nach einer Anhörung im BMG im Oktober der Regierungsentwurf, der kurzfristig in einer Sondersitzung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates und anschließend im Plenum des Bundesrates beraten wurde. Noch am gleichen Tag erfolgte die Gegenäußerung der Bundesregierung und kurz darauf die erste Lesung im Bundestag mit einer erwarteten Überweisung an die Ausschüsse Gesundheit (Federführung), Inneres und Arbeit und Soziales. Die Bundesärztekammer hat den Gesetzgebungsprozess eng begleitet und sowohl zum Referentenentwurf Stellung genommen als sich auch im Vorfeld der ersten Bundesratsbefassung an die Ministerpräsidenten der Länder gewandt. Der geplante zeitliche Gesetzgebungsverlauf lässt vermuten, dass das Notfallsanitätergesetz zügig verabschiedet und nachfolgend auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Kraft treten sollen. Bedauerlicherweise werden derzeit die Einwände und Hinweise der Ärzteschaft kaum wahrgenommen oder berücksichtigt, sondern als reines „Standesdenken“ abgetan. Verkannt wird dabei die zu befürchtende komplette Veränderung der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung, einhergehend mit einer Verschlechterung der Patientenversorgung, einer Verminderung der Patientensicherheit, einer Verteuerung des gesamten Systems sowie erheblichen haftungsrechtlichen Folgen.

3.9.6 Bevölkerungsschutz

Der Begriff „Bevölkerungsschutz“ hat sich als Übersetzung der international verwendeten Bezeichnung „Civil Protection“ etabliert. Die internationale Einteilung der Gefahrenabwehr in fünf Phasen – Prävention, Vorsorge oder Vorplanung, Einsatzabwicklung, Wiederherstellung und Auswertung – lässt sich im Bereich des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes durch das gesamte Gesundheitswesen abbilden. Herausforderungen ergeben sich dabei insbesondere bei den Zuständigkeiten an den Schnitt- und Nahtstellen sowohl innerhalb des Gesundheitswesens als auch beim Zusammenwirken mit dem Katastrophen- oder Zivilschutz.

Medical Task Force

Der Bund hat im Rahmen der gesamtstaatlichen Sicherheitsvorsorge die Gesetzgebungskompetenz für den Schutz der Zivilbevölkerung im Verteidigungsfall. Gemäß Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) ergänzt der Bund den Katastrophenschutz der Länder in den Aufgabenbereichen Brandschutz, Betreuung, ABC und Sanitätswesen. Auf dieser Grundlage verabschiedete die Innenministerkonferenz der Länder (IMK) 2007 ein Ausstattungskonzept des Bundes. Zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in Großschadenslagen beziehungsweise bei Speziallagen wurde 2009 das Projekt Medical Task Force (MTF) initiiert. Die MTF wurde definiert als arztbesetzter sanitätsdienstlicher Einsatzverband mit Spezialfähigkeiten und besonderem Verstärkungspotenzial zur Unterstützung regulärer Einheiten bei der Behandlung und dem Transport Verletzter/Erkrankter bei Großschadensereignissen/Katastrophen sowie im Verteidigungsfall. Die MTF soll Ressourcen für die überörtliche Hilfeleistung zum Aufbau und Betrieb einer Verletztendekontaminationsstelle, zur Versorgung von Verletzten/Erkrankten auf einem Behandlungsplatz sowie zur Verstärkung vorhandener Patiententransportkapazitäten bereitstellen. Schon zu einem frühen Zeitpunkt wurden Fahrzeuge mit entsprechendem Sanitätsmaterial konzipiert, jedoch ohne dass das dahinterliegende medizinische Einsatz- und Behandlungskonzept feststand. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe des Bundesministeriums des Innern (BBK) hat nun die Aufgabe, im Nachgang katastrophenmedizinische Handlungsempfehlungen bei schon vorhandenen Rahmenbedingungen sowie Fahrzeugen zu erstellen. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, in einer entsprechenden Expertengruppe mitzuarbeiten. 2012 fanden drei Workshops statt, in denen unter anderem ein arztspezifisches Fortbildungskonzept für das MTF-Personal erarbeitet wird. Die Vorstellungen gehen insbesondere bezüglich der zeitlichen Fortbildungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte noch weit auseinander. Weiterhin ungeklärt ist die Gewinnung von ehrenamtlichen Ärztinnen und Ärzten für die Mitwirkung in der MTF, insbesondere unter Berücksichtigung der Situation der Notärzteschaft, auf die im Wesentlichen zurückgegriffen werden soll.

4. Ärztliche Berufsausübung

4.1 Medizinethik – Grundsatz- und Verfahrensfragen

4.1.1 Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen

Der Ausschuss hat im Jahr 2012 viermal getagt und zu Beginn der neuen Legislaturperiode insbesondere über die neuen Arbeitsschwerpunkte beraten. Im Mittelpunkt stand die Ausarbeitung eines Arbeitspapiers zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung. Das im Jahr 2009 in Kraft getretene Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“) hat u. a. dazu geführt, dass Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen zunehmende Bedeutung erlangen. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass im klinischen Alltag solche vorsorglichen Willensbekundungen mit Organspendeerklärungen zusammentreffen. Dies führt zu Fragen des Verhältnisses einer vorsorglichen Willensbekundung und einer Organspendeerklärung. Damit befasst sich das vom Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen erstellte Arbeitspapier. Darin werden verschiedene Fallkonstellationen diskutiert und aus rechtlicher und ethischer Sicht bewertet. Das Arbeitspapier soll Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung geben, wie mit Konfliktsituationen umgegangen werden kann (Abschnitt B). Es enthält Empfehlungen (Abschnitt C) und Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung (Abschnitt D). Über das Arbeitspapier soll in der Sitzung des Vorstands der Bundesärztekammer am 17./18.01.2013 beraten werden.

Darüber hinaus hat der Ausschuss u. a. die Auswirkungen der Entscheidung des Verwaltungsgerichts Berlin vom 30.03.2012 zum ärztlich assistierten Suizid (Az.: 9 K 63/09) diskutiert. Zudem hat sich der Ausschuss mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung befasst. Anregungen und Anmerkungen der Ausschussmitglieder sind in die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 31.05.2012 eingeflossen. Eine weitere Stellungnahme wurde von der Bundesärztekammer zum Regierungsentwurf dieses Gesetzes am 10.12.2012 abgegeben. Beide Stellungnahmen sind über den Internetauftritt der Bundesärztekammer abrufbar (http://baek.de/downloads/stellbaek_gewerbsmaessige_foerderung_selbsttoetung_31052012.pdf ; http://baek.de/downloads/stellbaek_selbsttoetung_10122012.pdf).

4.1.2 Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission)

Der rasche Wissenszuwachs in den letzten Jahrzehnten und die technologische Entwicklung in der Biomedizin ebenso wie Verteilungsprobleme bei relativer Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen haben den Vorstand der Bundesärztekammer 1994 veranlasst, zusätzlich zu den bestehenden medizinischen Ethikkommissionen der Ärztekammern und der medizinischen Fakultäten eine Zentrale Kommission zur Wahrung

ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer einzurichten. Das besondere Profil der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) liegt in ihrer Herkunft und ihrer Zuständigkeit: Sie ist eine Kommission der verfassten Ärzteschaft. Diesem Selbstverständnis entsprechend widmet sich die Kommission vorwiegend Themen, die eine besondere Nähe zur ärztlichen Praxis aufweisen.

Die bisher veröffentlichten Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission sowie das Statut finden sich auf der Homepage unter www.zentrale-ethikkommission.de. Die Mitgliederübersicht ist sowohl auf der oben genannten Website als auch im Kapitel 13.4.2, S. 605, des vorliegenden Berichts aufgeführt.

Sechste Amtsperiode (2010 – 2013)

Innerhalb des Berichtszeitraums hat das Plenum unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dr. phil. Urban Wiesing, Tübingen, insgesamt viermal getagt und folgende Themen in den Arbeitskreisen beraten.

Arbeitskreis „Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie"
Der unter Federführung von Prof. Dr. phil. Dieter Birnbacher, Düsseldorf, eingerichtete Arbeitskreis befasste sich mit der Zunahme ärztlicher Leistungserbringung ohne Bezug zu Krankheit insbesondere im Bereich der ästhetischen Chirurgie. Im Vordergrund stand die Erarbeitung von Empfehlungen für einen verantwortungsvollen Umgang der Ärzteschaft mit diesen medizinisch nicht indizierten Leistungen. Der Arbeitskreis hat im Berichtszeitraum eine Sitzung durchgeführt, in der die Ausrichtung des Papiers mit Sachverständigen aus dem Bereich der ästhetischen Chirurgie beraten und diskutiert wurde. Die im Arbeitskreis konsentierte Stellungnahme wurde im Juli 2012 von der Kommission verabschiedet. Auf Grund der besonderen Relevanz der Stellungnahme für die Landesärztekammern haben der Vorsitzende, Prof. Wiesing, und Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Heidelberg, die Stellungnahme dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgestellt. Nachdem die Anregungen des Vorstands im Plenum der ZEKO beraten worden waren, wurde die Stellungnahme im Oktober 2012 im Bekanntmachungsteil des Deutschen Ärzteblatts veröffentlicht (Dtsch Arztebl 2012; 109[40]: A 2001-2004 [05.10.2012]).

Arbeitskreis „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund"
Der unter Federführung von PD Dr. Dipl.-Soz. Tanja Krones, Zürich, stehende Arbeitskreis verfolgt das Ziel, Spannungsfelder in der medizinischen Behandlung von Migranten aufzuzeigen, konstruktive Handlungsempfehlungen für die ethischen und praktischen Dilemmata für Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige zu entwerfen sowie Forderungen an die politischen Entscheidungsträger zur Begegnung der faktischen Ungleichbehandlung von Migranten in der Gesundheitsversorgung zu formulieren. Für einen stärkeren Praxisbezug wurde der Arbeitskreis um externe Sachverständige aus den Bereichen interkulturelle Medizinethik, Pflegewissenschaft sowie Sozialrecht erweitert; Sachkundige aus dem Bereich der medizinischen Flüchtlingshilfe wurden angehört. Der Arbeitskreis hat im Berichtszeitraum einmal getagt. Als der Arbeitsgruppe ein

Entwurfspapier vorlag, wurde eine Redaktionsgruppe – bestehend aus zwei Kommissionsmitgliedern, Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Göttingen, und Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann, Tübingen – eingerichtet, die eine abschließende Überarbeitung des Papiers vornahm. Im Dezember 2012 ist eine Vorstellung des vorläufigen Papiers beim zweiten Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern erfolgt, bei dem die Ausarbeitung eines entsprechenden Papiers ausdrücklich befürwortetet wurde. Die Verabschiedung einer Stellungnahme ist für das Frühjahr 2013 geplant.

Arbeitskreis „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen"
Die UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen wurde im Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet (vgl. www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm#convtext). Die Bundesregierung hat die Konvention im März 2007 gezeichnet, im März 2009 ist diese in Deutschland in Kraft getreten. Sie stellt u. a. umfangreiche Anforderungen an ärztliches Handeln dar und impliziert strukturelle Maßnahmen im Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund hat die ZEKO in der vorhergehenden Amtsperiode bereits eine Stellungnahme „Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen" herausgegeben (vgl. Dtsch Arztebl 2010; 107[7]: A 297-300). Kontroverse wissenschaftliche Auffassungen zur Vereinbarkeit von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie mit der Konvention waren Anlass für die ZEKO, zur gesonderten Behandlung dieses Aspektes einen weiteren Arbeitskreis einzusetzen. Die Federführung des Arbeitskreises obliegt Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann, Bochum. Die Arbeitsgruppe hat in dem Berichtszeitraum sechsmal getagt. Zur Beleuchtung der Probleme in der Praxis wurde eine Anhörung durchgeführt, an der Vertreter von Angehörigen psychisch Kranker, Psychiatrieerfahrenen, in der Psychiatrie tätigen Ärzten und Pflegekräften sowie Betreuern und Betreuungsrichtern teilnahmen. Die Verabschiedung einer Stellungnahme wird im Frühjahr 2013 angestrebt.

Arbeitskreis „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten"
Im November 2011 hat die ZEKO einen Arbeitskreis zur Thematik „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten" eingesetzt. Die Federführung für diesen Arbeitskreis obliegt Prof. Dr. Dipl.-Theol. Matthias Volkenandt, München. Der Arbeitskreis verfolgt das Ziel, ethische und juristische Kriterien als Orientierungsempfehlung insbesondere für eine Vertragsgestaltung von leitenden Ärzten in einem sich immer stärker kompetitiv entwickelnden Gesundheitssystem zu erarbeiten. Der Arbeitskreis hat im Berichtszeitraum viermal getagt. Die Veröffentlichung und Publikation einer Stellungnahme wird im Frühjahr 2013 angestrebt.

Weitere Aktivitäten der ZEKO

Für eine Unterstützung der ethisch-philosophischen Diskussion sind die ZEKO-Mitglieder Prof. Dr. phil. Dieter Birnbacher, Prof. Dr. theol. Franz Josef Bormann, Prof. Dr. jur. Friedhelm Hufen, Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz und Prof. Dr. Claudia Wiesemann im Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats zur Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes (siehe Kapitel 5.7.4) sowie anschließend daran im Arbeitskreis

zur Ausarbeitung einer wissenschaftlichen Veröffentlichung zur Bedeutung des Hirntods als sicheres Todeszeichen vertreten.

Änderung des Statuts der ZEKO

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat auf Anregung der ZEKO das Statut der ZEKO im April 2012 ausführlich beraten und mit Änderungen neu beschlossen. Die geänderte Fassung des Statuts wurde am 23. Juli 2012 im Deutschen Ärzteblatt bekannt gegeben und ist am Folgetag in Kraft getreten (Dtsch Arztebl 2012; 109[29/30]: A 1509-1510; im Internet unter http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.2.29).

4.1.3 Ständige Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern

Die Ständige Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern dient dem regelmäßigen Erfahrungs- und Gedankenaustausch der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern. Vorsitzender der Konferenz ist seit Mitte 2011 Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer; Stellvertretende Vorsitzende ist weiterhin Dr. rer. nat. Silke Schrum, Ärztekammer Hamburg. Zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden wurde im Oktober 2012 Prof. Dr. Hans-Werner Bothe M.A., Ärztekammer Westfalen-Lippe, gewählt. Das Gremium tagte im Berichtsjahr einmal im Plenum und bearbeitete verschiedene Themen im schriftlichen Verfahren. Die Arbeitsgruppen der Ständigen Konferenz tagten insgesamt achtmal, darüber hinaus nahmen Mitglieder der Ständigen Konferenz an der Veranstaltung „BfArM im Dialog: Klinische Prüfungen von Medizinprodukten – Erfahrungen mit Genehmigung und Durchführung“, an dem Workshop „Dialog mit den Ethikkommissionen – Anforderungen an die Prüfstelle“ sowie an der Konferenz des „European Forum for Good Clinical Practice“ zu „Options and Challenges for Ethical Assessment in the Clinical Trial Regulation Proposal“ teil.

Im Vordergrund der Arbeiten stand die Positionierung zu Neuregelungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) sowie zu EU-Verordnungsvorschlägen über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und mit Medizinprodukten bzw. mit In-vitro-Diagnostika. Dabei waren folgende Themen von besonderem Interesse:

- Bewertung der Qualifikation von Prüfern und der Eignung von Prüfstellen
- Ausnahmen von der Versicherungspflicht für bestimmte klinische Prüfungen
- Effektive Beteiligung der Mitgliedstaaten an der Nutzen-Risiko-Bewertung klinischer Prüfungen
- Ausdrückliche Einbindung unabhängiger Ethik-Kommissionen in das Bewertungsverfahren
- Versagenswirkung der Entscheidung von Ethik-Kommissionen
- Einführung einer Öffnungsklausel zur Sicherstellung eines höheren nationalen Schutzniveaus für vulnerable Gruppen

Die Stellungnahmen und Empfehlungen der Ständigen Konferenz zu den folgenden Vorschlägen sind im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/skoeklaek abrufbar.

Arzneimittelrechtliche Fragen

Seit der Zwölften Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) 2004 obliegt den Ethik-Kommissionen die Prüfung und Bewertung der „Qualifikation der Prüfer" und der „Geeignetheit der Prüfstellen", die sich an klinischen Prüfungen nach dem AMG beteiligen. Da die genannten Begriffe gesetzlich jedoch nicht näher bestimmt sind, hat die Bundesärztekammer „Empfehlungen zur Bewertung der Qualifikation von Prüfern und Geeignetheit von Prüfstellen durch Ethik-Kommissionen bei klinischen Prüfungen nach dem AMG" veröffentlicht (Dtsch Arztebl 2010; 107[1/2]: A 48-51). Die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen/Prüferschulungen wird darin als ein zentrales Merkmal der Qualifikation ärztlicher Prüfer genannt. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich daher für die Befassung der Ständigen Konferenz – in Abstimmung mit den zuständigen Fachdezernaten der Bundesärztekammer – zur Erarbeitung entsprechender Inhalte für die ärztliche Fort- und Weiterbildung ausgesprochen. Die in 2009 eingerichtete Arbeitsgruppe „Entwicklung von Fortbildungsangeboten für Prüfärzte" befasst sich seither unter der Federführung von RAin Caroline Schulz, Ärztekammer Nordrhein, mit der Entwicklung eines Konzepts für Basis- und Aufbaukurse zur Fortbildung von Prüfärzten. Die Arbeitsgruppe hat im Berichtszeitraum viermal getagt, davon dreimal in einer gemeinsamen Sitzung mit der Arbeitsgruppe „Inhalt von Prüferkursen" des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen. Mitglieder der Arbeitsgruppe nahmen im Mai 2012 an einem Dialog-Workshop zwischen Ethik-Kommissionen und Vertretern der Überwachungsbehörden der Länder (GCP-Inspektorate) in Schwerin teil, in dem v. a. Fragen zu Anforderungen an die Qualifikation/Geeignetheit von Prüfern und Prüfstellen diskutiert wurden. Die Erarbeitung einer Checkliste zur zukünftigen harmonisierten Bewertung der Qualifikation der Prüfer und Stellvertreter sowie der Geeignetheit der Prüfstelle wurde in der Sitzung vom Oktober 2012 beraten und wird in einer weiteren Sitzung der Arbeitsgruppe abgestimmt. Demgegenüber ist der Entwurf eines Grundlagenkurses für Prüfer/Stellvertreter und Mitglieder einer Prüfgruppe abgeschlossen und soll dem Vorstand der Bundesärztekammer im Jahr 2013 vorgelegt werden.

Eine Arbeitsgruppe unter der Federführung von Prof. Dr. Sebastian Harder, Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen, befasst sich seit 2008 mit Fragen der Beratung epidemiologischer Forschung und von Anwendungsbeobachtungen als nichtinterventionelle Prüfungen gemäß § 4 Abs. 23 Satz 2 AMG durch Ethik-Kommissionen. Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr einmal getagt.

Der Referentenentwurf des „Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften" (AMG-E) wurde der Bundesärztekammer Ende 2011 mit der Möglichkeit zur Stellungnahme vorgelegt. Im Februar 2012 folgte der Gesetzentwurf. Die Änderungen sollen vorrangig der Umsetzung europäischer Richtlinien zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel hinsichtlich der Pharmakovigilanz sowie zur Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette dienen. Darüber hinaus wurden Änderungen des Prüferbegriffs sowie zur Bewertung der Prüferqualifikation durch die Ethik-Kommission vorgenommen. So sah der AMG-E nur noch die Benennung eines Prüfers pro Prüfstelle vor, dessen Verantwortlichkeiten z. B. hinsichtlich der Überwachung weiterer Mitglieder der Prüfergruppe präzisiert wurden. Der AMG-E sah zudem Ausnahmen von der Pflicht zum Abschluss einer Probandenversicherung für klinische Prüfungen mit zugelassenen Arzneimitteln vor, sofern diese im Rahmen ihrer Zulassung eingesetzt werden und zusätzliche Stu-

dienmaßnahmen nur mit geringen Risiken und Belastungen verbunden sind und sofern eine anderweitige Haftpflichtversicherung für Prüfer und Sponsor vorliegt. Die Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern wurden um ihre Einschätzung gebeten. Ihre Positionen sind in die oben genannte Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf der AMG-Novelle vom 11.01.2012 und zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 09.03.2012 eingeflossen. In den Stellungnahmen wurden insbesondere die Bewertung des Stellvertreters des Prüfers sowie die Ablehnung von Ausnahmen zur Versicherungspflicht gefordert. Die Forderung der Bundesärztekammer nach einer Bewertung des Stellvertreters des Prüfers wurde im Gesetz, welches im Oktober 2012 in Kraft getreten ist, verankert.

Medizinrechtliche Änderungen in der Europäischen Union

Die Europäische Kommission veröffentlichte am 17.07.2012 den Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (KOM[2012]369). Die Richtlinie 2001/20/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der Guten klinischen Praxis (GCP) bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln vom April 2001 enthält spezifische Vorschriften für die Durchführung von klinischen Prüfungen, einschließlich multizentrischer klinischer Prüfungen, die mit Arzneimitteln an Menschen vorgenommen werden.

Die Mitglieder der Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und die Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern wurden im Rahmen einer schriftlichen Umfrage um ihre Einschätzung zu dem Verordnungsentwurf gebeten; zusätzlich tagte im August 2012 eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz unter Federführung von Ass. jur. Jan Paus, Landesärztekammer Westfalen-Lippe. Die Bundesärztekammer nahm im August 2012 auf Grundlage der schriftlichen Rückmeldungen von Mitgliedern der Ständigen Konferenz und der Ergebnisse der Ad-hoc-Arbeitsgruppe in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) Stellung zu dem Verordnungsentwurf. (Die Stellungnahme ist abrufbar unter http://baek.de/page.asp?his=%200.6.38.3568.) Darin begrüßt die Bundesärztekammer prinzipiell den Vorsatz der Europäischen Kommission, die Attraktivität der EU als Standort für klinische Forschung durch eine Harmonisierung von Rechtsnormen zu steigern. Die Bundesärztekammer kritisiert allerdings die fehlende Festschreibung zentraler ethischer Prinzipien und ärztlicher Überzeugungen in dem Verordnungsentwurf. Dieser entziehe den betroffenen Mitgliedstaaten die Entscheidungskompetenz in Kernfragen der ethischen Bewertung einer klinischen Prüfung und unterlaufe den Beitrag, den Ethik-Kommissionen derzeit zum Schutz der Studienteilnehmer, zur wissenschaftlichen Qualität und zum Vertrauen der Öffentlichkeit in die klinische Forschung leisten. Des Weiteren reduziere der Verordnungsentwurf den Schutz vor fremdnütziger Forschung, insbesondere bei Minderjährigen und Notfallpatienten. Die Bundesärztekammer fordert in ihrer Stellungnahme daher eine effektive Beteiligung der betroffenen Mitgliedstaaten an der Nutzen-Risiko-Bewertung durch die Einführung ausreichender Konsultationsfristen, eine Pflicht des berichterstattenden Mitgliedstaates, eingegangene Anmerkungen gebührend zu berücksichtigen, zu dokumentieren, im Bewertungsbericht auszuweisen und hier die Abweichungen zu begründen. Ferner sind Erweiterungen der Opt-out-Mög-

lichkeiten für betroffene Mitgliedstaaten z. B. aufgrund von Bedenken hinsichtlich der ärztlichen Vertretbarkeit vorzusehen. Zusätzlich fordert die Bundesärztekammer eine ausdrückliche Einbindung unabhängiger Ethik-Kommissionen im Sinne der Deklaration von Helsinki und der Leitlinie zur Guten klinischen Praxis der International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human use (ICH-GCP) in beiden Teilen der Bewertung von klinischen Prüfungen. Die Sicherstellung, dass eine ablehnende Entscheidung der Ethik-Kommissionen zu einer Versagung der Genehmigung führt, fordert die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme ebenso wie eine Öffnungsklausel für die Einführung höherer Schutzstandards für vulnerable Gruppen durch die Mitgliedstaaten. Die Bundesärztekammer leitete ihre Stellungnahme zu dem Verordnungsentwurf u. a. dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), den Gesundheitsausschüssen von Bundestag und Bundesrat, den zuständigen Landesministerien, den Abgeordneten des Gesundheitsausschusses im Europäischen Parlament und dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) zu. Weitere politische Aktivitäten bezüglich des Verordnungsentwurfs von Seiten der Bundesärztekammer sind für das erste Quartal in 2013 geplant.

Zur Diskussion über den Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln führte das „European Forum for Good Clinical Practice“ im November 2012 ein Treffen in Brüssel durch, an dem Ass. jur. Jan Paus als Vertreter der Bundesärztekammer teilnahm. Bei diesem Treffen stellte Fabio D'Atri von der Europäischen Kommission die durch den Verordnungsentwurf geplanten rechtlichen Neuerungen bei klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln dar. Neben den oben aufgeführten Neuerungen enthält der Verordnungsentwurf zudem Änderungen im Hinblick auf die Einrichtung eines einheitlichen EU-Portals für die Antragseinreichung, ein koordiniertes Bewertungsverfahren und eine Risikoadaptierung des Bewertungsverfahrens.

Mitglieder der Ständigen Konferenz nahmen im März 2012 an einem Dialog-Workshop des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) teil, in dem v. a. Erfahrungen mit Genehmigung und Durchführung bei klinischen Prüfungen von Medizinprodukten diskutiert wurden.

Am 26.09.2012 wurde von der Europäischen Kommission ein Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 (KOM[2012]542) sowie eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über In-vitro-Diagnostika (KOM[2012]541) veröffentlicht. Der Verordnungsentwurf der Europäischen Kommission zu Medizinprodukten sieht eine grundlegende und weitreichende Neuregelung des Medizinprodukterechts vor.

Die in der Sitzung der Ständigen Konferenz am 24.10.2012 neu gegründete Arbeitsgruppe „EU-Verordnungsvorschlag Medizinprodukte“ unter Federführung von Dr. jur. Karsten Scholz, Ärztekammer Niedersachsen, befasste sich im Dezember 2012 erstmalig mit der Erarbeitung eines Beitrags zu einer Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den Verordnungsentwürfen. Im Fokus der Kritik der Bundesärztekammer stehen u. a. das fehlende System einer Zulassung von Medizinprodukten zumindest der Klassen IIb und III vor dem Inverkehrbringen, die unzureichende Beteiligung der betroffenen Mitgliedstaaten an der Bewertung klinischer Prüfungen, die mangelnde Einbindung unabhängiger Ethik-Kommissionen im Sinne der Deklaration von Helsinki, das

Fehlen einer Öffnungsklausel für die Einführung höherer Schutzstandards für vulnerable Gruppen und eine Überwachung klinischer Prüfungen durch die zuständigen Behörden. Die Bearbeitung der Stellungnahme wird im Jahr 2013 fortgesetzt.

4.2 Ärztliche Berufsordnung

4.2.1 Berufsordnungsgremien

Ausschuss „Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte"

Der Ausschuss „Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte" tagte im Jahr 2012 dreimal. Gegenstand der Beratungen des Berufsordnungsausschusses war unter anderem die Umsetzung der auf dem 114. Deutschen Ärztetag beschlossenen Änderung des § 16 Muster-Berufsordnung (MBO) (Beistand für Sterbende). Ein großer Teil der Landesärztekammern hat die Neuregelung des § 16 MBO unverändert übernommen. Die teilweise beschlossenen Abweichungen wurden ebenso diskutiert wie eine mögliche Weiterentwicklung des § 16 MBO. In diesem Zusammenhang wurde der Ausschuss über die Position der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung informiert. Thematisiert wurde auch die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Berlin vom 30.03.2012 zum ärztlich assistierten Suizid. Mögliche Auswirkungen für die Landesärztekammern wurden z. B. hinsichtlich der Themen Doppel- und Mehrfachmitgliedschaften identifiziert.

Vor dem Hintergrund einer österreichischen Gesetzesinitiative erörterte der Ausschuss die Frage, ob im Hinblick auf die Durchführung von Schönheitsoperationen auch in Deutschland eine gesetzliche Regelung der ärztlichen Qualifikation notwendig erscheint. Im Ergebnis wurde dies als zu weitgehend abgelehnt.

Des Weiteren wurde die Thematik „Bonuszahlungen an Chefärzte" diskutiert. Hierbei wurden die aus dem Jahr 2002 stammenden „Gemeinsamen Hinweise" der Bundesärztekammer, des Verbands der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) und des Marburger Bundes (MB) zu der „Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag" der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) erörtert. Der Ausschuss bestätigte die seinerzeit formulierte Position, dass sich Ärzte in entsprechenden Verhandlungen rechtlichen Rat einholen sollten. Die Bundesärztekammer wird sich des Themas durch die Kontaktstelle „Zielvereinbarungen (Chef-)Arztverträge" annehmen, an die sich Ärzte mit entsprechenden Fragestellungen wenden können. Der Berufsordnungsausschuss hat auf die vorrangige berufsrechtliche Zuständigkeit der Landesärztekammern hingewiesen und die Bereitschaft bekundet, in grundsätzlichen Fragen als Beratungsgremium zur Verfügung zu stehen. Gegenstand der Erörterung war auch das von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer im Jahr 2007 beschlossene und im Deutschen Ärzteblatt publizierte Thesenpapier mit dem Titel „Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit – Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Hinweise und Erläuterungen" (Dtsch Arztebl 2007; 104[22]: A-1607). Die dortigen Ausführungen zur Problematik finanzieller Anreize in Vergütungsbestimmungen von Chefarztverträgen werden diskutiert und als weiterhin zutreffend angesehen.

Eingang in die Beratungen des Berufsordnungsausschusses hat auch das Arbeitspapier „Unternehmerische Betätigungen und Beteiligungen von Ärzten an Unternehmen – Möglichkeiten und Grenzen aus berufs- und vertragsärztlicher Sicht“ gefunden. Die vom Ausschuss einberufene Arbeitsgruppe „Juristen“ hat über den Stand dieses Arbeitspapiers informiert.

Die Auswirkungen des zukünftigen Patientenrechtegesetzes auf das Berufsrecht wurden erörtert und die Normierung eines Behandlungsvertrags in den §§ 630a ff. BGB-E und die damit verbundenen Pflichten der Behandelnden als zentraler Punkt identifiziert. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes wird der Ausschuss die Auswirkungen auf das Berufsrecht beraten und den sich ergebenden Änderungsbedarf hinsichtlich der MBO herausarbeiten.

Diskutiert und befürwortet wurde das Anliegen, die Thematik „Definition der ärztlichen Heilkunde“ im Rahmen der Arbeit des Berufsordnungsausschusses aufzugreifen. Gegenstand zukünftiger Beratungen in einer eigens gegründeten Arbeitsgruppe soll die Frage sein, ob ein gemeinsames Verständnis zur ärztlichen Heilkunde seitens der Ärzteschaft entwickelt werden kann und ob die Definition ärztlicher Heilkunde gesetzlich verankert werden soll.

Schließlich wurden dem Berufsordnungsausschuss auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer mehrere Anträge des 115. Deutschen Ärztetages zur Beratung vorgelegt. So wurde etwa, unter Beteiligung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die Reformbedürftigkeit des § 6 MBO vor dem Hintergrund der europäischen Arzneimittelgesetzgebung erörtert und im Ergebnis verneint.

In den Sitzungen des Berufsordnungsausschusses wurden zahlreiche weitere berufsrechtliche Fragestellungen diskutiert, die auf Anfragen der Landesärztekammern oder von dritter Seite zurückgehen. Gegenstand entsprechender Erörterungen waren etwa die Gründungsvoraussetzungen einer Ärztegesellschaft gemäß § 23a MBO und einer interdisziplinären medizinischen Kooperationsgemeinschaft gemäß § 23b MBO.

Arbeitsgruppe „Juristen“ des Berufsordnungsausschusses

Die AG „Juristen“ hat 2012 dreimal getagt und das Arbeitspapier „Unternehmerische Betätigung und Beteiligung von Ärzten an Unternehmen – Möglichkeiten und Grenzen aus berufs- und vertragsärztlicher Sicht“ beraten. Die Ausarbeitungen wurden in der Sitzung des Berufsordnungsausschusses am 04.12.2012 vorgestellt und diskutiert. Es ist beabsichtigt, das Arbeitspapier in der ersten Jahreshälfte 2013 fertigzustellen.

4.2.2 Arbeitsgruppe „Heilberufe- und Kammergesetze“

Die AG „Heilberufe- und Kammergesetze“ hat sich auf Beschluss der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern im Jahre 2008 konstituiert. Sie versteht sich als Informationsplattform für die Landesärztekammern. Ziel ist es, den Informationsaustausch über die Heilberufe- und Kammergesetze, insbesondere über die neuen Entwicklungen und Regelungen, zu intensivieren.

Die AG hat im Jahr 2012 viermal getagt, davon einmal gemeinsam mit Vertretern der AG „Berufe im Gesundheitswesen“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Im Wesentlichen wurden die im Folgenden aufgeführten Themen erörtert.

Umsetzung des Anerkennungsgesetzes auf Landesebene

Die Thematik wurde intensiv in mehreren Sitzungen beraten. Schwerpunkt der Diskussion war, wie sich die durch das Anerkennungsgesetz bedingten Änderungen bezüglich des Berufszugangs von Nicht-EU-Ausländern (Drittstaatlern) auf das Weiterbildungsrecht auswirken könnten. Es wurden verschiedene Alternativen hinsichtlich des Regelungsortes erörtert. Als denkbare Optionen wurden Änderungen der Heilberufe- und Kammergesetze in Erwägung gezogen sowie die Einführung von Regelungen über Berufsqualifikationsfeststellungsgesetze (BQFG) der Länder. Seitens der Bundesärztekammer wurde eine entsprechende Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) für sinnvoll gehalten. In diesem Zusammenhang wurde durch die Bundesärztekammer ein Entwurf der Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO erarbeitet. Die Mehrheit der AG-Teilnehmer sprach sich für eine Änderung der MWBO aus. Es wurde ein Argumentationspapier erstellt, welches die Kernargumente für Regelungen in der MWBO enthält.

Datenaustausch und effektive Berufsaufsicht

Diskutiert wurde die Frage, ob künftig Vorschriften zu den Themen Datenerhebung, -verwaltung und -übertragung möglichst einheitlich in den Heilberufe- und Kammergesetzen normiert werden sollten, da die bisherigen Regelungen uneinheitlich sind. Es wurde festgestellt, dass Probleme bestehen, die Berufsaufsicht effektiv auszuüben, wenn es am Recht zur Weitergabe von Daten und Informationen fehle. Die Berufsaufsicht sei eine zentrale Aufgabe der Kammern. Sinnvoll und notwendig seien daher Weitergaben von Daten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und an das jeweilige Versorgungswerk. Die AG kam zu dem Ergebnis, dass ein gemeinsamer Handlungsbedarf der Kammern besteht. Der Datenfluss von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Kammern und den Approbationsbehörden müsse gesetzlich geregelt werden.

Effektive Berufsaufsicht und Patientenschutz

Es wurden Fälle berufsrechtlicher Verfahren diskutiert. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass Kammern oftmals Probleme haben, berufsrechtlich tätig werden zu können. Diskutiert wurde insbesondere über grundsätzliche Probleme (Dauer der Verfahren, Verzögerung der Verfahren, begrenzte Möglichkeiten der Kammern bei Ermittlungsverfahren). Solche Angelegenheiten der Kammern könnten nicht durch ein Bundesgesetz, sondern müssten durch Landesgesetze geregelt werden. Es wurde der Wunsch geäußert, den Kammern stärkere Ermittlungs- und Einflusskompetenzen zu geben. Diese müssten sich einzelfallbezogen bei begründeten Zweifeln ein Bild verschaffen können. Dies sei derzeit nicht möglich. Diese Thematik wird auch künftig in der AG diskutiert werden.

Beratung von Einzelthemen

Erörtert wurden weitere Themen, wie beispielsweise die Notwendigkeit gesetzlicher Grundlagen für Regelungen zur Fortbildung (einschließlich § 7 Abs. 3 GenDG) oder die Anwendung der Berufsordnung auf Dienstleister (der Fall Konstantinidis und seine Auswirkungen).

Am 27.04.2012 fand in der Bundesärztekammer die gemeinsame Sitzung der AG „Heilberufe- und Kammergesetze" mit Vertretern der AG „Berufe des Gesundheitswesens" der AOLG statt. Es erfolgte ein konstruktiver Meinungsaustausch zu den oben genannten Themen. Weiterhin tauschten die Teilnehmer sich zum Stand der Diskussion zur Berufshaftpflichtversicherung aus.

In der letzten Sitzung der AG „Heilberufe- und Kammergesetze" des Jahres am 13.11.2012 erfolgte eine Bilanzierung der Tätigkeiten der AG seit dem Jahr 2008. Insgesamt wurde eine positive Bilanz gezogen. Diskutiert wurde aber auch, wie die Arbeit der AG optimiert werden könnte, um die Umsetzung der Arbeitsergebnisse zu verbessern.

4.2.3 Berufshaftpflichtversicherung

Projektgruppe „Berufshaftpflichtversicherung"

Von Januar bis Dezember 2011 hat sich die Projektgruppe „Berufshaftpflichtversicherung" mit der Frage befasst, wer als sogenannte „Meldestelle" nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für die Überprüfung des Nachweises über das Bestehen der Berufshaftpflichtversicherung zuständig sein sollte: die Ärztekammern oder die Approbationsbehörden. Die Projektgruppe unter Vorsitz des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, und unter Geschäftsführung der Rechtsabteilung hat mit den Mitgliedern Dr. Udo Wolter (Landeärztekammer Brandenburg), Michael Hahn (Ärztekammer Berlin) und Gabriela Luth (Ärztekammer Hamburg) die jeweiligen Pro- und Kontra-Argumente zusammengestellt und dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung vorgelegt. Der Vorstand sprach sich u. a. dafür aus, dass die Ärztekammern Meldestelle nach § 117 VVG werden sollten. Diese Positionierung wurde auch in Abstimmung mit Vertretern der AG „Berufe im Gesundheitswesen der AOLG" und der Referate 316 und 317 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages zum Regierungsentwurf eines Patientenrechtegesetzes im Herbst 2012 vorgetragen. Danach sieht § 6 der Bundesärzteordnung (BÄO) künftig eine fakultative Ruhensanordnung der Approbation bei fehlendem Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung vor. Ergänzend werden die Länder im Kammergesetz regeln, dass die Kammern zuständige Stelle nach § 117 VVG sind und jede Meldung des Versicherers über Beginn, Beendigung oder Kündigung entgegennehmen. Die Kammern werden dann im Rahmen der Berufsaufsicht über die anzuwendenden Sanktionsmöglichkeiten unter Einbeziehung des § 6 BÄO im Sinne eines gestaffelten Verfahrens entscheiden können.

Arbeitsgruppe (zur Weiterentwicklung der) Berufshaftpflichtversicherung

Von August bis Dezember 2011 hat sich die AG „Berufshaftpflichtversicherung“ unter Vorsitz von Klaus Labuhn (Ärztekammer Niedersachsen), mit den Mitgliedern Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch (Ärztekammer Nordrhein), Dr. phil. Michael Schwarzenau (Ärztekammer Westfalen-Lippe) und RA Manuel Maier (Landesärztekammer Hessen), mit Problemen im Bereich der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung befasst. Die Arbeitsgruppe hat Handlungsfelder in den Bereichen „Rückführung der Zellenbildung“, „Vergesellschaftung des Geburtenrisikos“ und „Konkretisierung/Ausgestaltung der Pflichtversicherung“ identifiziert und dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung vorgelegt.

Der Vorstand hat beschlossen, eine „AG zur Weiterentwicklung der Berufshaftpflichtversicherung“ einzusetzen. Diese AG unter Vorsitz von Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und unter Geschäftsführung der Rechtsabteilung, mit den Mitgliedern Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Max Kaplan, Dr. Schwarzenau, RA Maier, Dr. Klitzsch, RA Johann Neu (Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern) sowie RA Patrick Weidinger (Deutsche Ärzteversicherung AG), hat den Auftrag, die ärztliche Berufshaftpflichtversicherung unter Berücksichtigung auch alternativer Modelle zu konkretisieren und weiterzuentwickeln. Dabei soll u. a. die Frage der Vergesellschaftung des Geburtenrisikos und die Einpreisung der Prämien in die Honorare untersucht werden. Das Modell der Rückführung der sogenannten Zellenbildung wird nicht verfolgt. Nachdem die AG im April und Dezember 2012 auch unter Einbeziehung von Nils Hellberg, Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft, sowie Dr. Christian Albring, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, erster Vorsitzender und Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. und Vorstandsmitglied der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., tagte, wurde die Rechtsabteilung beauftragt, ein Konzeptpapier zu diskutierten und Optionen der Prämienreduzierung zu erstellen. Dabei wird die grundsätzliche Frage eines Wechsels zu anderen Ersatzsystemen (freiwillige oder ggf. verpflichtende), wie z. B. einer Behandlungsrisikoversicherung oder einer Patientenversicherung, zurückgestellt.

4.3 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Mit Gründung der ersten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 1975 hat sich die Ärzteschaft aktiv der Aufgabe gewidmet, Patienten eine Anlaufstelle für die Überprüfung von Behandlungsfehlervorwürfen zu geben und Ärzte vor unberechtigten Klagen zu schützen. Daraus ist mittlerweile eine anerkannte Streitschlichtungskultur entstanden. Über ihre Arbeit tauschen sich die Vertreter der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen regelmäßig auf ihrer Ständigen Konferenz aus. Ein derartiges Treffen fand erstmals im Jahr 1979 im Ärztehaus Bayerns statt. Dort wurde auch beschlossen, in Zukunft eine gemeinsame Jahresstatistik aller Stellen zu führen und die Ständige Konferenz zu einem regelmäßigen Austausch zu nutzen. Seit über dreizehn Jahren findet die Ständige Konferenz unter dem Vorsitz des Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Andreas Crusius, in Dierhagen statt. Im Mittel-

punkt aller Beratungen der letzten Jahre steht die gemeinsame Statistik, die in jedem Jahr im Tätigkeitsbericht veröffentlicht wird. Nachdem die Zahlen zunächst nur die Tätigkeit der Gremien als solche abgebildet haben, werden die Meldungen seit 2003 mit Hilfe eines elektronischen Statistikbogens vorgenommen. Das Medical Error Reporting System (MERS) hat erheblich zum Erfolg und Bekanntwerden der Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen beigetragen. Es ist zudem ein Instrument der Fortbildungs- und Qualitätssicherungsmaßahmen.

Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen geben sich allerdings nicht damit zufrieden, bereits viel erreicht zu haben. Sie sind an einer ständigen Verbesserung ihrer Tätigkeiten interessiert. So stand in diesem Jahr auf der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen die Beratung über die Weiterentwicklung des MERS auf der Tagesordnung. Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sind sich darüber einig, dass dieses System weiter entwickelt werden soll. Hierzu soll eine Arbeitsgruppe errichtet werden, die sich mit diesem Thema beschäftigt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Beratungen war das Patientenrechtegesetz, das Anfang 2013 in Kraft treten soll. Hierzu hat Ministerialrätin Bettina Godschalk aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sachkundig die Teilnehmer der Ständigen Konferenz über die geplanten Inhalte des Gesetzes informiert (Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Drs. 17/10488). In diesem Zusammenhang wurde auch die Errichtung eines verschuldensunabhängigen Hilfsfonds diskutiert. Zu Einzelheiten des Entwurfs des Patientenrechtegesetzes wird auf die gemeinsame Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) vom 9. März 2012 zum Referentenentwurf (http://baek.de/downloads/stellbaek_kbvpatientenrechtegesetz_09032012.pdf) und auf das gemeinsame Statement von Bundesärztekammer und KBV vom 24. September 2012 zum Regierungsentwurf (http://baek.de/downloads/stellbaek_patrg_240912.pdf) verwiesen.

Wie in jedem Jahr standen auch diesmal die bundeseinheitliche Statistik über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sowie die Vorbereitung der Pressekonferenz am 19. Juni 2012 auf der Tagesordnung. Den Teilnehmern wurde die statistische Erhebung 2011 zur Kenntnis und Abstimmung gegeben, die nachstehend wiedergegeben wird.

Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2011

Tabelle 1

Anträge und Entscheidungen	2010	2011	Veränderung
Anzahl der gestellten Anträge	11.016	11.107	0,83%
Anzahl der erledigten Anträge	11.096	11.033	– 0,58%
1.3 Anzahl aller Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide)	7.355	7.452	1,32%
1.4 Anteil der Sachentscheidungen an Erledigungen	66,29%	67,55%	1,91%

Erläuterung:

1.1 Zahl der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Berichtsjahr eingegangenen Begutachtungsanträge. Erfasst wird die Zahl der Begutachtungsfälle, d. h. der unter einem Aktenzeichen geprüften Fälle, unabhängig davon, ob sich das Begutachtungsverfahren gegen einen oder mehrere Ärzte richtet.

1.2 Zahl der im Berichtsjahr insgesamt abgeschlossenen Begutachtungsverfahren (Gesamterledigungen). Die Gesamterledigungen gliedern sich in:
Formale Erledigungen (z. B. bei örtlicher oder sachlicher Unzuständigkeit der angerufenen Stelle, sonstiger Verfahrenshindernisse wie z. B: Verstreichung der Antragsfrist, Klageerhebung, Strafanzeige, Antragsrücknahme) und *Sachentscheidungen* mit Bestätigung oder Ausschluss eines ärztlichen Fehlers und/oder eines darauf zurückzuführenden Gesundheitsschadens nach medizinischer Überprüfung des Sachverhalts (Erledigungen nach medizinischer Beurteilung).

1.3 Zahl der Sachentscheidungen (Nr. 1.3), die in der Zahl der Gesamterledigungen (Nr. 1.2) enthalten sind.

1.4 Prozentualer Anteil der Sachentscheidungen an den Gesamterledigungen

In den Spalten Vorjahr/Veränderungen sind zum Vergleich die Vorjahreszahlen und die Entwicklung (Zunahme oder Abnahme) im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Tabelle 2: Patientenvorwürfe

Patientenvorwürfe	2010	2011
2.1 Anzahl aller Sachentscheidungen	7.355	7.452
2.2 Gesamtzahl der Vorwürfe (Bezug: 2.1; max. 4 Sachentscheidungen)	14.079	14.095
2.3 Die häufigsten Vorwürfe (Bezug: 2.2)		
Therapie operativ, Durchführung	3.580	3.808
Therapie postoperative Maßnahmen	1.118	1.205
Diagnostik, bildgebende Verfahren	1.117	1.077
Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	1.137	1.076
Aufklärung, Risiko	746	707
Aufklärung, Pharmaka	640	691
Therapie, konservativ	651	587
Indikation	572	574
Diagnostik Labor/Zusatzuntersuchungen	513	516
Therapie postoperativ, Infektion	400	402

Erläuterung:

Begutachtungsanträge können einen oder mehrere Behandlungsfehlervorwürfe betreffen. Bei mehreren Vorwürfen werden maximal die vier wichtigsten statistisch erfasst. Deshalb ist die Zahl der unter

2.2 angegebenen Gesamtzahl der Vorwürfe größer als die Bezugszahl unter 2.1 (Sachentscheidungen).

2.3 Zahlen der zehn häufigsten erhobenen Vorwürfe, gegliedert nach Teilbereichen ärztlicher Tätigkeit.

Tabelle 3

Behandlungsfehler bejaht/verneint	2011
3. Anzahl aller Sachentscheidungen	7.452
3.1 Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel verneint	5.165
3.2 Nur Risikoaufklärungsmangel bejaht	46
3.3 Behandlungsfehler bejaht	2.241
3.4 Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel bejaht und Kausalität verneint	386
3.5 Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel und Kausalität bejaht	1.901
3.6 Schäden, iatrogen fehlerbedingt (Bezug: 3.5)	1.901
3.6.1 Bagatellschaden	64
3.6.2 Schaden: passager leicht/mittel	740
3.6.3 Schaden: passager schwer	277
3.6.4 Dauerschaden leicht/mittel	525
3.6.5 Dauerschaden schwer	196
3.6.6 Tod	99

Erläuterung:

3.1 Zahl der Verfahren, in denen kein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel festgestellt wurde.

3.2 Zahl der Verfahren, in denen zwar kein Behandlungsfehler, aber ein Mangel der Risikoaufklärung festgestellt wurde. *(Anmerkung: Ein Mangel der Risikoaufklärung ist definitionsgemäß kein Behandlungsfehler. Bei Mängeln der Risikoaufklärung ist die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff unwirksam und der Eingriff rechtswidrig mit der Folge, dass der Arzt für alle Folgen des Eingriffs haftet.)*

3.3 Zahl der Verfahren, in denen ein oder mehrere Behandlungsfehler (ggf. zusätzlich auch Mängel der Risikoaufklärung) festgestellt worden sind.

3.4 Zahl der Verfahren, in denen die festgestellten Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmängel nicht ursächlich für einen Gesundheitsschaden waren.

3.5 Zahl der Verfahren, in denen die festgestellten Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmängel ursächlich für einen Gesundheitsschaden waren.

Tabelle 4

Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragsstellung führten	2011
4.1 Anzahl aller Sachentscheidungen	7.452
4.2 Die häufigsten Einzeldiagnosen/ICD10 (Bezug: 4.1)	
M17: Gonarthrose	291
M16: Koxarthrose	289
S82: Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	164
S52: Unterarmfraktur	158
M51: Bandscheibenschäden, lumbal	140
S72: Femurfraktur	129
M20: Deformität, Zehen/Finger	120
C50: BN Mamma	118
M23: Kniebinnenschaden (degenerativ)	112
4.2.10 S42: Schulter- u. Oberarmfraktur	107

Erläuterung:
Angegeben sind – in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit – die zehn häufigsten Diagnosen. Für jedes Verfahren wird eine (korrekte) Diagnose (Betrachtungsweise ex post), wegen der die beanstandete Behandlung durchgeführt worden ist, berücksichtigt; bei mehreren Diagnosen nur die führende.

Tabelle 5: Antragsgegner/Behandlungsorte

Antragsgegner/Behandlungsorte	2011
5.1 Gesamtzahl der Antragsgegner bei Sachentscheidungen	8.493
5.2 Krankenhausbereich	6.130
5.3 Niedergelassener Bereich (Praxis, MVZ)	2.363

Erläuterung:
5.1 Zahl der Antragsgegner, maximal vier Antragsgegner pro Begutachtungsverfahren.
Anmerkung: Bei Beteiligung mehrerer Ärzte einer Praxis/Krankenhausabteilung wird die Behandlungseinrichtung nur einmal als Antragsgegner gezählt.
5.2/5.3 Verteilung der Anträge auf die Versorgungsbereiche Krankenhaus und Praxis.

Tabelle 6: Behandlungsfehler und Behandlungsort

Behandlungsfehler und Behandlungsort	Praxis 2011	Krankenhaus 2011
6.1 Ort des Behandlungsgeschehens	Bezug: 2.363	Bezug: 6.130
6.2 Antragsgegner/Fehler/Risikoaufklärungsmangel bejaht	674	1.649
6.3 Antragsgegner/nur Risikoaufklärungsmangel bejaht	24	36

6.4 Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner 2011

	Niedergelassener Bereich		Krankenhausbereich	
6.4.1	Unfallchirurgie/Orthopädie	573	Unfallchirurgie/Orthopädie	1.977
6.4.2	Hausärztlich tätiger Arzt	320	Allgemeinchirurgie	1.003
6.4.3	Allgemeinchirurgie	243	Innere Medizin	461
6.4.4	Innere Medizin	201	Frauenheilkunde	394
6.4.5	Frauenheilkunde	152	Neurochirurgie	252
6.4.6	Augenheilkunde	150	Anästhesiologie und Intensivmedizin	234
6.4.7	Radiologie	129	Urologie	213
6.4.8	Urologie	99	Geburtshilfe	196
6.4.9	Haut- und Geschlechtserkrankungen	92	Neurologie	146
6.4.10	HNO-Heilkunde	80	HNO-Heilkunde	144

Erläuterung:

6.2 Zahl und Verteilung der festgestellten Behandlungsfehler und Risikoaufklärungsmängel auf die Versorgungsbereiche Praxis und Krankenhaus (1 Behandlungsfehler je Fachgebiet/Behandlungseinrichtung-Bezug: Nr. 5.1).

6.3 Zahl und Verteilung der Verfahren, in denen ausschließlich Mängel der Risikoaufklärung (vgl. Nr. 3.2) festgestellt worden sind (1 Risikoaufklärungsfehler pro Verfahren – Bezug: Nr. 5.1). Die hier erfassten Mängel der Risikoaufklärung sind in Nr. 6.2 nicht enthalten.

6.4 Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner

Angegeben sind – unterteilt nach den Versorgungsbereichen Niedergelassener Bereich und Krankenhausbereich – die zehn Fachgebiete, die am häufigsten von einem Begutachtungsantrag betroffen waren (Bezug: Tabelle 5, je Verfahren maximal vier Antragsgegner/Fachgebiete).

Erfassungskriterium ist die ausgeübte Tätigkeit, nicht die Facharztkompetenz im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Tabelle 6 (Fortsetzung)

6.5 Die häufigsten Fehler 2011 (max. zwei Fehler pro Antragsgegner)				
	Niedergelassener Bereich		**Krankenhausbereich**	
6.5.1	Diagnostik, bildgebende Verfahren	152	Therapie operativ, Durchführung	525
6.5.2	Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchungen	84	Diagnostik, bildgebende Verfahren	294
6.5.3	Therapie operativ, Durchführung	83	Therapie, postoperative Maßnahmen	212
6.5.4	Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	82	Indikation	149
6.5.5	Indikation	69	Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	124
6.5.6	Therapie, Pharmaka	67	Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchungen	113
6.5.7	Therapie, konservativ	31	Therapie, Pharmaka	94
6.5.8	Therapie, postoperative Maßnahmen	31	Therapie postoperativ, Infektion	86
6.5.9	Überweisung, Facharzt, Konsil	23	Therapie, konservativ	53
6.5.10	Diagnostik, allgemein	23	Überweisung, Facharzt, Konsil	51
6.6 Die häufigsten fehlbehandelten Krankheiten 2011				
	Niedergelassener Bereich		**Krankenhausbereich**	
6.6.1	Unterarmfraktur	16	Koxarthrose	80
6.6.2	Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	15	Gonarthrose	71
6.6.3	BN Mamma	15	Unterarmfraktur	65
6.6.4	Kniebinnenschäden (degenerativ)	14	Femurfraktur	63
6.6.5	Kataract, sonst.	13	Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	52
6.6.6	Bandscheibenschäden, lumbal	13	Schulter- u. OA-Fraktur	31
6.6.7	Rückenschmerzen	13	Hand- u. Handgelenkfraktur	30
6.6.8	Hand- u. Handgelenkfraktur	12	Oberflächliche Verletzung, n. n. b.	26
6.6.9	Gonarthrose	11	Cholelithiasis	23
6.6.10	Oberflächliche Verletzung, n. n. b.	10	Uterus myomatosus	21

Erläuterung:

6.5 Die häufigsten Fehlerarten
Angegeben sind – unterteilt nach den Versorgungsbereichen Niedergelassener Bereich und Krankenhausbereich – die zehn häufigsten Behandlungsfehlerarten, unabhängig davon, ob der festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden war oder nicht (maximal zwei Behandlungsfehler je Sachentscheidung).

6.6 Die häufigsten fehlbehandelten Krankheiten
Angegeben sind – unterteilt nach den Versorgungsbereichen Niedergelassener Bereich und Krankenhausbereich – die zehn Krankheitsbilder, bei denen am häufigsten Behandlungsfehler oder Mängel der Risikoaufklärung festgestellt worden sind, unabhängig davon, ob der festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden war oder nicht.

4.4 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Patientensicherheit

4.4.1 Arbeitsschwerpunkte berufsimmanenter Qualitätssicherung

Ausschuss „Qualitätssicherung“

Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ berät aktuelle Themen der Qualitätssicherung und unterstützt den Vorstand der Bundesärztekammer bei entsprechenden Beschlussfassungen. Durch inhaltliche Rückkopplungen mit der Ständigen Konferenz „Qualitätssicherung“ (siehe dazu separaten Abschnitt S. 238f.) können relevante Themen selektiv einer breiteren Diskussion zugeführt werden oder umgekehrt die Ergebnisse solcher Diskussionen mit Vertretern der Landesebene in die Ausschussberatungen eingebunden werden. Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ hatte im Berichtszeitraum unter dem Vorsitz von Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, am 10.12.2012 getagt.

Anknüpfend an die Beratungen des Vorjahres wurden aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Qualitätsmanagement (QM), Qualitätssicherung (QS) und Patientensicherheit vor dem Hintergrund der stetigen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems diskutiert, insbesondere mit Blick auf das Spannungsfeld zwischen marktwirtschaftlichem Wettbewerb und staatlicher Regulierung. Jenseits der nationalen Ebene rücken außerdem zunehmend Regelungen der Europäischen Union (EU) ins Blickfeld, hier insbesondere die Entwicklungen im Bereich der Normung von Dienstleistungen, die auch ärztliche Qualifikationen beinhalten.

Die Regelungsdichte, aber auch die Arbeitsbedingungen in Kliniken und Praxen bleiben nicht ohne Wirkung auf die Wahrnehmung und Umsetzung ärztlicher Qualitätssicherung. Die Mitglieder des Ausschusses „Qualitätssicherung“ beurteilten die Akzeptanz von QM- und QS-Maßnahmen in der deutschen Ärzteschaft als heterogen. Als Indikator einer positiven Haltung ist eine ungebrochene Nachfrage nach QM-Kursangeboten zu beobachten. Auf der anderen Seite schrecken bürokratischer Aufwand und Kosten nach wie vor viele Ärzte ab, sich aktiv in die Umsetzung von QS-Maßnahmen einzubringen und mitzugestalten. Dazu trägt auch die nicht unbegründete Wahrnehmung bei, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen als Steuerungsinstrument von Gesetzgeber und Krankenkassen benutzt werden.

Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ ging auch auf die zu diesem Zeitpunkt zahlreich erschienenen Pressemitteilungen ein, wonach in Deutschland zu viel operiert werde. Bereits auf dem Hauptstadtkongress 2012 hatte sich die Bundesärztekammer durch die Beteiligung von Dr. Jonitz an der gut besuchten Veranstaltung „Wird in Deutschland zuviel operiert?“ kritisch mit diesem Thema auseinandergesetzt. Jüngster Anlass für den Ausschuss, sich diesem Thema zu stellen, war der sogenannte AOK-Krankenhausreport, in dem insbesondere die Häufigkeit orthopädischer Eingriffe an Hüfte und Wirbelsäule hinterfragt worden war.

Der Ausschuss bewertete die Berichterstattung und die Diskussion als zu wenig differenziert. Als bemerkenswert wurde festgehalten, dass Zweifel an der Notwendigkeit von Operationen nicht nur erwartungsgemäß von den Kassen, sondern auch von einzelnen Chirurgen öffentlich geäußert worden waren. Dies wurde als Ausdruck des Ökonomisierungszwangs und damit eines Systemversagens gewertet. Die kritische Haltung der

Ärzte wurde daher begrüßt, die Kritik der Krankenkassen hingegen zurückgewiesen, da diese als Initiatoren eines reinen Preiswettbewerbs letztlich die Verursacher der beobachteten Mengenausweitung sind.

Zu den spezifischen Themen mit Beschlussbedarf, die der Ausschuss „Qualitätssicherung" in 2012 beriet, gehörten:

- Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin

  Zu den seit 2002 geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer gemäß § 16 Transplantationsgesetz (TPG) gehört auch eine Richtlinie zur Qualitätssicherung, die mittlerweile als überarbeitungsbedürftig einzustufen ist. Die Richtlinie ist als Grundlage für die externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V herangezogen worden, wobei keine eigenständige Umsetzung durch die Bundesärztekammer erfolgt war, sondern eine mittelbare zunächst über die BQS (Institut für Qualität & Patientensicherheit, vormals Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) und jetzt über das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) in Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Vor dem Hintergrund der ab Mitte 2012 bekannt gewordenen Manipulationen in deutschen Transplantationszentren erhält die geplante Überarbeitung der Richtlinie auch konkrete Anknüpfungspunkte, den Fokus künftig stärker auf klinikinternes Qualitätsmanagement zu legen. Als Herausforderung ist die Einbettung der Richtlinie in den komplexen Gesetzeskontext und hier insbesondere die Abstimmung mit dem G-BA zu sehen.

- Datenbank Ärztliche Qualitätssicherungsinitiativen (ÄQSI)

  Mit Hilfe einer Datenbank, die im Auftrag der Bundesärztekammer mit Unterstützung der BQS entwickelt worden ist, werden künftig freiwillige ärztliche Initiativen zur systematischen und regelmäßigen bzw. kontinuierlichen Erfassung und Darlegung der ärztlichen Behandlungsqualität bei Patienten in Deutschland benutzerfreundlich recherchierbar sein. In Abgrenzung zu anderen Projekten, Fortbildungsmaßnahmen, wissenschaftlichen Studien etc. wurde im Sinne eines Clearings eine Initiative im Sinne von ÄQSI definiert als „freiwillige ärztliche Initiative zur systematischen und regelmäßigen bzw. kontinuierlichen Erfassung und Darlegung der ärztlichen Behandlungsqualität bei Patienten in Deutschland. Ziel der Initiative ist die Verbesserung der Behandlungsqualität". Bis Ende 2012 konnten Informationen zu über 300 Initiativen aufgenommen werden.

- Zentrumszertifizierung

  Im Jahre 2009 war vom 112. Deutschen Ärztetag ein Entschließungsantrag „Clearing von Zertifizierungswildwuchs" verabschiedet worden (DÄT-Drs. VIII-09), in dem die Erstellung valider, systematischer und reproduzierbarer Zertifizierungskriterien gefordert wird, mit denen es möglich ist, die diversen Zertifizierungskonzepte einer einheitlichen Bewertung zu unterziehen. Idealerweise liegt diese Aufgabe bei den Ärztekammern als neutrale, von Interessenkonflikten freie Einrichtungen, sodass der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer beauftragte, ein Clearingkonzept für Zentrumszertifizierungen auszuarbeiten. Als Zwischenergebnis des Einsatzes einer Arbeitsgruppe war dem Ausschuss „Qualitätssicherung" Ende 2012 ein Konzept aus zwei Modulen vorgelegt worden, in dem einerseits eine Bestandsaufnahme von Zentren, Definition und Qualitätszielen eines sogenannten krankheitsorientierten Zen-

trums vorgenommen wurde, andererseits Qualitätsanforderungen an eine Zertifizierung thematisiert wurden. Die Fertigstellung ist für 2013 vorgesehen.

- Leit- und Richtlinien der Bundesärztekammer: Aktualisierungsbedarf

  Eine Reihe von Leit- und Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung, die in den neunziger Jahren erarbeitet und verabschiedet, dann aber nicht mehr aktualisiert wurden, entsprechen nicht mehr den heutigen Qualitätsansprüchen an solche Regelwerke:

  – Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms
  – Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen
  – Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe
  – Positionspapier zur Qualitätssicherung in der Pathologie
  – Empfehlung der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie
  – Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanz-Tomographie

  Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ hat sich dafür ausgesprochen, die betreffenden Leit- und Richtlinien nicht mehr zu veröffentlichen und auch auf Anfrage nicht mehr herauszugeben. Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird in 2013 empfohlen werden, die Regelwerke zurückzuziehen.

- Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren im G-BA

  Im G-BA ist ein Verfahren zur Identifizierung und Priorisierung von Themen, für die Qualitätssicherungsrichtlinien oder -regeln zu erstellen sind, entwickelt worden. Die wesentlichen Auswahlkriterien beziehen sich auf die Versorgungsrelevanz des Qualitätsproblems und die Umsetzbarkeit des Verbesserungspotenzials. Die Bundesärztekammer zählt zu den vorschlagsberechtigten Institutionen, kann also dem G-BA Themen nennen, für die aus Sicht der Bundesärztekammer eine Regelung des G-BA formuliert werden sollte. Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ diskutierte das Vorschlagsrecht auch unter dem Aspekt, dass der mitunter hohe Abstimmungsbedarf bei der Maßnahmenentwicklung unter den Trägern des G-BA nicht selten für Umsetzungsbeschlüsse mit deutlichem Kompromisscharakter sorgt und die Implementierung und Durchführung der QS-Verfahren unter Alltagsbedingungen dadurch erfahrungsgemäß nicht immer günstig beeinflusst werden. Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ sprach sich dennoch dafür aus, vom Themenvorschlagsrecht Gebrauch zu machen.

Weitere Themen für die Beratungen des Ausschusses „Qualitätssicherung“ lauteten:

- Arbeitsaufträge des Deutschen Ärztetages
- Qualitätssicherung In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Normung in der Medizin
- Laborrichtlinie der Bundesärztekammer
- Curriculum Qualitätsmanagement

- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen)
- Ärztliches Peer Review
- Patientensicherheit
- Versorgungsforschung zum Qualitätsmanagement (QM)
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
- Institut für Qualität & Patientensicherheit (BQS)

Ständige Konferenz „Qualitätssicherung"

Als Forum für den regelmäßigen Meinungs- und Erfahrungsaustausch zwischen den Landesärztekammern, aber auch zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer, ist für den Bereich der Qualitätssicherung eine Ständige Konferenz „Qualitätssicherung" eingerichtet worden. Hier treffen sich regelmäßig die haupt- und ehrenamtlichen Vertreter der Bundes- und Landesebene der Ärzteschaft, um aktuelle Themen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung zu diskutieren und Strategien für ein Vorgehen der Ärzteschaft in der Zukunft zu entwickeln.

Im Berichtszeitraum hat die Ständige Konferenz „Qualitätssicherung" am 08.05. und am 11.12. getagt. Beratungsthemen waren unter anderem:

- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (SQS)
- Zentrumszertifizierung
- Normung in der Medizin
- Patientensicherheit
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Ärztliches Peer Review
- Qualitätssicherungsregelungen jenseits vom SGB V
- Qualitätssicherungsstrategie von Bundesärztekammer und Landesärztekammern

Besonders zu erwähnen sind zwei Vorträge der Herbstsitzung.

Prof. Dr. Jochen Schmitt vom Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Dresden, stellte in seinem Beitrag das Ergebnis einer Auswertung der Dekubitusdokumentation vor. Daraus sei abzuleiten, dass die Wahrscheinlichkeit, einen Dekubitus zu entwickeln, in den verschiedenen Klinikabteilungen der Universitätsklinik sehr unterschiedlich ausgeprägt sei. Es gäbe vielmehr Abteilungen wie Intensivstationen mit einem hohen Risiko und Abteilungen, bei denen Dekubitus praktisch nicht vorkomme. Man habe auch versucht herauszuarbeiten, wie groß der Unterschied sei, wenn aufgrund von Risikoscores kein hundertprozentiges Screening bei den Patienten stattfindet, sondern nur bei einer kleinen Restpopulation. Hier werde deutlich, dass nur eine relativ geringe Erhöhung nicht frühzeitig entdeckter Dekubitusfälle stattfände. Man könne nunmehr darüber diskutieren, ob es zumutbar sei, den Screeningaufwand deutlich zu reduzieren und dafür in Kauf zu nehmen, dass ein geringer Anstieg an nicht frühzeitig entdeckten Dekubitusfällen erfolgen könnte. Auf jeden Fall würden die Daten zeigen, dass man den Aufwand zur Dekubitusprophylaxe zielgenauer in den einzelnen klinischen Abteilungen betreiben und den Aufwand dort reduzieren könnte, wo nachweisbar wenige oder gar keine Fälle in der Vergangenheit aufgetreten waren.

Dr. Brigitte Sens, Leiterin des Zentrums für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) der Ärztekammer Niedersachsen, berichtete über das Projekt „Proaktive,

qualitätsorientierte, vernetzte Versorgung von Mukoviszidosepatienten“. Schwerpunkt sei die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verbesserung der Teilnahme am öffentlichen Leben. Derzeit würden 80 Mukoviszidoseambulanzen sowohl aus dem klinischen als auch aus dem niedergelassenen Bereich teilnehmen. Die beim ZQ eingerichtete zentrale Stelle habe auch Register- und Berichterstattungsfunktion, und es würden auch Schulungen durchgeführt. Der Schwerpunkt des externen Vergleichs sei ein Benchmarking mit dem Ziel „Lernen von den Besten“. Die Ambulanzen könnten sich auch zertifizieren lassen. Integriert sei ferner ein Modul zur Patientenbefragung. Die Auswertungen zeigten, dass tatsächlich die Lebenserwartung in den Jahren intensiven Bemühens durch eine Verbesserung der Behandlungsqualität gesteigert werden konnte. Es sei dabei deutlich geworden, dass ein umfassender Gesamtansatz benötigt werde. Dabei sei man zeitweilig auch an die Grenzen des Gesundheitssystems gestoßen.

Beide Vorträge wurden intensiv diskutiert und als Beleg gewertet, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen, so sie denn von den Betroffenen selbst entwickelt und umgesetzt würden, sehr gut zu praxisrelevanten Ergebnissen und Verhaltensänderungen führen.

Inhaltliche Details der oben genannten Beratungsthemen, die das Dezernat 3 das ganze Jahr beschäftigt haben, werden im Folgenden ausgeführt.

Patientensicherheit

Das Thema Patientensicherheit hat sowohl in Deutschland als auch im internationalen Kontext in den vergangenen Jahren stark an Bedeutung gewonnen. International gesehen war der Auslöser der im Jahr 2000 erschienene Bericht „To Err is Human: Building A Safer Health System“ des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM), der erstmalig Fragen zur Häufigkeit und zu den Ursachen von Fehlern in der Medizin in einer umfassenden Weise dargelegt hat.

In Deutschland beschäftigen sich bereits seit den neunziger Jahren die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern mit der systematischen Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen. Einzelne Projekte, wie z. B. der Berliner Gesundheitspreis 2002, der erstmals für Projekte zur Fehlervermeidung in Medizin und Pflege verliehen wurde, stehen für eine wachsende Bedeutung des Themas in der Patientenversorgung. Eine erste deutschlandweite Herangehensweise an das Thema „Patientensicherheit und Fehlervermeidung“ zeichnet sich im gleichnamigen Aktionsplan des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) von 2002 ab. Nach erfolgreicher Vergabe des „Berliner Gesundheitspreises“ zum Thema Patientensicherheit wurde im Jahr 2004 das Thema von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) aufgegriffen und von deren Vorständen beschlossen, die Gründung eines Netzwerkes als zentrale Grundlage für mehr Aktivitäten im Bereich der Patientensicherheit zu befürworten.

Auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 sprach sich die deutsche Ärzteschaft für einen Paradigmenwechsel in puncto Patientensicherheit aus: Es wurden Initiativen und Maßnahmen zur Schaffung einer Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen beschlossen, die auf vertrauensbildenden Maßnahmen, ganzheitlichen Fehlervermeidungsstrategien, Enttabuisierung des Themas usw. beruhen. Dazu bedurfte es u. a. einer

Netzwerkgründung, die im gleichen Jahr mit der Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) realisiert wurde. Die öffentliche Diskussion wurde u. a. durch die am 28.02.2008 auf einer Pressekonferenz im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgestellten Broschüre „Aus Fehlern lernen“ (http://www.aps-ev.de/apsside/Aus_Fehlern_lernen_0.pdf) des APS verstärkt. Insbesondere durch das Engagement des Vorsitzenden der Qualitätssicherungsgremien, Dr. Günther Jonitz, aber auch des ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, wurde von der Bundesärztekammer ein deutliches Zeichen für eine offene Thematisierung von Fehlern und Beinaheschäden in der Medizin gesetzt. „Es soll das Bewusstsein gestärkt werden, dass Fehler – auch in der Medizin – nicht in jedem Fall vermeidbar sind und deshalb das Augenmerk auf der Ursachenanalyse und auf Maßnahmen zur prospektiven Fehlervermeidung liegen muss.“, so Prof. Hoppe auf der Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung der Broschüre.

Auf EU-Ebene zeigt sich, dass Patientensicherheit neben Qualitätssicherung als übergeordnetes Thema aller Mitgliedstaaten betrachtet wird. Zugrunde gelegt wird dabei der Anspruch, dass der Schutz der EU-Bevölkerung vor fehlerhafter medizinischer Versorgung in allen Ländern gleichermaßen gewährleistet sein müsse, unabhängig davon, dass die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung bei den einzelnen Mitgliedstaaten selbst und nicht etwa bei der EU-Kommission liegt. Der EU-Rat erließ dazu im Jahre 2009 eine Empfehlung zur Patientensicherheit einschließlich der Prävention und Kontrolle von nosokomialen Infektionen. Im November 2012 erschien ein Bericht der Europäischen Kommission zum Umsetzungsstand der Empfehlung in den Mitgliedstaaten. Das Ergebnis zeigt, dass Deutschland bei der Umsetzung der 13 Hauptempfehlungen zur Patientensicherheit mit an der Spitze liegt.

Stellvertretend für die vielfältigen Initiativen, die durch die Bundesärztekammer angestoßen wurden, sei auf zwei aktuelle internationale Projekte hingewiesen, die von der deutschen Ärzteschaft mitgetragen werden.

1. „Joint Action on Patient Safety and Quality of Healthcare“ ist ein Projekt auf EU-Ebene, begleitet von der Arbeitsgruppe „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ der Europäischen Kommission, in der regelmäßig Experten aller Mitgliedstaaten zusammenkommen und die die EU-Kommission im Bereich „Patientensicherheit und Versorgungsqualität“ berät. Für Deutschland ist der Vorsitzende der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. Jonitz, als Berater des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 2005 aktives Mitglied in dieser EU-Arbeitsgruppe. Die Joint Action gliedert sich in folgende Arbeitsgruppen (die Leitung ist jeweils in Klammern angegeben):

   – Work Package 1: Coordination: HAS (French National Authority for Health, Frankreich)
   – Work Package 2: Dissemination: AQAH (Agency for Quality and Accreditation in Health Care and Social Welfare, Kroatien)
   – Work Package 3: Evaluation: NKUA (National and Kapodistrian University of Athens, Griechenland)
   – Work Package 4: Patient Safety – Good Clinical Practices: DSPS (Danish Society for Patient Safety, Dänemark)
   – Work Package 5: Patient Safety Initiatives – Implementation: ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Deutschland)

– Work Package 6: Quality Health Care Systems – Collaboration in the EU: MSSSI (Ministry of Health, Social Services and Equality, Spanien)
– Work Package 7: Network Sustainability: SKMoH (Ministry of Health of the Slovak Republic, Slowakei)

Das BMG hat in Abstimmung mit der Bundesärztekammer offiziell gegenüber der EU-Kommission das ÄZQ als teilnehmende Organisation an der Joint Action benannt.

Auch das APS (Ausführung durch das Institut für Patientensicherheit) wurde als teilnehmende Organisation für die Joint Action (Work Package 4) benannt. Beide Organisationen befinden sich in enger Abstimmung.

2. „High 5s" ist ein Projekt der World Alliance for Patient Safety, des Commonwealth Fund und des WHO Collaborating Centre on Patient Safety, das in Deutschland vom APS und vom ÄZQ getragen wird. Es konzentriert sich auf fünf der neun von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschriebene Problembereiche der Patientensicherheit, die es vorrangig zu behandeln gilt (Patient Safety Solutions):

   – Management von konzentrierten injizierbaren Medikamenten (Managing Concentrated Injectable Medicines)
   – Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergaben im Behandlungsprozess (Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care)
   – Kommunikation bei Übergaben im Behandlungsprozess (Communication During Patient Care Handovers)
   – Verbesserte Handhygiene, um krankenhausassoziierte Infektionen zu vermeiden (Improved Hand Hygiene to Prevent Health-Care-Associated Infections)
   – Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (Performance of Correct Procedure at Correct Body Site).

   In den am Projekt beteiligten Ländern sollen diese Maßnahmen in Krankenhäusern implementiert und im Hinblick auf die dadurch erreichte Verbesserung der Patientensicherheit evaluiert werden.

Initiativen der deutschen Ärzteschaft zur Patientensicherheit und Etablierung einer Sicherheits- und Fehlerkultur im Gesundheitswesen

Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen
Die bei den Landesärztekammern angesiedelten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen befassen sich bereits seit 1975 umfassend mit der Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen und Fragen des Schadensausgleichs. Beschwerden von Patientinnen und Patienten werden objektiv und profund aufgearbeitet. Der Patient kann durch ein außergerichtliches, effizientes und gebührenfreies Verfahren überprüfen lassen, ob ein Behandlungsfehlervorwurf gerechtfertigt ist. In ca. 90 Prozent der Fälle werden die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von beiden Parteien akzeptiert und die Arzthaftungsstreitigkeiten beigelegt. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) EDV-gestützt einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt (siehe Kapitel 4.3). Vertreter der Ständigen Konferenz „Qualitätssicherung" nehmen aktiv an der AG Behandlungsfehlerregister des Aktionsbündnisses Patientensicherheit teil.

Erfassung von kritischen Ereignissen und Lernen aus Fehlern (CIRSmedical)
Ein weiteres Feld ist die Meldung und Analyse von kritischen Ereignissen im Rahmen von sogenannten Critical Incident Reporting Systems (CIRS). Unter dem Motto „Berichten und Lernen" können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens zu allen sicherheitsrelevanten Ereignissen, die in der Medizin auftreten, berichten. Dies können Fehler, Beinaheschäden, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte Ereignisse sein. Insbesondere die Analyse von Meldungen zu Beinaheschäden sind hier besonders wertvoll, da kritische Ereignisse, die (noch) nicht zu einem Schaden geführt haben, gleichsam als Frühwarnsysteme auf kritische Momente in der Patientenversorgung aufmerksam machen können.

Die Bundesärztekammer bietet gemeinsam mit der KBV ein bundesweit zur Verfügung stehendes Netzwerk für internetbasierte Fehlerberichts- und Lernsysteme (CIRS-Netzwerk) an, das anonymisierte freiwillige Meldungen zu Beinaheschäden erfasst und analysiert (www.cirsmedical.de; siehe auch Kapitel 4.5). Am bundesweiten, trägerübergreifenden Projekt „Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland" (www.kh-cirs.de) des APS ist die Bundesärztekammer durch das ÄZQ vertreten.

Fortbildung
„Lernen aus Fehlern" bedeutet, wichtige Erkenntnisse der Fehlerforschung anzuwenden und Verbesserungsmaßnahmen einleiten zu können. Hierfür sind konkrete Trainings- und Fortbildungsangebote notwendig. Beispielhaft seien hier das Fortbildungskonzept „Patientensicherheit" des ÄZQ genannt, aber auch die zahlreichen Fortbildungsmaßnahmen, die von den Landesärztekammern angeboten werden und die sich auf unterschiedliche Themenschwerpunkte beziehen.

Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) sind ein traditionelles und bewährtes Instrument der ärztlichen Qualitätssicherung und Fortbildung, das gegenwärtig auch für die Förderung der Sicherheits- und Lernkultur vor allem in Krankenhäusern „wiederentdeckt" wird. M&M-Konferenzen sind sehr unmittelbar und konkret und werden von der Ärzteschaft als hochwertiges Instrument geschätzt, das Qualitätssicherung (in ärztlicher Hand) mit Weiter- und Fortbildung verknüpft. Aus der Praxis werden jedoch immer wieder die Schwierigkeiten der Implementierung und die sehr unterschiedliche Qualität von M&M-Konferenzen beklagt, die einen großen Einfluss auf deren Akzeptanz und Nutzen haben.

Ein entsprechender, von der Bundesärztekammer zu entwickelnder methodischer Leitfaden soll dieses Instrument auf eine systematische Grundlage stellen, seiner Etablierung einen Impuls geben und die Qualität von M&M-Konferenzen fördern. Die Anregung zur Entwicklung dieses Leitfadens ist aus engagierten Kreisen von Ärztekammermitgliedern sowie Aktiven im Peer-Review-Verfahren an die Bundesärztekammer bzw. an den Ausschuss „Qualitätssicherung" herangetragen worden. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat diesem Projekt am 19.10.2012 zugestimmt. Die initiale Sitzung einer entsprechenden AG fand am 18.12.2012 in der Bundesärztekammer statt.

Vernetzung mit anderen Akteuren
Unter Beteiligung der Ärzteschaft hat sich im Jahr 2005 das deutschlandweite Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) etabliert (www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de), das zwischenzeitlich über 400 Mitglieder, u. a. aus den Bereichen ärztliche Selbstverwaltung, medizinische Fachgesellschaften, Gesundheitsfachberufe und Patientenvertreter, vereinigt. Zu den Gründungsmitgliedern zählen Dr. Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, und Prof. Hoppe, ehemaliger Präsident der Bundesärztekammer. Darüber hinaus ist seit 2007 das ÄZQ als Institution Mitglied im APS. Bundesärztekammer, KBV und Deutscher Ärzte-Verlag gehören zu den finanziellen Unterstützern.

Ziel des APS ist es, sowohl den Austausch zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen zu fördern als auch konkrete Problemlösungsvorschläge zu erarbeiten. Das APS hat zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten Arbeitsgruppen eingerichtet, die ihre Ergebnisse in Form von konkreten Handlungsempfehlungen veröffentlichen und allen Interessierten zur Verfügung stellen. Es werden unter punktueller Mitwirkung der Bundesärztekammer u. a. folgende Themen bearbeitet:

- Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
- Behandlungsfehlerregister
- Bildung und Training
- Patienteninformation
- Medizinproduktassoziierte Risiken
- Der ältere Patient im Krankenhaus

Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit
Im Rahmen des Aktionsplans 2010 bis 2012 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland, initiiert vom Bundesministerium für Gesundheit im Herbst 2007, wurde bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) eine Koordinierungsgruppe eingerichtet, die aktuell ca. 70 Maßnahmen umsetzt und fortschreibt. In einem zweimal jährlich stattfindenden Informationsgespräch – initiiert durch die AkdÄ – erhält die Bundesärztekammer Gelegenheit, zu den geplanten Initiativen Stellung zu nehmen.

Aktion Saubere Hände
Ziel dieser vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Initiative ist es, vermeidbare Infektionen in Gesundheitseinrichtungen durch verbesserte Händehygiene zu verbessern. Dazu sollen mehr Bewusstsein für die Handhygiene und konkrete Lösungen in den Krankenhäusern geschaffen werden. Die Federführung dieses Projektes liegt beim APS, dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance von nosokomialen Infektionen und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQMG). Die Bundesärztekammer unterstützt dieses Projekt.

Patienteninformation
Zur Verbesserung der Versorgung der Patienten mit qualitätsgeprüften Gesundheitsinformationen beteiligt sich die Bundesärztekammer über das ÄZQ-Redaktionsgremium von www.patienten-information.de an der Mitgestaltung dieses Internetportals.

Berücksichtigung von Patientensicherheit im KTQ-Zertifizierungsverfahren
In den KTQ-Krankenhauskatalog wurde 2009 speziell eine Subkategorie „Patientensicherheit" aufgenommen. Krankenhäuser, die das KTQ-Zertifikat anstreben, müssen ausführlich ihre Maßnahmen und Ergebnisse zur Erhöhung der Patientensicherheit darlegen. Dabei sind u. a. zu berücksichtigen:

- Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung (z. B. CIRS)
- Medizinisches Notfallmanagement
- Hygienemanagement
- Infektionsmanagement (z. B. Vermeidung nosokomialer Infektionen)
- Arzneimittel (z. B. Arzneimitteltherapiesicherheit, Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen)
- Sicherer Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten sowie Medizinprodukten.

4.4.2 Qualitätssicherung nach SGB V

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Beteiligungsrecht der Bundesärztekammer nach § 137 SGB V

Die Möglichkeiten für die Bundesärztekammer, gestaltend in Richtlinienbeschlüsse des G-BA einzugreifen, sind gesetzlich reglementiert und basieren im Wesentlichen auf zwei Wegen, die per SGB V angelegt und in der Verfahrens- sowie der Geschäftsordnung des G-BA konkretisiert sind (siehe Abbildung 1). Eine dieser beiden Möglichkeiten liegt in der unmittelbaren Beteiligung von Vertretern der Bundesärztekammer auf Ebene der Gremien des G-BA. Der zweite Weg ist die Abgabe schriftlicher Stellungnahmen zu Be-

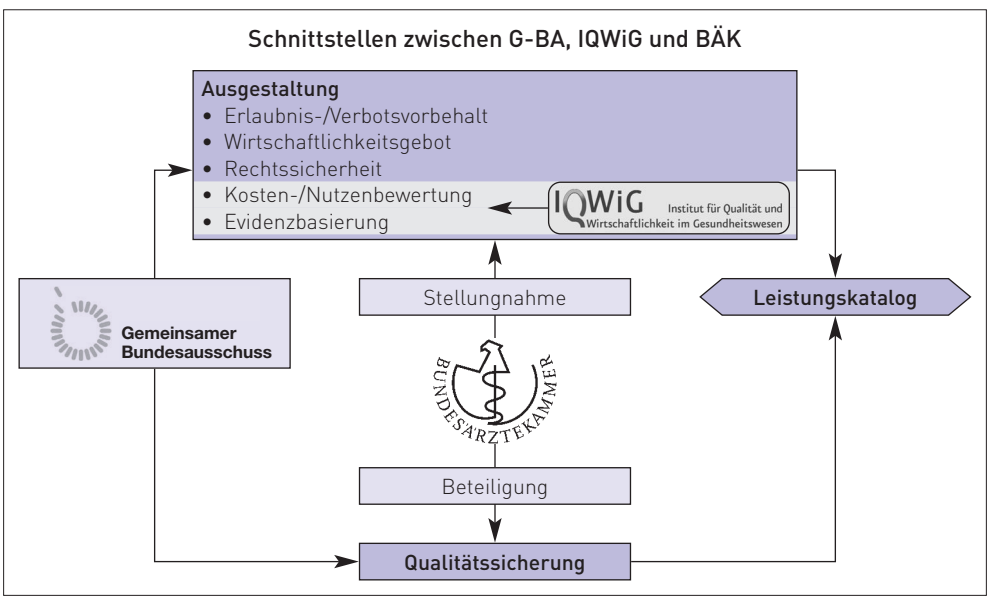


Abbildung 1: Schnittstellen zwischen G-BA, IQWiG und Bundesärztekammer

schlussentwürfen kurz vor der jeweils abschließenden Beratung im zentralen Entscheidungsgremium des G-BA, dem Plenum (siehe Abschnitt zum Stellungnahmerecht der Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V, S. 252ff.).

Für die unmittelbare Beteiligung sind drei Gremienebenen des G-BA zu unterscheiden: Arbeitsgruppen, Unterausschüsse und das Plenum. Die Detailarbeit, die in der Regel aus der Erstellung oder Änderung bereits vorliegender Richtlinien besteht, findet auf Ebene der Arbeitsgruppen statt. Die Produkte der Arbeitsgruppen werden in dem jeweils zuständigen Unterausschuss beraten und mit einer Beschlussempfehlung für das Plenum versehen. Das Plenum schließlich entscheidet per Abstimmung über die Annahme oder Ablehnung einer Beschlussempfehlung, wobei inhaltliche Detaildiskussionen mitunter auch auf dieser Ebene geführt werden. Für die Abstimmungen gilt das Mehrheitsprinzip. Die Besetzung des Plenums und die Stimmrechte sind über § 91 Abs. 2 SGB V geregelt. Stimmberechtigt vertreten sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), der GKV-Spitzenverband sowie drei Unparteiische, darunter der Vorsitzende des G-BA. DKG, KBV und KZBV bilden die sogenannte Bank der Leistungserbringer und haben insgesamt fünf Stimmen, Gleiches gilt für die GKV-Bank. Die drei Unparteiischen haben jeweils eine Stimme, sodass insgesamt 13 Stimmen bei einer Abstimmung zu berücksichtigen sind.

Die Bundesärztekammer zählt zusammen mit der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, den Berufsorganisationen der Pflegeberufe und dem Verband der privaten Krankenversicherung zu den gesetzlich Beteiligten. Da die Beteiligung über § 137 SGB V geregelt ist, ergibt sich eine thematische Beschränkung auf Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung. Vor Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) in 2007 betraf dies ausschließlich die Qualitätssicherung stationär erbrachter Leistungen. Die Bundesärztekammer war bis zu dem Zeitpunkt also an Entscheidungen des G-BA zu Fragen der Qualitätssicherung lediglich dann zu beteiligen, wenn diese die Krankenhäuser betraf. Durch die Umsetzung des GKV-WSG wurden die grundsätzlichen Vorgaben für die verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V auf die vertragsärztliche Versorgung ausgeweitet, um auf diese Weise das Ziel einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erreichen zu können. Damit erweiterte sich auch das Beteiligungsfeld der Bundesärztekammer auf die sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Im Berichtsjahr 2012 nahmen Vertreter der Bundesärztekammer regelmäßig sowohl an den üblicherweise monatlich stattfindenden Sitzungen des Plenums als auch an den Sitzungen des ebenfalls im monatlichen Rhythmus tagenden Unterausschusses „Qualitätssicherung“ teil. Die Bundesärztekammer wurde auch zu Sitzungen des Unterausschusses „Methodenbewertung“ eingeladen, sofern im Rahmen der hier bewerteten Verfahren Beschlüsse zur Qualitätssicherung zu fassen waren oder sich aus dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren das Recht auf mündliche Anhörungen ergab.

Darüber hinaus entsandte die Bundesärztekammer ihre Vertreter in die folgenden Arbeitsgruppen des Unterausschusses „Qualitätssicherung“:

- AG AQUA-Abschlussberichte
- AG AQUA-Methodenpapier
- AG Externe stationäre QS

- AG Fortbildungspflichten
- AG Früh- und Neugeborenenversorgung
- AG Nosokomiale Infektionen
- AG Sektorenübergreifende QS (Qesü-Richtlinie)
- AG QM-Richtlinie
- AG QS Bauchaortenaneurysma
- AG QS Dialyse
- AG QS-Konferenz
- AG Qualitätsbericht
- AG Themenfindung und Priorisierung
- AG Weiterentwicklung externe Qualitätssicherung

Insgesamt ergab sich für die Geschäftsführung der Bundesärztekammer im Jahr 2012 jeden Monat die Teilnahme an durchschnittlich ca. sechs bis acht Sitzungen im G-BA. Die zum Teil fachlich überaus detailliert geführten Beratungen erfordern dabei eine intensive Vor- und Nachbereitungszeit bei gleichzeitig hohem Abstimmungsbedarf, da viele Themen aus Perspektive der Bundesärztekammer dezernatsübergreifend zu behandeln sind. Die hohe Sitzungsanzahl ist einerseits Folge der umfassenden Zuständigkeit des G-BA für die medizinische Versorgung und andererseits kennzeichnend für die Langwierigkeit der G-BA-Beratungen, in denen trotz der hohen Sitzungsfrequenzen oftmals kein Konsens zwischen den verschiedenen Bänken erreicht werden kann. Im Falle der für die Konkretisierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zuständigen Arbeitsgruppe wurde angesichts des großen Erwartungsdrucks bei dieser Thematik gar eine 14-tägige Sitzungsfrequenz eingeführt.

Nicht zuletzt in Anbetracht der hohen Arbeitsbelastung, welche die Wahrnehmung des Beteiligungsrechts für die Bundesärztekammer zur Folge hat, hatten sowohl der 113. als auch der 114. Deutsche Ärztetag (2010/2011) eine Statusaufwertung der Bundesärztekammer im G-BA durch Einräumung eines Stimmrechts – zumindest im Unterausschuss „Qualitätssicherung" – gefordert. Die Bundesärztekammer hat diese Forderung auch in das Anhörungsverfahren des 2011 formulierten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) eingebracht, mit dem auch die Strukturen des G-BA reformiert worden sind. Die Stimmrechtsforderung der Bundesärztekammer fand jedoch keinen Eingang in das Gesetz. Eine Erweiterung erfuhr lediglich das Beteiligungsrecht der Bundesärztekammer, indem die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme nach § 91 Abs. 5 SGB V künftig durch die Möglichkeit einer mündlichen Stellungnahme nach § 91 Abs. 9 SGB V ergänzt werden soll. Diese Einbeziehung in die Beratungen der jeweils zuständigen Unterausschüsse erhöht den Präsenzbedarf von Vertretern der Bundesärztekammer in Gremien des G-BA.

Als Beispiel für ein erfolgreiches Ergebnis einer kontinuierlichen Beteiligung der Bundesärztekammer an einem Beratungsthema des G-BA ist ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18.12.2012 zur Festlegung einer Mindestmenge für Krankenhäuser bei der Versorgung von Frühgeborenen. Das BSG erklärte die vom G-BA beschlossene Erhöhung der Mindestmenge von 14 auf 30 Behandlungsfälle pro Jahr für rechtswidrig. Die Bundesärztekammer hatte bei den Diskussionen im G-BA immer wieder darauf hingewiesen, dass die Einführung dieses Schwellenwertes nicht ausreichend durch Evidenz gestützt werden kann und Krankenhäuser benachteilige, die unterhalb der geforderten Mindestmenge arbeiten, aber trotzdem nachweislich gute Qualität erbringen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (SQS)

Richtlinie des G-BA zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)

Seit Mitte der 90er-Jahre schreibt der Gesetzgeber in Deutschland eine externe einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung medizinischer Leistungen vor. Maßgeblich sind entsprechende Regelungen im SGB V (ambulante vertragsärztliche und stationäre Versorgung) bzw. SGB IX (Rehabilitation). Die Qualitätsbetrachtung erfolgte bis jetzt sektorspezifisch, d. h. für jeden der genannten Sektoren getrennt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahre 2007 wurden im SGB V erstmals die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Qualitätssicherung zu überwinden.

Bei der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Betrachtung stehen zum einen Langzeitergebnisse der medizinischen Versorgung im Fokus. Zum Beispiel ist frühestens ein Jahr nach einer Knieendoprothesenoperation eine sichere Aussage möglich, ob der elektive Eingriff für den Patienten ein voller Erfolg war. Die auf den stationären Aufenthalt der Operation begrenzte stationäre Qualitätssicherung lässt diese Aussage nicht zu. Zum anderen soll die SQS mögliche Qualitätsdefizite in der Versorgungskette aufzeigen. Die SQS-Schnittstellen zwischen den Sektoren, z. B. zwischen Krankenhausaufenthalt und Nachsorge, sollen hierbei im Fokus stehen.

Konkrete Maßnahmen einer SQS werden nach § 137 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Form von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V festgelegt werden. Die Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut GmbH, Göttingen) entwickelt dazu sektorenübergreifende Instrumente und Indikatoren.

Die Historie der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) wurde im Tätigkeitsbericht 2009 ausführlich beschrieben. Den Ausführungen im Tätigkeitsbericht 2010 war zu entnehmen, wie der Datenfluss gemäß Richtlinie grundsätzlich geplant ist. Danach sollen Qualitätssicherungsdaten von gesetzlich versicherten Patienten, die in Vertragsarztpraxen und Krankenhäusern erhoben werden, auf Landesebene an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. an Datenannahmestellen der Krankenhäuser verschlüsselt übermittelt werden. In einer nachgeschalteten Vertrauensstelle auf Bundesebene werden aus den patientenidentifizierenden Daten der übermittelten Datensätze Patientenpseudonyme erstellt. Das AQUA-Institut führt in seiner Funktion als sogenannte Bundesstelle schließlich alle Daten zusammen. So sollen datenschutzkonforme Langzeitbeobachtungen ermöglicht werden. Für die Rückübermittlung der Auswertungsergebnisse und die Kontaktaufnahme mit Ärzten oder Krankenhäusern bei statistischen Auffälligkeiten (strukturierter Dialog) sollen sogenannte Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) zuständig sein.

Die Rolle der Ärztekammern in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bleibt unklar. Die Richtlinie des G-BA sieht lediglich eine optionale Beteiligung der Ärztekammern an den zu gründenden LAG vor, während die Bundesärztekammer stets eine gleichberechtigte Einbeziehung der Ärztekammern nach dem Vorbild der Lenkungsgremien für die stationäre Qualitätssicherung gefordert hat. Zum Jahresbeginn 2013 sind die Verhandlungen zur Bildung der LAG in den Bundesländern unterschiedlich weit gediehen.

Im Jahr 2010 wurde der Richtlinientext des allgemeinen Teils der Qesü-RL vom G-BA verabschiedet. Konkrete Einzelheiten der geplanten SQS-Verfahren sollen zukünftig jeweils im themenspezifischen Teil der Richtlinie festgelegt werden. Eine G-BA-Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern aller Bänke des G-BA und des AQUA-Instituts, erarbeitet Einzelheiten der Verfahren und der Richtlinie zu den ersten geplanten SQS-Verfahren. Die Bundesärztekammer ist in dieser und in andern AGs vertreten und beteiligt sich konstruktiv an der Entwicklungsarbeit. An den Sitzungen der zuständigen Entscheidungsgremien, d. h. dem Unterausschuss „Qualitätssicherung" bzw. dem Plenum des G-BA, darf sie zwar teilnehmen, ist aber nicht stimmberechtigt.

Aktueller Stand der Entwicklung
Nachdem das AQUA-Institut Vorschläge für die ersten beauftragten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt und vorgelegt hatte, stand das Jahr 2012 im Zeichen der Erprobung und Vorbereitung für den zukünftigen Regelbetrieb. (Eine Übersicht über den Stand der einzelnen Verfahren zeigt Tabelle 1, S. 251). Dabei ist eine Reihe methodischer, technischer und organisatorischer Probleme aufgetreten, welche die Entwicklung insgesamt ins Stocken gebracht hat.

Nachfolgend werden einige dieser Probleme näher erläutert:

- Methodenpapier

  Das AQUA-Institut legt alle zwei Jahre mit einer neuen Version seines Methodenpapiers eine Richtschnur vor, mit der in den nächsten Jahren die Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung vorangetrieben werden soll. Die aktuelle Version 3.0 musste auf Wunsch des G-BA Ende 2012 vom AQUA-Institut noch einmal überarbeitet werden. Das Methodenpapier vermag allerdings nicht die Vielzahl der Probleme zu lösen.

- QS-Auslösung

  In den Abschlussberichten des AQUA-Instituts wurde vorgeschlagen, für die meisten Qualitätsindikatoren Daten elektronisch erfassen zu lassen. Als eine der bedeutendsten methodischen Schwierigkeiten hat sich bei der Umsetzung dieser Vorschläge die Auslösung der Qualitätssicherungsdokumentation insbesondere bei Follow-up-Untersuchungen, z. B. nach Operationen, erwiesen. Dazu wird nämlich ein Kriterium benötigt, das dem nachbehandelnden Arzt zuverlässig mitteilt, ob ein Patient, der sich bei ihm in Behandlung begibt, ein „QS-Fall" ist und darum für diesen Patienten ein QS-Datensatz auszufüllen ist. Derartige Kriterien könnten z. B. in der Praxis verwendete ICD-, OPS- oder EBM-Kodes sein. So soll beispielsweise in einem der ersten geplanten QS-Verfahren vier bis sechs Wochen nach einer Kataraktoperation die Refraktion des operierten Auges gemessen werden, um sie mit der präoperativ geplanten Zielrefraktion zu vergleichen. Für diese Patienten müsste dazu vom nachbehandelnden Augenarzt der Refraktionswert ermittelt und dokumentiert werden. Weder der „Zustand nach Kataraktoperation" noch der richtige postoperative Zeitraum von vier bis sechs Wochen lassen sich aber gegenwärtig durch externe Kriterien sicher auslösen. Je komplexer ein Patientenbehandlungspfad mit verschiedenen stationären und ambulanten Behandlungen ist, desto schwieriger gestaltet sich die Nachverfolgung des Behandlungsverlaufs für die Qualitätssicherung. Wenn die Auslösung nicht sicher gelingt, ist auch eine Vollzähligkeitsstatistik, d. h. ein Soll-Ist-Abgleich, nicht

möglich. Es kann also nicht rückwirkend nachgeprüft werden, wie viele QS-Fälle hätten dokumentiert werden müssen. Eine technische Möglichkeit, die diskutiert wird, ist die Nutzung der neuen deutschlandweit einzuführenden elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für GKV-Patienten. Auf der Karte könnte markiert werden, dass es sich bei einem Patienten um einen „QS-Fall" handelt und eine QS-Dokumentation auszulösen ist. Diese als „QS-Marker" bezeichnete Option wird aber in Folge der verzögerten eGK-Verbreitung kurz- bis mittelfristig für die SQS nicht zur Verfügung stehen.

- Probebetriebe

  Für die Entwicklung von SQS-Verfahren sieht der G-BA die Durchführung von sogenannten Machbarkeitsprüfungen und Probebetrieben vor. Während bei Ersterer das AQUA-Institut potenzielle QS-Datensätze vor Ort bei einzelnen Vertragsarztpraxen und Krankenhäusern testet, sollen in den Probebetrieben von einer begrenzten Teilnehmerzahl Echtdaten im Datenfluss gemäß Qesü-RL übermittelt und ausgewertet werden. Für die ersten SQS-Verfahren „Kataraktoperation" und „Konisation" fanden sich jedoch weder genügend Ärzte und Krankenhäuser noch KVen und Landeskrankenhausgesellschaften, die bereit waren, an den freiwilligen Probebetrieben 2012 teilzunehmen. Die betroffenen Softwareanbieter waren zudem meistens nicht bereit, Qualitätssicherungssoftware für die Probebetriebe zu erstellen, da keine Nachfrage ihrer Kunden danach bestand. Letztlich wurde im Jahre 2012 lediglich im Leistungsbereich „Kataraktoperation" ein eingeschränkter Probebetrieb durchgeführt, an denen einige Augenärzte und die KV Nordrhein teilnahmen. Krankenhäuser nahmen hingegen nicht teil. Im Leistungsbereich „Konisation" gelang überhaupt kein Probebetrieb.

- Patientenbefragung

  Ein wesentliches neues Element der SQS soll die Einbeziehung der Patientenperspektive in Form von Patientenbefragungen sein. Da Informationen über mögliche Qualitätsprobleme in der Versorgungskette häufig über andere Datenquellen nicht sicher zu erheben sind, kommt dem Patienten/der Patientin als Informationsquelle eine zunehmend wichtige Rolle zu. Neben der grundsätzlichen Unklarheit, wie und in welchem Umfang Befragungsergebnisse in der externen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung praktisch einzusetzen sind, besteht noch inhaltlicher Entwicklungsbedarf der Fragebögen seitens des AQUA-Instituts. Noch völlig ungeklärt ist die Organisation des Fragebogenversands. Ein Versand über Vertragsärzte und Krankenhäuser wird von KBV bzw. Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) wegen des zu erwartenden Aufwands und von den Patientenvertretern beim G-BA wegen befürchteter Verfälschungseffekte abgelehnt. Andere Versandoptionen erfordern aber aus Datenschutzgründen die Einwilligungserklärung der Patienten/Patientinnen zur Weitergabe ihrer Adressen.

- QS-Routinedaten

  Bis dato war eine gesetzlich Grundlage zur Einbeziehung von Routinedaten der Krankenkassen in die SQS nicht vorhanden. Erst mit der Neufassung des § 299 Abs. 1a SGB V im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) sind ab dem Jahre 2012 auch Krankenkassen „berechtigt und verpflichtet", erhobene und gespeicherte Sozialdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung zu verarbeiten oder zu nutzen. Organisatorische

und technische Grundlagen werden zurzeit erarbeitet. Eine Detailregelung der Datenflüsse von den Krankenkassen über eine Datenannahmestelle und die Vertrauensstelle zum AQUA-Institut steht noch aus.

- Externe Begutachtung

  Für die meisten Qualitätsindikatoren sind in den geplanten sektorenübergreifenden Verfahren Vollerhebungen vorgesehen. Dies steht eigentlich im Widerspruch zu § 299 SGB V, nach dem zukünftig die Qualitätsdatenerhebung in der Regel auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt sein sollte. Da zudem die manuelle elektronische Dokumentation von Qualitätssicherungsdaten für die Anwender zeitaufwändig ist, werden hohe Bürokratiekosten durch die SQS befürchtet. Das AQUA-Institut hat allerdings in seinen Abschlussberichten zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei Kolorektalkarzinom bzw. bei Kniearthroskopie für einzelne Indikatoren vorgeschlagen, anstelle einer elektronischen Vollerhebung Stichproben aus der Originaldokumentation vor Ort (d. h. in den Arztpraxen bzw. Krankenhäusern) im Rahmen einer externen Begutachtung zu ziehen. Konkret wurde die Nutzung von Koloskopie- und Pathologie- bzw. Arthroskopieberichten vorgeschlagen. Wie diese externe Begutachtung durchgeführt werden könnte, ist Gegenstand der Diskussion beim G-BA.

- Sektorenübergreifender strukturierter Dialog

  Gegenwärtig fokussiert die Diskussion beim G-BA auf die Möglichkeiten der sektorenübergreifender Erhebung von QS-Daten. Über die genaue Auswertung und Nutzung dieser Daten im Rahmen eines strukturierten Dialogs zwischen Landesarbeitsgemeinschaften einerseits und Ärzten und Krankenhäusern andererseits bestehen aber bis jetzt nur vage Vorstellungen. Es ist für viele der Indikatoren unklar, wie das Feedback an die verschiedenen Beteiligten der sektorenübergreifenden Behandlungskette erfolgen soll. Dabei spielt z. B. die Frage eine Rolle, wer welche Ergebnisdaten einsehen kann. Soll zum Beispiel ein Krankenhaus auch die Ergebnisse des nachbehandelnden Arztes erhalten? Bedeutend ist auch die Frage der Zuschreibbarkeit (Accountability) der Qualitätsergebnisse zu den Beteiligten der Prozesskette. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer Verantwortungsdiffusion, d. h. je später man zeitlich nach einer medizinischen Intervention, z. B. einer Operation, Ergebnisdaten erhebt, desto schwieriger ist es, diese Ergebnisse ursächlich auf die Intervention zu beziehen. In einigen Abschlussberichten schlägt das AQUA-Institut sogenannte Area-Indikatoren vor. Die Ergebnisse dieser Indikatoren sollen nicht mehr auf einzelne Leistungserbringer, sondern auf (noch zu definierende) Regionen bezogen werden. Die methodische Ausgestaltung dieser neuen Form der Qualitätssicherung muss allerdings noch entwickelt werden.

Neuorientierung

In der zweiten Hälfte des Jahres 2012 hat der G-BA in seinen Gremien den gegenwärtigen Stand der SQS kritisch reflektiert und ist zu dem Schluss gekommen, dass der Schwerpunkt zukünftiger Qualitätssicherungsverfahren weniger auf aufwändigen elektronischen Vollerhebungen liegen soll. Stattdessen soll die Nutzung von Routinedaten und Patientenbefragungen forciert werden. Bei auffälligen Ergebnissen könnten stichpunktartige Dialoge vor Ort mit den betroffenen Ärzten und Pflegekräften erfolgen (siehe oben: externe Begutachtung). Hierbei könnte man sich am Peer-Review-Konzept

orientieren, das auch dem Curriculum der Bundesärztekammer zugrunde liegt. Die weitere Ausgestaltung dieser als Neurorientierung bezeichneten Richtungskorrektur der SQS wird gegenwärtig im G-BA intensiv diskutiert. Zum Jahresbeginn 2013 wird der G-BA vermutlich das AQUA-Institut beauftragen, bereits abgelieferte Entwicklungsberichte im Sinne der Neuorientierung zu überarbeiten.

Seitens der Bundesärztekammer ist diese sich andeutende Richtungskorrektur des G-BA sehr zu begrüßen. Der Gefahr, aufwändige Qualitätssicherungsverfahren mit geringer Aussagekraft zu schaffen, könnte so begegnet werden. Absehbar ist allerdings, dass sich alle Zeitpläne zur Einführung der SQS weiter erheblich verzögern werden. Für die Strukturen auf Landesebene (LAG) ist deshalb eine weiter anhaltende Planungsunsicherheit zu befürchten.

Tabelle 1: Übersicht über den Stand der Verfahren

Leistungsbereich	Stand Januar 2013	Nächste Schritte
Kataraktoperation	Probebetrieb abgeschlossen	Fortführung fraglich
Konisation	Probebetrieb nicht durchgeführt	Fortführung fraglich
PCI/Koronarangiographie	Vorbereitung Probebetrieb	Probebetrieb 01-06/2013
Kolorektales Karzinom	Reduktion des Indikatorensets	Fortführung fraglich
Kniearthroskopie	Entwicklung unterbrochen Beschluss der Neuorientierung	Konzepterarbeitung für: – QS Routinedaten – Patientenbefragung – Externe Begutachtung, Stichproben (Peer Review?)
Hüftendoprothesen	Migrationskonzept* beauftragt	Umstellung des bestehenden Verfahrens der stationären QS 2015?
Knieendoprothesen	Migrationskonzept* beauftragt	Umstellung des bestehenden Verfahrens der stationären QS 2015?
Nosokomiale Infektionen: Gefäßkatheter	Abschlussbericht AQUA: 12/2012	Beratung Anfang 2013
Nosokomiale Infektionen: Wundinfektion	Entwicklung bei AQUA	Vorbericht AQUA: 03/2013
Psychische Erkrankungen	Konzeptskizze AQUA bei G-BA vorgelegt	GBA: Entscheidung über Beauftragung

* Konzept zur schrittweisen Migration von der sektorspezifischen stationären QS zur SQS

Externe stationäre Qualitätssicherung

Zusammensetzung der Lenkungsgremien

Im August 2012 scheiterte der Antrag des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) im G-BA auf eine Änderung der entsprechenden G-BA-Richtlinie (QSKH-RL), um die Zusammensetzung der Lenkungsgremien auf Landesebene künftig nur noch paritätisch zwischen Leistungserbringen und Krankenkassen besetzen zu lassen. Eine solche Parität wäre absehbar zu Lasten der Ärztekammern erzielt worden. Die Gremienbesetzung bleibt nach Beschluss des G-BA-Plenums aber weiterhin der jeweiligen Landesebene überlassen. Die Bundesärztekammer hatte sich im Vorfeld des Beschlusses massiv für eine Beibehaltung der bisherigen Zusammensetzung eingesetzt.

Fortführung der Leistungsbereiche
Im Verfahrensjahr 2013 sollen nach Beschluss des Plenums im Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen" keine QS-Daten mehr zu Hysterektomien erfasst werden. Im Übrigen wird der Katalog der Leistungsbereiche des Jahres 2012 unverändert fortgeführt.

Zur Weiterentwicklung der externen stationären Qualitätssicherung sind gegenwärtig umfangreiche Aktivitäten beim G-BA zu verzeichnen:

- QS-Daten im Leistungsbereich „Dekubitusprophylaxe" sollen ab dem Jahre 2013 überwiegend über Routinedaten erfasst werden. Als Voraussetzung für weitere Arbeitserleichterungen bei der Datenerfassung wird die Einführung eines ICD-Zusatzkennzeichens „POA" (Present on Admission) beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beantragt. Eine manuelle QS-Dokumentation durch das Pflegepersonal im Krankenhaus könnte dann komplett entfallen.
- Das AQUA-Institut wurde vom G-BA beauftragt, für die Leistungsbereiche der Hüft- und Knieendoprothetik ein sogenanntes Migrationskonzept (von der externen stationären Qualitätssicherung in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung) zu erarbeiten. Durch Einbeziehung von Endoprothesenstandzeiten und Langzeitkomplikationsergebnissen soll die Aussagekraft der Verfahren erhöht werden. Ein ähnlicher Auftrag wurde zum Leistungsbereich „Herzschrittmacher" erteilt.
- Nach einer Initiative von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Aussetzung einzelner Leistungsbereiche erfolgt zurzeit die Erarbeitung eines entsprechenden Kriterienkatalogs in den Arbeitsgremien des G-BA. Dieser Katalog könnte frühestens ab 2014 greifen.
- Auf Vorschlag der Landesgeschäftsstellen QS (LQS) soll im Frühjahr 2013 ein Konzept erarbeitet werden, wie der strukturierte Dialog auf sogenannte Kernindikatoren beschränkt werden kann. Auch die Datensätze könnten so reduziert werden, was den Aufwand für alle Beteiligten reduzieren würde.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Stellungnahmerecht der Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V

Nach § 91 Abs. 5 SGB V ist der Bundesärztekammer bei Beschlüssen des G-BA, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte berührt, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dies bedeutet, dass der G-BA der Bundesärztekammer den Entwurf einer Richtlinie übermittelt, die innerhalb der vorbereitenden Gremien des G-BA beraten worden ist und dort Beschlussreife erlangt hat. Da die Themenvielfalt der Regelungsinhalte groß, die Frist zu deren Bearbeitung mit in der Regel vier Wochen aber eher knapp ist, orientiert sich die Bundesärztekammer an einem themenunabhängigen Kriterienset, anhand dessen eine grundsätzliche Analyse des vorgelegten Materials vorgenommen werden kann. Prüfkriterien der Bundesärztekammer für Beschlussentwürfe des G-BA sind:

- Kompatibilität der G-BA-Richtlinien mit ärztlichem Behandlungsauftrag/Berufsrecht
- Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- Transparenz über Entscheidungsgrundlagen/-findung
- Qualität der Gesamtbewertung im Versorgungskontext

- Beitrag zur Entbürokratisierung
  - Datensparsamkeit
  - Vermeidung von Doppelregelungen/Parallelstrukturen

In 2012 wurden auf diese Weise insgesamt 23 Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu Beschlussentwürfen des G-BA gemäß § 91 Abs. 5 SGB V abgegeben (Aufzählung in der Reihenfolge der Bearbeitung):

1. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Änderung der Anlage I, Nr. 7 – Osteodensitometrie bei Osteoporose
2. Richtlinien über künstliche Befruchtung (KB-RL) – Zählweise der Behandlungsversuche
3. Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) – Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen gem. § 137c SGB V
4. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) – PET; PET/CT bei malignen Lymphomen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen
5. Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) – PET; PET/CT bei malignen Lymphomen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen
6. Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) – Streichung der Fußnote in § 5 Abs. 6a Satz 1
7. DMP-Richtlinie/DMP-RL („Brustkrebs“, „Asthma bronchiale“ sowie „chronisch obstruktive Lungenerkrankung – COPD“) – Entwurf
8. DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie (DMP-AF-RL) (personenbezogene Daten) – Entwurf
9. Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien MU-RL) – Testsensitivität HBsAg-Test
10. Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III, Nr. 44 – Stimulantien
11. Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) – Außervollzugsetzung des Demografiefaktors
12. Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) – Interstitielle Lowe-Dose-Rate-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom gem. § 137c SGB V
13. Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) – Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Lowe-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms
14. Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) – Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion
15. Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL): QS-Maßnahmen bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS): Qualifikation des ärztlichen Personals – Änderung des Beschlusses vom 20.10.2011
16. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Änderung von Anlage I, Nr. 1 – Dokumentationsvorgaben zur Indikationsstellung der Lp(a)-Apherese
17. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Änderung von Anlage I Nr. 2 – Personelle und räumliche Anforderungen an diamorphinsubstituierende Einrichtungen
18. Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (KHMe-RL): Änderung der Anlage I – Allogene Stammzelltransplantation mit nichtverwandtem Spender bei Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen
19. Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Einfügung § 48 – Aufnahme bisher nicht beplanter Arztgruppen und Übergangsregelung

20. Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) – Umsetzung der STIKO-Empfehlungen Juli 2012
21. Psychotherapie-Richtlinie – Gruppengröße in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen und Verhaltenstherapie auch als alleinige Gruppenbehandlung (Federführung Dezernat 6)
22. Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien" Mu-RL): Überprüfung der Testverfahren – Rötelnimmunität, 11-Tage-Regelung
23. Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL) – Neufassung

Die Stellungnahmen der Bundesärztekammer können in der Gesundheitspolitischen Datenbank der Bundesärztekammer eingesehen und nach Abschluss der jeweiligen Beratungen im G-BA auch im Internet auf der Webseite der Bundesärztekammer abgerufen werden (www.bundesaerztekammer.de).

Stellungnahmen zu Entwicklungsberichten des AQUA-Instituts

Die Bundesärztekammer wird als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 3 SGB V vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) zur Stellungnahme zu ihren Vorberichten sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren aufgefordert. Im Jahre 2012 waren dies:

- AQUA-Vorbericht zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V: „Knieendoprothesenversorgung"
- AQUA-Vorbericht zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V: „Vermeidung nosokomialer Infektionen – Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen"
- AQUA-Methodenpapier 3.0

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) besteht seit 2004 und ist – abgesehen von der Möglichkeit, im Rahmen eines „Generalauftrags" eigenverantwortlich zu wissenschaftlicher Arbeit im Gesundheitswesen aktiv zu werden – im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bundesgesundheitsministeriums tätig. Ziel gemäß § 139a Abs. 3 SGB V ist die Bearbeitung von Fragen grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen sowie die Bereitstellung diesbezüglicher Information für die Öffentlichkeit und Patienten. Die Bewertung medizinischer Leistungen hat dabei fachlich unabhängig zu geschehen.

Träger des IQWiG ist die gleichnamige Stiftung, die über einen Stiftungsrat zur Repräsentation der Trägerverbände und einen Vorstand als Exekutivorgan verfügt. Als beratende Gremien unterhält das IQWiG ein Kuratorium und einen Wissenschaftlichen Beirat. Das Kuratorium setzt sich aus Vertretern von Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammen, darunter die Bundesärztekammer, die seit Ende 2012 durch den Vorsitzenden ihrer Qualitätssicherungsgremien, Dr. Günther Jonitz, repräsentiert wird. Die Mitglieder des Kuratoriums haben die Möglichkeit, vor einer Veröffentlichung von wissenschaftlichen Empfehlungen durch das IQWiG eigene Stellungnahmen hierzu abzugeben.

Durch das am 01.012011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und die damit verbundene Arzneimittelnutzenbewertungsverordnung haben das IQWiG und seine Evidenzberichte aufgrund der vorgesehenen frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln eine zusätzliche Bedeutung erfahren. Das AMNOG sieht vor, dass sich neue Arzneimittel regelhaft einer Nutzenbewertung unterziehen müssen. Dafür hat der pharmazeutische Unternehmer ein Dossier vorzulegen, in dem er Belege für den Zusatznutzen im Vergleich zur „zweckmäßigen Vergleichstherapie" erbringt. Die zweckmäßige Vergleichstherapie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Durch die frühe Bewertung des Nutzens neu zugelassener Arzneimittel soll die Grundlage für die Vereinbarung von Erstattungspreisen gelegt werden. Bei den Dossierbewertungen zur frühen Nutzenbewertung sind regelhaft externe Sachverständige eingebunden. Für die Bundesärztekammer ist als wissenschaftlicher Fachausschuss die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mit Sachverständigenstatus im G-BA bei Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln stellungnahmeberechtigt.

4.4.3 Qualitätssicherung nach spezialgesetzlichen Regelungen

Medizinprodukterecht

Im Medizinprodukterecht sind nicht nur Anforderungen an die Herstellung von Medizinprodukten verankert, sondern auch Regelungen zum sicheren Umgang mit ihnen. Grundlage sind drei europäische Richtlinien, die über das Medizinproduktegesetz (MPG) und – für den Anwender, der hier Betreiber genannt wird, besonders bedeutsam – die Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) in verbindliches nationales Recht umgesetzt sind. In der MPBetreibV sind grundlegende Anforderungen an die Qualitätssicherung beim Umgang mit Medizinprodukten niedergelegt. Dazu gehören vor allem die Gewährleistung einer angemessenen Einweisung, die regelmäßige Überprüfung und die Verpflichtung zur Einhaltung der Herstellerangaben beim Gebrauch.

- Labor

  Gemäß § 4a MPBetreibV haben alle Personen, die laboratoriumsmedizinische Untersuchungen durchführen, ein Qualitätssicherungssystem mit regelmäßigen internen und externen Kontrollen einzurichten, wie es in der entsprechenden Richtlinie der Bundesärztekammer beschrieben ist. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im November 2007 das aktuelle Konzept zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen verabschiedet.

  Die Richtlinie sieht einen allgemeinen Teil A vor, in dem grundlegende Anforderungen an ein Qualitätssicherungssystem für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen festgelegt sind. Des Weiteren sind insgesamt fünf spezielle Teile vorgesehen, um spezifische Anforderungen an die verschiedenen Bereiche laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen festzulegen. Als erster Teil war zeitgleich mit dem Teil A der Teil B 1 „Quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen" auf den Weg gebracht worden. Es folgte zum Jahresanfang 2011 der Teil B 4 „Ejakulatuntersuchungen", beschlossen im November 2010. In der Sitzung am 01.07.2011 hat der Vorstand der Bundesärztekammer den Teil B 2 „Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen" beraten und beschlossen sowie im September 2011 dann den Richtlinienteil B 5 „Molekular- und zytogenetische laboratoriumsmedizinische Untersu-

chungen“. Nach etwas komplexeren Beratungen ist der Richtlinienteil B 3 „Direkter Nachweis und Charakterisierung von Infektionserregern“ im November 2012 ebenfalls vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet worden. Er wird zum 01.04.2013 in Kraft treten und das Konzept zur Qualitätssicherung aller laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen vervollständigen.

Alle B-Teile der Richtlinie beinhalten ein Basisprogramm für die regelmäßige interne und externe Qualitätssicherung. Damit lassen sich einerseits individuelle Gegebenheiten im jeweiligen Laboratorium berücksichtigen und andererseits behält der Laborleiter bzw. die für die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen verantwortliche Leitung den fachlichen Spielraum, sodass auch weiterhin die in Leitlinien oder anderen Regelwerken verankerten Beschreibungen des aktuellen Standes von Wissenschaft und Technik auch kurzfristig in der Routineversorgung angewendet werden können. Diese Flexibilität ist notwendig. Das Engagement der Fachkreise an der Weiterentwicklung von Regelungen zur Qualitätssicherung ist somit nicht auf die einmalige Erarbeitung einer Richtlinie beschränkt. Es ist vielmehr auch in Zukunft die Aufgabe, insbesondere der betroffenen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, den aktuellen Stand der Erkenntnisse fortzuschreiben. Die Formulierung eines Basisprogramms für Qualitätssicherung in der Bundesärztekammer hat sich bewährt. Dieses Vorgehen ermöglicht in der Folge, dass über Leitlinien, Empfehlungen oder Standards das aktuelle Wissen zeitnah in die Durchführung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen einfließen kann.

Konkret wird in den B-Teilen jeweils beschrieben, dass regelmäßige interne Kontrollen durchgeführt werden und bei Verletzung der vorgegebenen Grenzwerte Maßnahmen zur Beseitigung von Fehlerquellen getroffen werden. Hinzu kommt die Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Ringversuchen. Mit der Verabschiedung des Richtlinienteils B 2 „Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen“ wird auch die aus den 90er-Jahren stammende Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Immunhämatologie zurückgezogen. Die darin enthaltenen Aspekte sind in dem neuen Richtlinienteil aufgegangen. Im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Richtlinienteils B 3 „Direkter Nachweis und Charakterisierung von Infektionserregern“ wurde die aus dem Jahr 1992 stammende Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Mikrobiologie außer Kraft gesetzt.

Im Berichtszeitraum fanden zwei Beiratssitzungen und fünf Fachgruppensitzungen sowie zum Richtlinienteil B3 drei Arbeitsgruppensitzungen und eine Anhörung der „betroffenen Kreise“ statt. Dort wurden grundsätzliche Fragen (Beirat) und spezielle Fragen (Fachgruppen) zur Rili-BÄK diskutiert und gegenüber Dritten beantwortet bzw. die Beratungen zum Richtlinienteil B3 zum Ende geführt.

- Aufbereitung von Medizinprodukten

  Auch für die Aufbereitung von Medizinprodukten ist die MPBetreibV die maßgebliche Rechtsvorschrift für den Anwender. Im § 4 wird geregelt, dass bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommende Medizinprodukte nach Herstellerangaben so aufzubereiten sind, dass Gefahren für Patienten oder Dritte ausgeschlossen sind. Des Weiteren wird festgelegt, dass die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu beachten ist.

In der Praxis hat es sehr oft Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Landesrecht für die Überwachung dieser Vorschrift zuständigen Behörden und den Anwendern gegeben. Ein Hauptgrund ist die Forderung der Behörden, die Beachtung der Empfehlung der KRINKO nachzuweisen, statt sich auf das Ergebnis der Aufbereitung zu konzentrieren. Nach einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegten Erfahrungsbericht zur Situation bei der Aufbereitung von Medizinprodukten im Jahr 2008, basierend auf einer im Jahr davor breit angelegten Umfrage, hatte sich eine Arbeitsgruppe der Länder daran gemacht, ihrerseits eine Empfehlung für die Durchführung der Überwachung zu erarbeiten. Hintergrund war, dass bei der Umfrage des BMG unter anderem große Unterschiede in der Überwachung deutlich geworden waren, sowohl die Frequenz der Überwachungsmaßnahmen als auch deren fachliche Qualität betreffend.

Zu der Empfehlung für die Überwachung durch die Behörden hatte die Bundesärztekammer ebenso Stellung genommen wie sie sich an der Umfrage des BMG beteiligt hatte. Dabei wurde deutlich gemacht, dass nicht der Nachweis über die formale Einhaltung von Vorschriften einschließlich Empfehlungen maßgeblich sei, sondern das tatsächliche Ergebnis der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten. In diesem Sinne ist die Empfehlung der Länder eine pragmatisch angelegte Handlungsempfehlung geworden. Sie ist abrufbar auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (www.dimdi.de, in der Rubrik Medizinprodukte mit den Texten zum Medizinprodukterecht, hier „Empfehlung der Projektgruppe RKI-BfArM für die Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten“).

In dieser Empfehlung wird auch klargestellt, dass das Personal keine zusätzliche besondere Schulung für die Wiederaufbereitungsprozesse benötigt, wenn die erforderlichen Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten Bestandteil der Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf sind. Dies war häufig ein Streitpunkt bei der Überwachung, weil aus Unsicherheit im Rahmen der Überwachung spezielle Qualifikationen verlangt wurden, wie sie von einigen Veranstaltern in zum Teil mehrwöchigen Kursen angeboten wurden und werden. Hier hatte die Bundesärztekammer insbesondere bezüglich der Qualifikation der Medizinischen Fachangestellten (MFA) eine Klarstellung dahingehend verlangt, dass mit der Neufassung der Ausbildungsordnung diese als gegeben anzusehen ist. Mit der Empfehlung der oben genannten Projektgruppe ist dies realisiert.

Erfreulich ist, dass bei der Anfang 2012 auf den Weg gebrachten Neufassung der Empfehlung der KRINKO die Klarstellung zu den Qualifikationsanforderungen in Form einer eigenen Anlage zur Empfehlung übernommen worden ist. Dies wird in der Stellungnahme der Bundesärztekammer auch zum Ausdruck gebracht. Weniger erfreulich ist aus Sicht der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, dass die KRINKO den Weg einer bis in kleinste Details beschreibenden Vorgehensweise bei der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten weiter beschreitet, statt pragmatische Beschreibungen für den Nachweis eines guten Ergebnisses der Wiederaufbereitung vorzunehmen. Es wird weiterhin das Konzept einer fein ziselierten Struktur- und teilweisen Prozessqualität verfolgt in der Annahme, dass dann eine gute Ergebnisqualität von selbst folgt. Dieser Ansatz greift zu kurz und setzt falsche, arbeitsaufwändige Schwerpunkte.

- Weitere Entwicklung

  Mit besonderer Spannung waren die beiden Entwürfe der EU-Kommission für Verordnungen des europäischen Parlaments und des Rats zu Medizinprodukten und In-vitro-Diagnostika (IVD) erwartet worden. Sie wurden Ende September 2012 vorgestellt und sollen in 2013 beraten und verabschiedet werden.

  Mit den vorgelegten Verordnungsvorschlägen will die EU-Kommission folgende Ziele erreichen:

  – Zusammenführung der Richtlinien über aktive implantierbare medizinische Geräte (90/385/EWG) und der Richtlinie über Medizinprodukte (93/42/EWG)[1]
  – Verringerung von Divergenzen bei der Auslegung und Anwendung der bisher geltenden Richtlinien
  – Schließung von Regelungslücken
  – Berücksichtigung des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts
  – Erhöhung des Sicherheitsniveaus für die Herstellung und das Inverkehrbringen von Medizinprodukten, insbesondere bei implantierbaren oder invasiven Produkten.

Die Bundesärztekammer hat zum Jahreswechsel 2012/13 an einer Stellungnahme gearbeitet, die Anfang 2013 in Umlauf gebracht werden soll. Dabei sind die Regelungen zu den klinischen Prüfungen als besonders kritisch diskutiert und zahlreiche Vorschläge im Sinne einer Erhöhung des Probandenschutzes und der rechtlichen Stellung der Ethikkommissionen diskutiert worden. (Da die Stellungnahme zum Ende des Berichtszeitraumes noch nicht fertig gestellt werden konnte, sei hier bezüglich der Einzelheiten auf die Internetseite der Bundesärztekammer [www.baek.de] mit allen Stellungnahmen bzw. auf den Tätigkeitsbericht 2013 verwiesen.)

Transfusionsmedizin

Im Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz – TFG) aus dem Jahr 1998 wird der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) eine Richtlinienkompetenz bezüglich der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten zugewiesen. Auch in der aktuellen Fassung der daraus resultierenden Richtlinie der Bundesärztekammer ist in Abs. 1.4 gefordert, dass jede Einrichtung, die im Bereich der Gewinnung oder Anwendung von Blutprodukten tätig ist, ein Qualitätsmanagementsystem betreiben muss. Für die Landesärztekammern ist es dabei von besonderer Bedeutung, dass sie im Bereich der Anwendung die Aufgabe zugewiesen bekommen haben, die Einrichtungen, respektive ihre dort tätigen Mitglieder, die Ärztinnen und Ärzte, bei der Einhaltung der Anforderungen zu unterstützen und ihnen die Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen zu ermöglichen. Der entsprechende Satz in Abs. 1.6 der Hämotherapie-Richtlinie heißt relativ unscheinbar: „Der Ärzteschaft obliegt die Überwachung des Qualitätssicherungssystems der Anwendung von Blutprodukten." Nach Hämotherapie-Richtlinie der Bundesärztekammer ist die Wahrnehmung der Aufgabe

[1] Der ursprüngliche Plan, alle drei Richtlinien zu Medizinprodukten zusammenzulegen, wurde nicht weiterverfolgt, sodass es weiterhin eine separate Richtlinie zu IVDs geben wird.

des Qualitätsbeauftragten bei der Anwendung von Blutprodukten eine unter Arztvorbehalt stehende Aufgabe. Daraus folgt dann konsequent, dass die Qualitätsbeauftragten der transfundierenden Einrichtungen verpflichtet sind, einmal jährlich ihrer Landesärztekammer einige Eckdaten zu den durchgeführten Transfusionen und zum internen Qualitätsmanagement nach vorgegebenem Muster zu übermitteln.

Um sich über die sachgerechte Umsetzung der Anforderungen an die Landesärztekammern und über deren Rolle in der Überwachung des Qualitätssicherungssystems in der Anwendung von Blutprodukten auszutauschen, fanden seit 2002 mittlerweile sieben Treffen der bei den Landesärztekammern für die Überwachungsaufgaben zuständigen Mitarbeiter statt, jeweils gemeinsam von den Dezernaten 3 und 6 organisiert und unterstützt durch die Rechtsabteilung. Beim letzten Treffen wurde unter anderem ausführlich über die Rolle des Qualitätsbeauftragten Hämotherapie (QBH) diskutiert. Für die Landesärztekammern ist dieser die zentrale Figur in einer transfundierenden Einrichtung, weil er den jährlichen Bericht abgibt und als erster Ansprechpartner anzusehen ist. Weil es immer wieder Anfragen zur Rechtsposition und zu den Kompetenzen des QBH gegeben hatte, wurde von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer der Entwurf einer detaillierten Beschreibung der Aufgaben des QBH und seiner Stellung in der Einrichtung bzw. seinen Verpflichtungen gegenüber seiner Landesärztekammer vorgestellt. Nach intensiver Diskussion ist dann Anfang des Berichtsjahres diese Ausarbeitung mit dem Titel „Zu den Aufgaben und zur rechtlichen Einordnung des Qualitätsbeauftragten Hämotherapie nach den Hämotherapie-Richtlinien nach §§ 12a und 18 TFG“ fertig gestellt worden. Diese ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abgelegt. Eine Kurzfassung war im Deutschen Ärzteblatt erschienen. (www.aerzteblatt.de/archiv/84057/Krankenhaus-Einrichtung-bleibt-verantwortlich?src=search)

Nach Beschreibung der Aufgaben des QBH und ihrer Abgrenzung von denen des Transfusionsverantwortlichen werden die Besonderheiten bei der Heranziehung von externem Sachverstand für die Aufgabenwahrnehmung als QBH, der Status des QBH innerhalb des Qualitätsmanagements einer Einrichtung und haftungsrechtliche Aspekte der Tätigkeit als QBH dargelegt. Die Veröffentlichung endet mit der Empfehlung, dass Qualitätsbeauftragte gemäß Transfusionsgesetz und Hämotherapie-Richtlinien die Funktion in entsprechenden Einrichtungen nur dann übernehmen sollten, wenn seitens des Trägers der Einrichtung eine klare schriftliche Übertragung sowohl der Aufgaben als auch der entsprechenden Kompetenzen vorliegt und hierin die Wahrnehmung gesetzlich auferlegter Pflichten des Trägers der Einrichtung eindeutig zum Ausdruck gebracht wird. Damit wäre eine Klarstellung erreicht, wie sie für andere gesetzlich verankerte Beauftragte (z. B. Sicherheitsbeauftragte und Datenschutzbeauftragte) längst selbstverständlich ist. (Zu weiteren Einzelheiten der Transfusionsmedizin siehe Kapitel 5.2)

Transplantationsmedizin

Das Jahr 2012 stand im Bereich der Transplantationsmedizin ganz im Zeichen der Aufdeckung und Aufarbeitung von Unregelmäßigkeiten, Manipulationen und Verstößen gegen gesetzliche Regeln und Richtlinien der Bundesärztekammer. Daraus mussten Konsequenzen für die Arbeit der Prüfungskommission und der Überwachungskommission gezogen werden sowie auch inhaltliche Konsequenzen für Richtlinien, wie sie von der Ständigen Kommission Organtransplantation mit Hilfe von Arbeitsgruppen erstellt

und dann vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet werden. Vor diesem Hintergrund wurde die Diskussion über eine Neufassung der Qualitätssicherungsrichtlinie nach § 16 Transplantationsgesetz (TPG) zurückgestellt (siehe dazu Tätigkeitsbericht 2011). Begleitet wurde vom Dezernat 3 die Einarbeitung von Qualitätssicherungselementen in die anderen Richtlinien nach § 16 TPG. Dazu haben Vertreter des Dezernates regelmäßig an den Sitzungen der Ständigen Kommission Organtransplantation und den von dieser eingerichteten Arbeitsgruppen teilgenommen.

Zum Jahresende wurde dann im Ausschuss „Qualitätssicherung" die Diskussion über eine Neufassung der Qualitätssicherungsrichtlinie wieder aufgenommen. Dazu war ein Exposé von der Geschäftsführung erstellt worden, dass die Zustimmung im Ausschuss gefunden hat. Danach soll ein stärkeres Gewicht auf Qualitätsmanagement gelegt werden, auch im Sinne einer verbindenden Klammer für die diversen übrigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Transplantationsmedizin. Es wurde auf die aktuelle Diskussion zu Manipulationen in Transplantationszentren verwiesen; hier hätte QM mutmaßlich einen Beitrag zur Vermeidung oder früheren Aufdeckung leisten können. Als Herausforderung wird vom Ausschuss die Einbettung der zur bearbeitenden Richtlinie in den Gesetzeskontext und hier insbesondere die Abstimmung mit dem G-BA gesehen. Unverzichtbar für das Vorhaben sei die Einbeziehung von Transplantationsfachkompetenz und QM-Expertise in einer Arbeitsgruppe. Von einigen Ausschussmitgliedern wurden Vorschläge zur Besetzung einer Arbeitsgruppe angemeldet. Für die inhaltliche Arbeit soll darauf geachtet werden, die Transplantationsmedizin durch überschießende Kontrollmaßnahmen nicht weiter zu stigmatisieren.

Im neuen Berichtsjahr 2013 werden Gespräche aufgenommen, um die Tauglichkeit der neuen Konzeption zu eruieren und dann schrittweise in die konkreten Beratungen zu einer Neufassung der Qualitätssicherungsrichtlinie nach § 16 TPG zu kommen. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf den Arbeitsplan der Ende 2012 beim G-BA eingerichteten Arbeitsgruppe zur Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin zu richten, in welcher für die Bundesärztekammer Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Lippert, Magdeburg, teilnimmt. Hier gilt es, eine inhaltliche Abstimmung herbeizuführen und die Wahrung der jeweiligen gesetzlichen Kompetenzen, Transplantationsgesetz einerseits und Sozialgesetzbuch V (SGB V) andererseits, zu beachten. (Zu weiteren Details des Standes der Transplantationsmedizin, insbesondere zu den in 2012 bekannt gewordenen Ereignissen siehe Kapitel 5.1)

4.4.4 Curricula zur Qualitätssicherung

Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement

Ursprung und Entwicklung des Curriculums Ärztliches Qualitätsmanagement ist die Diskussion um die Formulierung von Inhalten zu den Forderungen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) von 1992, wonach in allen Fachgebieten auch Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung vermittelt werden sollten. Im August 1994 hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Einrichtung einer Arbeitsgruppe mit der Aufgabe beschlossen, ein Curriculum zu entwickeln, das diese Anforderungen in der Weiterbildung mit Inhalten füllt. Es wurde sehr schnell die Erkenntnis gewonnen, dass man in der Ausformulierung von Anforderungen nicht am Kenntnisum-

fang gemäß Weiterbildungsrecht stehen bleiben könne, sondern dass hier Weiterungen zu berücksichtigen sein werden. Dies führte zu der Entwicklung eines Lehr- und Lernzielkataloges, der längerfristig auch als Grundlage für die Verankerung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für das Studium der Medizin dienen sollte. Die erste Auflage des Curriculums Ärztliches Qualitätsmanagement wurde 1996 verabschiedet.

Nachdem zuletzt 2007 eine Aktualisierung des Curriculums gemeinsam mit den Kursveranstaltern auf Länderebene durchgeführt worden war, gab es im Oktober 2010 ein erneutes Treffen mit diesem Kreis, um nicht nur aktuelle Fragen in der Umsetzung des Curriculums zu erörtern, sondern auch um die Frage zu klären, ob eine überarbeitete Neuauflage vonnöten wäre. Letzteres wurde im Prinzip verneint. Ende 2011 kam die Frage, ob durch geringfügige Modifikationen das bisher solitäre Fortbildungskonzept „Patientensicherheit" in das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement integriert werden könnte. Dieser aus der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG) kommende Vorschlag hätte nicht nur den Vorteil einer Straffung von Kursangeboten, sondern würde auch verdeutlichen, dass Patientensicherheit integraler Bestandteil eines umfassenden Qualitätsmanagements ist.

In drei Arbeitsgruppensitzungen wurde Grundkonsens erzielt, dass es nicht darum gehe, das Curriculum komplett zu revidieren, sondern weiterzuentwickeln und dabei schärfer herauszuarbeiten, für welche Zielgruppen es gedacht sei und welche Lernziele mit dem Curriculum erreicht werden sollen. Das Curriculum solle weiterhin eine bundesweit einheitliche Vermittlung von Grundlagen im Qualitätsmanagement und weiteren integral dazugehörenden Themenbereichen darbieten. Es soll auch weiterhin den einzelnen Kursveranstaltern Gestaltungsspielraum im Detail offenhalten, um auch tagesaktuelle Themen bedarfsgerecht behandeln zu können.

Als Themen, die intensiver abgehandelt werden sollen, werden insbesondere Patientensicherheit/Risikomanagement, Qualitätsförderung und Projektmanagement identifiziert. Sie sollen in der Neufassung des Curriculums herausgearbeitet werden, mit der Option, dass je nach Bedarf jeweils auch gesonderte Fortbildungsmodule ergänzend vorgehalten werden können – zum einen zur Vertiefung und zum anderen für Personenkreise, die nicht das komplette Curriculum durchlaufen wollen, aber schwerpunktmäßig Wissen zu den Themen benötigen. Ein Aspekt bei der grundsätzlichen Erhaltung der Struktur des Curriculums ist die vom Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) vermittelte Erkenntnis, dass dieses auch international für QM-Schulungen im Gesundheitswesen zugrunde gelegt wird.

Bezüglich der Beteiligung an der Überarbeitung wird es für sinnvoll erachtet, wenn weiterhin die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erhalten bleibt. Speziell mit Blick auf die KBV wird es für sinnvoll erachtet, dass die entsprechende Abteilung sehr frühzeitig wegen der Verbindungen zum Qualitätsmanagementsystem QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) in die Bearbeitung miteinbezogen wird.

Curriculum Ärztliche Führung

Vor dem Hintergrund des Einzug haltenden sogenannten qualitätsorientierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen, der geprägt ist durch zunehmende ökonomische und administrative Zwänge, gewachsene Patientenansprüche und Organisationswandel in den Versorgungseinrichtungen, stehen vor allem leitende Ärztinnen und Ärzte einem sowohl neuen als auch gestiegenen Anforderungsprofil gegenüber. Neben dem vorausgesetzten medizinischen Fachwissen sind vor allem Leitungserfahrung, Eigeninitiative, Kommunikations- und Durchsetzungsvermögen, ausgeprägte Sozial- und Führungskompetenz, Fähigkeit zu innovativem und konzeptionellem Denken und Handeln, Kooperationsbereitschaft und betriebswirtschaftliches Denken gefragt. Gute ärztliche Führung stellt einen zentralen Aspekt in der Qualitätssicherung dar: Je besser die Unternehmenskultur, z. B. die Motivation der Mitarbeiter, desto besser ist die Qualität der erbrachten Leistungen. Nicht zuletzt ist die Etablierung einer motivierenden Führungskultur ein wichtiger Aspekt, die Attraktivität des Arztberufes in Deutschland für junge Menschen zu steigern.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat dies frühzeitig erkannt und bereits 2003 die Entwicklung eines curricular strukturierten Fortbildungsangebots zu ärztlichen Führungs- und Managementaufgaben beschlossen. Nach einer Pilotphase wurde das Curriculum Ärztliche Führung im Jahre 2007 vom Vorstand der Bundesärztekammer und vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung zur Umsetzung für alle interessierten Ärztinnen und Ärzte formal verabschiedet und empfohlen sowie in der Schriftenreihe „Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung“ veröffentlicht (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrFuehrung.pdf).

Struktur des Curriculums

In den in Abbildung 2 dargestellten vier Qualifikationsschwerpunkten erwerben die Teilnehmer durch Auseinandersetzung mit den aktuellen Rahmenbedingungen bzw. dem Erkenntnisstand die entsprechenden Handlungskompetenzen.

Fortbildungskurse gemäß dem Curriculum Ärztliche Führung

Die beachtliche Teilnehmerzahl von ca. 800 Ärztinnen und Ärzten seit 2007 bestätigt das Interesse an Qualifizierungsangeboten zum Thema Führung seitens der Ärzteschaft.

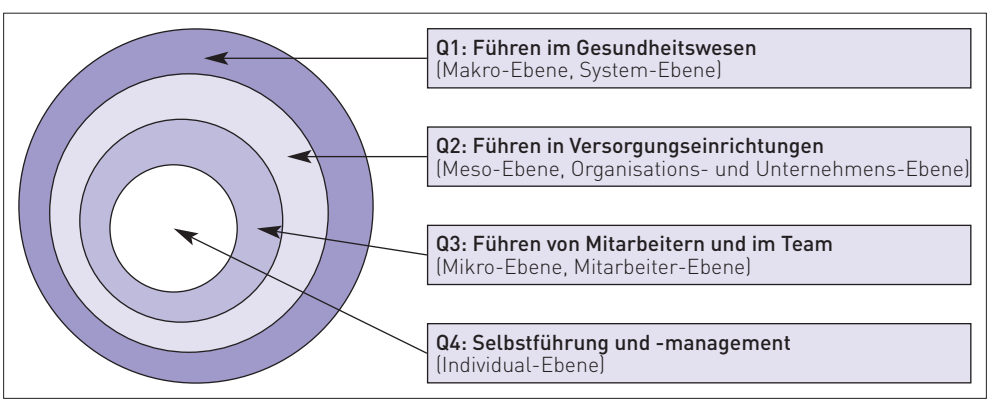


Abbildung 2: Qualifikationsschwerpunkte

Curriculum Ärztliches Peer Review

Peer Review ist ein Verfahren, das seit einigen Jahren als effektives Instrument im Kontext von Qualitätssicherung und -förderung zur Entwicklung der medizinischen Versorgungsqualität und der Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen zunehmend praktiziert wird. Ärzte begeben sich dabei freiwillig in einen Expertendiskurs mit externen ebenbürtigen Fachkollegen – Peers –, um die Qualität ihres eigenen professionellen Handelns gemeinsam zu reflektieren und zu verbessern. Geleitet vom Prinzip der Gegenseitigkeit nehmen die Peers die Rolle eines „Critical Friend" ein und führen einen kollegialen Dialog mit beratendem Charakter mit dem Ziel, voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen, um die Qualität der Patientenversorgung und -sicherheit zu verbessern.

Die Ärztekammern fördern die Etablierung von Peer-Review-Verfahren, um Ärzten, als hochspezialisierte und ausgeprägt autonome Berufsgruppe, die ihnen oft fehlende Möglichkeit des kollegialen Austausches und der kritischen Begutachtung durch ebenbürtige Experten sowie der professionell selbstbestimmten Qualitätsentwicklung zu bieten. (Vgl. Schrappe M: Führung im Krankenhaus. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2009;103[4]:198-204)

Ein deutlicher Impuls zur Etablierung von Peer Review im deutschen Gesundheitswesen ging ab 2008 vor allem von träger- und einrichtungsübergreifenden Projekten wie der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Peer-Review-Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) aus. Diese weisen Peer Review neben Transparenz als Kernelement ihrer Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aus.

Im Dschungel des derzeitigen Qualitätswettbewerbs sticht Peer Review besonders durch folgende Effekte hervor:

Peer-Review-Verfahren

- fördern die Sicherheitskultur und die individuelle und kollektive Lernbereitschaft,
- gewähren einen effektiven, bedarfsgerechten Wissenstransfer und eine konkrete Anwendung im Alltag,
- fördern die interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation und
- tragen zu einer selbstbestimmten Qualitätsförderung und -entwicklung durch die ärztliche Profession bei (z. B. durch neue oder verbesserte Behandlungsstandards).

Im kontinuierlichen Verbesserungsprozess soll mit Peer Review vor allem die Lücke zwischen „Check" und „Act", unter der Gesundheitseinrichtungen bei den meisten anderen Qualitätssicherungs-/Qualitätsmanagementverfahren leiden, geschlossen werden.

Folgende kritische Erfolgsfaktoren lassen sich sowohl in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren als auch hinsichtlich der Kompetenz der Peers herausstellen:

Güte und Präzision des Peer-Review-Verfahrens:

- Bedarf eines systematischen und strukturierten Bewertungsverfahrens
- Notwendigkeit von unabhängigen multidisziplinären externen Peer-Review-Teams
- Freiwilligkeit der Teilnahme am Verfahren
- vertrauliche Atmosphäre geprägt von Wertschätzung und Respekt (No-Blame-Ansatz)

- Sanktionsfreiheit für die Teilnehmer
- Bekenntnis der Teilnehmer zum Prinzip der Gegenseitigkeit: Voneinander lernen und Austausch von Best-Practice-Beispielen

Kompetenz der Peers:

- „ebenbürtige" Fachkompetenz, Erfahrung und Position
- Methodische (formal und inhaltlich) und persönliche (Sozialkompetenz und Gesprächsführung) Peer-Kompetenzen

Um Ärztinnen und Ärzte auf diesem Gebiet zu professionalisieren, hat die Bundesärztekammer im Februar 2011 ein Curriculum „Ärztliches Peer Review" entwickelt, das folgende Hauptinhalte umfasst:

- eine theoretische Einführung in Methodik, Grundprinzipien und Erfolgsfaktoren von Peer-Review-Verfahren
- ein Kompetenzprofil von Peers
- ein Qualifizierungskonzept für zukünftige Peers

Nach dem Qualifizierungskonzept wurden bis Ende 2012 ca. 300 Peers in Kursen der Landesärztekammern geschult. Diese 21 bisher angebotenen Kurse wurden einheitlich evaluiert. Die Evaluationsergebnisse bestätigen, dass die Qualifikationsinhalte und die didaktischen Umsetzungsempfehlungen des Curriculums Ärztliches Peer Review zielführend für den Kompetenzerwerb der Peers sind. In den Freitextanmerkungen auf den Evaluationsbögen werden die Peer-Review-Verfahren nahezu ausschließlich als wertvolles Qualitätsförderungs- und Fortbildungsinstrument bewertet. Daraus lässt sich eine hohe Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft ableiten sowie das Potenzial, dass Peer Review sich zur Leitmethode innerärztlicher Qualitätssicherung entwickeln kann. Die Teilnehmenden nehmen ihre Peer-Rolle als sehr anspruchsvoll wahr und sind sich der Wichtigkeit ihrer sozialen Kompetenz für den Erfolg von Peer Reviews bewusst. Peer Review wird von ihnen als selbstbestimmtes Verfahren und geeignetes Instrument des kollegialen Austauschs angesehen, dass in der Lage ist, nachhaltige Verbesserungen in der Qualität der Patientenversorgung und Sicherheitskultur anzustoßen. Ärztliches Peer Review wird „als wesentlicher Fortschritt in der Qualitätsförderung" bezeichnet, und ihm wird eine wichtige zukünftige Rolle als Baustein in Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zugeschrieben, der einen Kulturwandel im Gesundheitswesen maßgeblich fördern kann.

Um die Etablierung weiterer Peer-Review-Verfahren zu fördern, arbeitet die Bundesärztekammer an der Entwicklung eines „Methodischen Leitfadens Ärztliches Peer Review". Das Peer-Review-Konzept der Bundesärztekammer stieß im Jahre 2012 auf hohes Interesse und wurde in Vorträgen und Workshops bei zahlreichen Organisationen und Institutionen, wie z. B. dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem QM-Netzwerk und auch im internationalen Rahmen vorgestellt und diskutiert.

Eine neue Perspektive für den Einsatz von Peer Reviews ergibt sich auch in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA. Zurzeit findet hier eine Neuorientierung statt, mit dem Ziel, möglichst auf aufwändige manuelle Vollerhebungen zu verzichten und vermehrt stichprobenhafte Gespräche vor Ort durchzuführen. Erstmals könnte dies im geplanten QS-Verfahren der Kniearthroskopie geschehen. Details werden gegenwärtig auf Arbeitsgruppenebene diskutiert.

Für Interessierte sei in diesem Zusammenhang auf die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen mit dem Schwerpunkt Peer Review verwiesen, das im November 2012 erschienen ist und in dem u. a. die Bundesärztekammer mit mehreren Beiträgen zum Thema vertreten ist (ZEFQ 2012: 106 [8]).

Peer-Review-Verfahren in Kooperation mit den Landesärztekammern
Im Jahre 2010 startete die Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens der Intensivmedizin, bei dem die wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) die medizinisch-klinischen Inhalten definieren und die Ärztekammern den methodischen Input liefern, die Peers qualifizieren und den Peer Pool verwalten sowie die Reviews koordinieren und begleiten.

Seit 2010 fanden in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen 29 intensivmedizinische und sieben transfusionsmedizinische Peer Reviews nach diesem „Ärztekammer-Modell" statt. Weitere Landesärztekammern befinden sich in der Planung von Peer-Review-Projekten und dementsprechenden Peer-Schulungen ab 2013.

Die Weiterentwicklung des Verfahrens, insbesondere die regelmäßige Aktualisierung der zehn evidenzbasierten Hauptindikatoren des intensivmedizinischen Bewertungsverfahrens, wird von der Nationalen Steuerungsgruppe Peer Review der DIVI koordiniert, in der die Ärztekammern mit einem Gaststatus vertreten sind. Zahlreiche andere Fachgesellschaften, Institutionen und Ärztenetze sind sehr an diesem Verfahren interessiert und wünschen sich in diesem Bereich eine enge Partnerschaft mit den Landesärztekammern.

4.4.5 Qualitätssicherung mit und in anderen Organisationen

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gründeten 1995 die „Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin" (ÄZQ) als gemeinsame und paritätisch besetzte Einrichtung und wandelten diese 1997 in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts um. Anfang 2003 erfolgte die bis heute gültige Umbenennung in „Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin". Zweck des ÄZQ ist die Unterstützung von Bundesärztekammer und KBV bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung.

Das ÄZQ versteht sich insbesondere als Kompetenzzentrum für medizinische Leitlinien und Patienteninformationen. Die Schwerpunkte der Arbeit des ÄZQ im Bereich Leitlinien liegen in der operativen Durchführung und Koordination des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (siehe S. 279ff.), in der Initiierung und Weiterentwicklung der evidenzbasierten Medizin, der Beurteilung von Methoden und Instrumenten der Qualitätsförderung und Transparenz in der Medizin (z. B. Leitlinien, Qualitätsindikatoren, Patienteninformationen), im Bereich Patientensicherheit/Fehler in der Medizin etc. Seit 2000 unterhält das ÄZQ gemeinsam mit dem Patientenforum bei der Bundesärztekammer einen unabhängigen Patienteninformationsdienst. Auch der Themenbereich Qualitätsmanagement wird über das Internetangebot Q-M-A (Informations- und Fortbil-

dungsprogramm für Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung) des ÄZQ bedient.

Über die Teilnahme am Verwaltungsrat des ÄZQ beschließt die Bundesärztekammer über die Finanzen und organisatorische Grundsatzfragen des ÄZQ mit. Über die Planungsgruppe des ÄZQ ist die Bundesärztekammer inhaltlich für Arbeitsaufträge und die fachliche Arbeit des ÄZQ mitverantwortlich. Im Berichtszeitraum tagte der Verwaltungsrat mit dem Beratungsschwerpunkt inhaltlicher und struktureller Weiterentwicklungsoptionen für das ÄZQ. Grundlage der Beratungen bildete die Dokumentation „Strategie ÄZQ 2020: Bestandsaufnahme zu Arbeit und Organisation des ÄZQ sowie Vorschläge zur inhaltlichen und organisatorischen Weiterentwicklung", die das ÄZQ im August 2011 an die Mitglieder von Verwaltungsrat und Planungsgruppe versandt hatte. Einzelheiten zu diesen und weiteren Aktivitäten des ÄZQ finden sich im Kapitel 4.5 und im Internet unter www.azq.de.

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nimmt sich prioritärer Versorgungsbereiche an, für die ein Konsens zwischen den zuständigen Fachgruppen über wissenschaftlich begründete und praktikable medizinische Maßnahmen notwendig erscheint. Nationale VersorgungsLeitlinien sollen dabei systematische, evidenzbasierte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen schnittstellenübergreifend und interdisziplinär zur Verfügung stellen. Auf diese Weise soll die Aktualisierung praktikabler Handlungsempfehlungen nach dem besten verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin gewährleistet werden. Anders als die gesetzlichen Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (Disease-Management-Programme) verstehen sich die Nationalen VersorgungsLeitlinien als ein allein ärztlichem Sachverstand und wissenschaftlicher Evidenz geschuldetes Konzept unter ausdrücklicher Einbeziehung der Bereiche der Prävention und der Rehabilitation.

Nationale VersorgungsLeitlinien bestehen in der Regel aus mehreren Komponenten, wobei die Leitlinien im engeren Sinne einerseits als Kurzfassung mit Darlegung der konsentierten Versorgungseckpunkte und -empfehlungen, der Empfehlungsgrade sowie der zugrunde liegenden Quellen, und andererseits als Langfassung mit zusätzlichen Evidenzgraden sowie Querverweisen zu den Quellen vorliegen. Darüber hinaus gibt es Patientenversionen als laienverständliche Begleitinformationen, Praxishilfen in Form kurzer Informationen (Kitteltaschenversionen, Checklisten, Praxishilfen) für medizinisches Personal bzw. Ärzte und schließlich Methodenberichte mit Angaben zur Methodik der Erstellung der jeweiligen Leitlinie.

Unabhängig von den einzelnen VersorgungsLeitlinien informiert ein grundsätzlicher Methodenreport für das gesamte NVL-Programm über Hintergründe, Ziele und Verfahrensweisen. Im Methodenreport verankert ist auch eine systematische Vorgehensweise bei der Einbeziehung von Patienten in das Programm für NVL, nach dem Patienten erstmals bei der Erstellung der NVL Asthma erfolgreich einbezogen worden waren und damit seit 2005 am NVL-Programm regelmäßig beteiligt sind. Der Methodenreport wird

unter Einbeziehung der Geschäftsführung der Bundesärztekammer regelmäßig weiterentwickelt.

Die VersorgungsLeitlinien des NVL-Programms gehören mittlerweile zu den meistverbreiteten deutschsprachigen Leitlinien. Für die Bundesärztekammer und die KBV ist das ÄZQ mit der operativen Durchführung und Koordination des Programms betraut. Eine ausführlichere Erläuterung des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien inklusive einer aktuellen Übersicht über alle verfügbaren und in der Entwicklung befindlichen Nationalen VersorgungsLeitlinien findet sich im Kapitel 4.5 dieses Tätigkeitsberichts sowie im Internet unter www.azq.de und www.versorgungsleitlinien.de.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

Mit dem Anspruch, ein spezifisch auf die Belange des Gesundheitswesens ausgerichtetes Zertifizierungsverfahren anzubieten, wurde die KTQ GmbH nach einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Entwicklungsphase im Jahr 2001 gegründet. Gesellschafter der KTQ GmbH sind die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR), die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und seit Herbst 2004 der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. Als stimmberechtigte Vertreter sind seitens der Bundesärztekammer in den KTQ-Gremien für die Wahlperiode 2011/2015 vertreten: Dr. Günther Jonitz, Berlin, Dr. Josef Mischo, Saarbrücken, und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden. Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Kolkmann, ehemals Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg, vertritt die Bundesärztekammer als Ehrenvorsitzender.

Das Gemeinschaftsprojekt KTQ® ist mit seiner Freiwilligkeit der Qualitätsdarlegung und mit seinem sektorenübergreifenden Ansatz einmalig, denn das wird in anderen Ländern oft nur mit gesetzlichen Vorgaben erreicht. Seit Aufnahme des Routinebetriebes für das krankenhausspezifische KTQ-Zertifizierungsverfahren wurden 1.616 KTQ-Zertifikate vergeben (siehe Tabelle 2). Damit stellt KTQ® den Marktführer unter den Zertifizierungsverfahren im Krankenhausbereich in Deutschland dar. Seit 2004 steht auch ein Zertifizierungsverfahren für den ambulanten Bereich (Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeutenpraxis) zur Verfügung. Im Jahr 2005 wurde speziell für Praxen und Institute der Pathologie und Zytologie ein angepasster Katalog entwickelt. Mit spezifischen Zertifizierungsverfahren für den Bereich Rehabilitation (2005), für ambulante Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen (2006) sowie für Rettungsdienste

Tabelle 2: KTQ-Zertifikate* in den verschiedenen Bereichen (Stand: 19.12.2012)

Bereich	aktuell KTQ-zertifizierte Einrichtungen	kumulierte Anzahl der KTQ-Zertifikate
Krankenhäuser	530	1.616
Praxen & MVZ	63	120
Rehabilitationseinrichtungen	107	149
Pflegeeinrichtungen, Hospiz und Alternative Wohnformen	32	65
Rettungsdienst	1	1

* Die Differenz aus den aktuell zertifizierten Einrichtungen und deren kumulierter Anzahl ergibt sich aus den bisher erfolgten Rezertifizierungen (Rezertifizierungsquote ca. 75%), die teilweise schon zum 2., 3. bzw. 4. Mal erfolgten.

(2011) umfasst das KTQ-Zertifizierungsverfahren das gesamte Spektrum der gesundheitlichen Versorgung von Patienten.

Externe Vergleiche
Seit dem dritten Quartal 2010 können Kliniken und Reha-Kliniken auf der KTQ-Homepage anonymisierte Vergleichszahlen für jede Kategorie abrufen. Die Darstellung bezieht sich auf Kliniken, die sich nach dem Manual 2009 haben zertifizieren lassen. Die von einer Einrichtung erreichten Punkte werden sowohl für einzelne Kategorien als auch mit der Gesamtpunktzahl dargestellt. Das ermöglicht den Kliniken, sich extern zu vergleichen.

Zwölftes KTQ-Forum in Berlin
Das KTQ-Forum am 19./20.10.2012 stand unter dem Motto: „Ethik im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten": In der Pressemitteilung der KTQ anlässlich des Forums heißt es dazu: „Klare Worte zum Spannungsverhältnis zwischen Ethik und Finanzierung im Gesundheitswesen fanden die Referenten des diesjährigen KTQ-Forums in Berlin. Politik und Kostenträger provozierten mit ihrer Sparpolitik Abstriche bei der Qualität, so lautete die immer wiederkehrende Botschaft. Anhand zahlreicher Praxisbeispiele aus den Krankenhäusern wurde deutlich: Viele Beschäftigte in den Krankenhäusern arbeiteten mit überdurchschnittlichem Einsatz beispielsweise in klinischen Ethikkomitees, um die Qualität zu sichern. Für ein solches Engagement bekamen die Kliniken der Stadt Mönchengladbach dieses Jahr den KTQ-Award."

In mehreren Beiträgen wurde die neue DIN EN ISO 15224 und die Positionierung der KTQ in diesem Kontext diskutiert. Auf dem Forum wurde auch das erste KTQ-Zertifikat für einen Rettungsdienst überreicht.

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit

Das BQS-Institut (vormals Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) wurde im Jahr 2001 von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des PKV-Verbandes und des Deutschen Pflegerats (DPR) gegründet. In den Jahren 2004 bis 2009 war die BQS im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Umsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V gemäß der G-BA Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL zuständig. Damit hatte die Kontinuität des Verfahrens unter Beteiligung der Bundesärztekammer zunächst aufrechterhalten werden können. Infolge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) war es jedoch zwischenzeitlich für den G-BA notwendig geworden, in einem europaweiten Ausschreibungsverfahren eine „fachlich unabhängige" Institution gemäß § 137a SGB V für die Entwicklung sektorenübergreifender Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und anschließender Beteiligung an der Durchführung einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu ermitteln. In 2009 entschied der G-BA, diesen Auftrag nicht an die BQS, sondern an das „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) GmbH" mit Sitz in Göttingen zu vergeben. Für die BQS ergab sich aus dieser Situation die Gelegenheit zur Neuausrichtung der Geschäftsfelder. Das Kerngeschäft liegt künftig weiterhin in

der Darlegung von Versorgungsqualität und der Steuerung des Gesundheitswesens mit Qualitätskennzahlen, jedoch in einem breiteren Spektrum von Auftraggebern bzw. Partnern im Gesundheitswesen.

Zu den Projekten des BQS-Instituts zählt etwa das Deutsche Aortenklappenregister als eine gemeinsame Initiative der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung (DGK). Das BQS-Institut wurde mit der Umsetzung als Registerstelle beauftragt. Weiterhin ist es mit der Betreuung des Portals „Qualitätskliniken.de" beauftragt worden. Das Portal soll Patienten und der Öffentlichkeit ermöglichen, sich über die Qualität und Struktur der Krankenhäuser in Deutschland zu informieren. Erstmals werden dabei die medizinische Versorgungsqualität, die Patientensicherheit, die Patientenzufriedenheit wie auch die Einweiserzufriedenheit bei der Bewertung der Krankenhäuser gemeinsam berücksichtigt (www.qualitaetskliniken.de). Ein weiteres Großprojekt für das BQS-Institut liegt im Aufbau und der Betreuung des langjährig geforderten Endoprothesenregisters. Dieses Endoprothesenregister ist nicht zu verwechseln mit dem unabhängig davon durch den G-BA an das AQUA-Institut erteilten Auftrag der Einführung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens für endoprothetische Verfahren. Ferner hat das BQS-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein Gutachten erstellt, das den nationalen und internationalen Sachstand im Bereich leistungsorientierter Vergütung (Pay for Performance – P4P) ermittelt.

Das BQS-Institut hält regelmäßig Zusammenkünfte seiner Gesellschafter ab. Im Berichtszeitraum tagte satzungsgemäß die Gesellschafterversammlung unter Teilnahme von Vertretern der Bundesärztekammer. Aus dem Vorstand der Bundesärztekammer sind für dieses Gremium Dr. Günther Jonitz, Berlin, Dr. Josef Mischo, Saarbrücken, und Prof. Dr. habil. Jan Schulze, Dresden benannt.

Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung (ZÄS)

Bezüglich der Anwendung ionisierender Strahlung im Bereich der Medizin gilt, dass insgesamt die Anwendung von ionisierender Strahlung einen hinreichenden Nutzen erbringen muss. Dabei muss das Gesamtpotenzial an diagnostischem oder therapeutischem Nutzen einschließlich des unmittelbaren Nutzens für den Einzelnen und des Nutzens für die Gesellschaft abgewogen werden gegenüber der von der Exposition verursachten Schädigung des Einzelnen, aber auch möglicherweise Schädigung Dritter, z. B. der Personen, die die Strahlung anwenden. Zu berücksichtigen sind die Wirksamkeit, der Nutzen und die Risiken verfügbarer alternativer Verfahren, die demselben Zweck dienen, jedoch mit keiner oder einer geringeren Exposition gegenüber ionisierender Strahlung verbunden sind. Diese Zielsetzungen sind in der Richtlinie 97/43 EURATOM des Rates der Europäischen Gemeinschaft vom 30. Juni 1997 über den Gesundheitsschutz von Personen gegen die Gefahren ionisierender Strahlung bei medizinischer Exposition verankert. Die Maßnahmen, diese Vorgaben auf europäischer Ebene in nationales Recht umzusetzen, sind in Deutschland in der Röntgenverordnung (RöV) konkretisiert.

In der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) ist jeweils verankert, dass auf Landesebene Ärztliche Stellen mit der Aufgabenstellung eingerichtet

werden, die Betreiber von Anlagen mit ionisierender Strahlung in regelmäßigen Abständen bezüglich der Einhaltung der Vorgaben der RöV beziehungsweise StrlSchV zu begutachten. Die Tätigkeit der Ärztlichen Stellen wird in einer Richtlinie präzisiert, die im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) erarbeitet wurde. Darin ist u. a. auch vorgesehen, dass sich die Ärztlichen Stellen regelmäßig in einem sogenannten zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen treffen, um im Sinne einer regelmäßigen Fortbildung über aktuelle Entwicklungen zu diskutieren. Besonders wichtig ist aber, dass unter Berücksichtigung der föderalen Zuständigkeiten die Aufgabenwahrnehmung der Ärztlichen Stellen dennoch in einer gewissen Einheitlichkeit erfolgt. Diesbezüglich ist von den Ärztlichen Stellen im Rahmen des ZÄS in sehr intensiven Beratungen ein Beurteilungskonzept verabschiedet worden, das bei der Tätigkeit der einzelnen Ärztlichen Stelle auf Landesebene nunmehr zugrunde gelegt wird. Dies führt zum einen dazu, dass wesentliche Unterlagen von allen Ärztlichen Stellen in gleichem Umfang angefordert werden, und zum anderen, dass die Bewertung nach einheitlichen Kriterien erfolgt.

In den Sitzungen im Mai und November 2012 beschäftige sich der ZÄS nicht nur mit der Weiterentwicklung und Umsetzung des Beurteilungskonzeptes, sondern auch mit aktuellen technischen Entwicklungen. Im Mai 2012 wurde auch das Sprechergremium des ZÄS mit folgendem Ergebnis neu gewählt:

- Dr. Johannes E. Nischelsky, Münster, Sprecher für den ZÄS
- PD Dr. Michael van Kampen, Frankfurt/Main, Sprecher Strahlentherapie
- Dr. Berthold Piotrowski, Hamm, Sprecher Nuklearmedizin
- Prof. Dr. Hans Hawighorst, Stuttgart, Sprecher Radiologie
- Dipl.-Ing. Carsten Richter, Cottbus, Sprecher Medizinphysik

Als Erfolg konnten der ZÄS und alle Ärztlichen Stellen verbuchen, dass bei der Herbstsitzung der Vertreter der Länderbehörde die Gelegenheit wahrnahm, dem ZÄS und den Ärztlichen Stellen insgesamt den Dank des Fachausschusses Strahlenschutz und des Länderausschusses Röntgenverordnung auszusprechen für die jahrelange überzeugende gutachterliche Tätigkeit der Ärztlichen Stellen und die erfolgreiche koordinierende Tätigkeit des ZÄS. Dies können Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung als Bestätigung für Ihre 1990 getroffene Entscheidung verbuchen, den Ländern die Wahrnehmung der Aufgaben von ärztlichen Stellen durch Kammern und KVen anzubieten und zugleich den ZÄS ins Leben zu rufen. Es ist dies auch die Bestätigung des Standpunktes der verfassten Ärzteschaft, dass Qualitätssicherung in die Hände der Berufsangehörigen gehört, wenn sie wirksam sein und längerfristig Bestand haben soll.

Normung in der Medizin

Nach einer Grundsatzdebatte über die wachsende Bedeutung von Normung im Gesundheitswesen im Vorstand der Bundesärztekammer in der Klausursitzung im Juli 2011 stand das Jahr 2012 im Zeichen der Entwicklung eines Frühwarnsystems zur Erkennung von Normungsaktivitäten, die schädliche Auswirkungen auf die ärztliche Berufsausübung oder die Kompetenzen der verfassten Ärzteschaft gemäß Heilberufe- und Kammergesetzen haben könnten. In der Grundsatzdebatte war deutlich geworden, dass Normung in der Medizin künftig nicht mehr im technischen Bereich oder bei Verfahrensdingen stehen bleibt, sondern auch in das Innere der ärztlichen Tätigkeit eindringen

wird. An aktuellen Beispielen konnte deutlich gemacht werden, dass es Überschneidungen und damit Doppelregelungen mit der Weiterbildung insbesondere bei Normungsprojekten gibt, die auch Anforderungen an persönliche Qualifikationen bestimmter Tätigkeitsbereiche regeln (besonders brisant ist das Projekt zur Ästhetischen Chirurgie). Des Weiteren wurde deutlich (und dies manifestiert sich durch einen mittlerweile vorliegenden Verordnungsentwurf der EU zum Thema Normung im Dienstleistungsbereich), dass insgesamt eine Offensive gestartet werden soll, nicht nur bei den klassischen technischen Disziplinen zu bleiben, sondern mit Normung auch in Tätigkeitsbereiche ärztlicher Berufsfelder einzudringen.

In einem Spitzengespräch Anfang Juli 2012 beim Deutschen Institut für Normung (DIN) wurden verschiedene Maßnahmen verabredet, Informationen miteinander auszutauschen, um von deutscher Seite bei internationalen, insbesondere europäischen Normungsprojekten rechtzeitig intervenieren zu können. Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil zwischenzeitlich eine europäische Verordnung in Kraft gesetzt wurde, die zu mehr Normungsprojekten im Bereich der Dienstleistungen führen soll. Die europäischen Gremien sind der Überzeugung, dass es im Bereich der Dienstleistungen zu wenig Normen gibt und damit die angebotenen Dienstleistungen grenzüberschreitend zu wenig vergleichbar seien. Dem soll durch ein Mehr an Normen Abhilfe geschaffen werden.

Problematisch bei diesen Überlegungen ist, dass in die durch internationale Übereinkommen abgesicherten Prozeduren der Entwicklung von Normen eingegriffen wird, insbesondere durch die Aufweichung des bestehenden Delegationsprinzips in der Normung: Bislang werden bei den nationalen Normungsorganisationen zu den Normungsvorhaben Spiegelgremien eingerichtet, um die Normungsvorhaben gebündelt über die nationale Normungsorganisation auf europäischer Ebene einzubringen. Parallelstrukturen durch europäische Gremien könnten hier zu einer Zerfaserung und Schwächung der Interesseneinbringungen – auch der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) – führen, weshalb auch das Deutsche Institut für Normung die Vorschläge kritisch sieht. Vor diesem Hintergrund muss sich die Ärzteschaft wappnen und stärker in Normungsprojekten konkret mitarbeiten. Um dies besser zu gewährleisten, wird die Bundesärztekammer künftig nicht nur im Normenausschuss Medizin, sondern auch im Normenausschuss Dienstleistungen beim DIN vertreten sein. Des Weiteren gibt es auf dem Gebiet der Normung eine enge Kooperation mit dem Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und auch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Zu dem aus Sicht der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern derzeit exemplarischen Normungsprojekt „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie/Schönheitschirurgie“ ist festzuhalten, dass im Berichtsjahr, nach massiver Intervention der Bundesärztekammer im nationalen Spiegelgremium beim DIN, Vertreter der Bundesärztekammer nunmehr auch im entsprechenden technischen Komitee des CEN 403 aktiv geworden sind und umfangreiche Einsprüche zu dem Normungsprojekt eingelegt haben. Das DIN setzt sich, den Standpunkt der Bundesärztekammer voll unterstützend, dafür ein, dass dieses Projekt noch zu Fall gebracht werden kann. Alternativ wird diskutiert, ob es zumindest herabgestuft werden kann auf das Niveau einer technischen Spezifikation. Der aktuelle Stand sieht erst einmal eine Prolongierung des Projektes in Form einer zweiten Beratungsrunde für das Jahr 2013 vor. Es bleibt allerdings zu befürchten, dass dieses Normungsprojekt, welches zu erheblichen Überschneidungen mit dem ärzt-

lichen Berufsrecht, speziell dem Weiterbildungsrecht, führt, doch noch realisiert wird. Dies wäre zwar zu bedauern; zugleich haben die Aktivitäten der Bundesärztekammer aber dazu geführt, dass nunmehr eine deutlich größere Sensibilität entstanden ist bezüglich der schädlichen Auswirkungen von Normen, mit denen die Gestaltungsfreiheit des ärztlichen Berufes in eigener gesetzlich abgesicherter Struktur in Gefahr ist. Dies ist auch von den ärztlichen Berufsverbänden und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften erkannt worden. In der Herbstsitzung der Akademie der Gebietsärzte wurde deshalb nach ausführlicher Befassung mit der Thematik folgende Resolution verabschiedet:

„Die in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte vertretenen ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unterstützen die Bundesärztekammer bei ihrer Ablehnung von Normungsaktivitäten der Europäischen Kommission bzw. der europäischen Normungsgremien, die in den Bereich der ärztlichen Berufsausübung durch die Festlegung von Berufs- und Weiterbildungspflichten eingreifen.

In den Fällen, in denen internationale Normungsgremien Normungsprojekte mit inhaltlichen Bezügen zu berufsrechtlichen Regelungen planen, sollte die Bundesärztekammer in Abstimmung mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften trotzdem in die entsprechenden DIN-Spiegelgremien Vertreter entsenden, um wenigstens den Inhalt solcher Normen im Sinne einer Schadensbegrenzung beeinflussen zu können."

Dies ist ganz im Sinne der bisherigen Aktivitäten der Bundesärztekammer und greift die Beschlusslage vom Deutschen Ärztetag 2012 auf, der eine Entschließung (DÄT-Drs. I-09) mit gleicher Zielrichtung verabschiedet hatte.

Vorsichtig positiv ist die Herausgabe der DIN EN 15224 „Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008" zu sehen, die im Herbst 2012 erfolgte. Diese Norm geht auf einen gleichlautenden technischen Standard zurück, der als Anleitung zur Anwendung der DIN EN ISO 9001:2000 formuliert worden war. Mit der spezifisch für das Gesundheitswesen formulierten Norm für Qualitätsmanagementsysteme wird die Hoffnung verbunden, dass sich die Vielfalt der normativen Grundlagen für die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen im Gesundheitswesen etwas bereinigen lässt. Ob sich diese Erwartungen erfüllen, wird die Zukunft zeigen. Die Bundesärztekammer hatte 2011 und 2012 im Nationalen Spiegelgremium beim DIN an der deutschen Fassung der DIN EN 15224 aktiv mitgewirkt und u. a. dafür Sorge getragen, dass auch medizinische/ärztliche Inhalte stärker Berücksichtigung bei der Etablierung von Qualitätsmanagementsystemen in Gesundheitseinrichtungen finden können.

Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG)

Um die Anforderungen der Richtlinien für Medizinprodukte der Europäischen Gemeinschaft umzusetzen, war es in der Bundesrepublik Deutschland mit den grundgesetzlich verankerten Zuständigkeiten der Bundesländer für das Gesundheitswesen notwendig, eine Einrichtung zu schaffen, die ein einheitliches Vorgehen bei der Überwachung von Medizinprodukten gewährleistet. Dazu wurde durch ein Abkommen der Bundesländer die ZLG gegründet. Für den Bereich der In-vitro-Diagnostika (IVD) wurde bei der ZLG

bereits im Jahre 1995 das Sektorkomitee „Medizinische Laboratorien“ mit der Zielsetzung eingerichtet, die Anforderungen an die freiwillige Akkreditierung von medizinischen Laboratorien zu vereinheitlichen. Von Anfang an wurde von der Bundesärztekammer deutlich gemacht, dass es in Deutschland keine Pflicht zur Akkreditierung medizinischer Routinelaboratorien geben muss, da es bewährte Verfahren zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gibt. Hierbei wurde insbesondere auf die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ verwiesen, deren Neukonzeption wesentliche Elemente eines der Akkreditierung hinterlegten Qualitätsmanagements bereits gesetzlich verpflichtend beinhaltet. Allerdings wurde zugestanden, dass für spezielle Laboratorien, insbesondere bei international angelegten Aktivitäten, die Akkreditierung ein Wettbewerbselement darstellen könnte. Insoweit wirkt die Bundesärztekammer in dem Sektorkomitee (vertreten durch Manfred Brüggemann) mit, um ein sachgerechtes und einheitliches Verfahren mit auf den Weg zu bringen. In mehrjähriger Arbeit ist ein Handbuch zum Qualitätsmanagement für medizinische Laboratorien erarbeitet worden, auf dessen Grundlage Qualitätsmanagement in medizinischen Laboratorien eingeführt und nach entsprechenden Audits eine Akkreditierung gegenüber medizinischen Laboratorien ausgesprochen wurde. Durch die Mitwirkung der Bundesärztekammer, aber auch einiger anderer Organisationen, wird ferner dafür Sorge getragen, dass die Qualitätssicherungsanforderungen gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) als eigenständiger Bereich erhalten bleibt und damit auch die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer.

Eine neue Situation ist durch die Verabschiedung des Akkreditierungsstellengesetzes (AkkStelleG) im Sommer 2009 entstanden. Dieses Gesetz ist die Umsetzung einer europäischen Verordnung und ordnet die rechtliche Stellung von Akkreditierungsstellen neu. Die bisher getrennt tätigen Einrichtungen wie das Deutsche Akkreditierungssystem Prüfwesen (DAP), die Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie (DACH), die Trägergemeinschaft für Akkreditierung (TGA), aber auch der Deutsche Kalibrierdienst (DKD), eine Ausgründung der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt, sind mittlerweile in der zentral zuständigen Stelle für die Akkreditierung in Deutschland, der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS), aufgegangen.

Die DAkkS ist nunmehr allein zuständig für die Akkreditierung medizinischer Laboratorien in der Routineversorgung von Patienten. Die ZLG bleibt weiterhin zuständig für die Anerkennung von Laboratorien, die gemäß Medizinproduktegesetz beim Inverkehrbringen von Medizinprodukten tätig werden. Damit die Anforderungen an Laboratorien, die in beiden Bereichen tätig sind, nicht auseinanderdriften, ist entschieden worden, das Sektorkomitee bei der ZLG nicht aufzulösen, sondern dort die Anforderungen an Laboratorien, die im gesetzlich geregelten Bereich tätig werden, festzulegen. Zugleich ist entschieden worden, dass bis auf weiteres die nunmehr zwei Sektorkomitees immer gleichzeitig tagen, um zu erreichen, dass keine unterschiedlichen Anforderungen für Akkreditierung einerseits und Anerkennung gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) andererseits formuliert werden.

Auf den Inhalt der Akkreditierung medizinischer Laboratorien wird die Neuordnung keine Auswirkung haben. Sie wird freiwillig bleiben und weiterhin nach den einschlägigen internationalen DIN-ISO-Normen durchgeführt werden. Dies ist die eindeutige Position auch der Bundesärztekammer, um zusätzliche Anforderungen an die Einrich-

tungen des Gesundheitswesens fernzuhalten. Zu künftigen Mitgestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Akkreditierung siehe auch nachfolgenden Beitrag zum Fachbeirat „Gesundheit/Forensik".

Fachbeirat 3 „Gesundheit/Forensik" beim Akkreditierungsbeirat (AKB)

Mit der europäischen Verordnung EG-VO 765/2008 wurden die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Voraussetzungen für eine einzige nationale Akkreditierungsstelle zu schaffen. Diese soll zuständig sein für die Akkreditierung von Konformitätsbewertungsstellen in den Bereichen Produkte, Prozesse, Dienstleistungen und Personen. Der Gesetzgeber in Deutschland ist dem durch die Verabschiedung des Gesetzes über die Akkreditierungsstelle (Akkreditierungsstellengesetz – AkkStelleG) vom 31. Juli 2009 gefolgt. Auf der Grundlage dieses Gesetzes nahm 2010 die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS) ihre Arbeit auf. Sie arbeitet nicht gewinnorientiert und nimmt auf Grund eines Beleihungsvertrages für die Bundesrepublik Deutschland die Aufgaben gemäß EG-Verordnung 765/2008 wie eine Behörde wahr. In ihr sind alle relevanten Organisationen aufgegangen, die bisher in Deutschland akkreditiert haben, wie die Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie (DACH), das Deutsche Akkreditierungssystem Prüfwesen (DAP), die Trägergemeinschaft für Akkreditierung (TGA) und der Deutsche Kalibrierdienst (DKD).

Wesentliches Verfahrensmoment ist die institutionelle Trennung der Anerkennung von z. B. Personenzertifizierern und Qualitätsmanagementzertifizierern durch die Akkreditierung von der Entwicklung der Grundlagen für die Akkreditierungsprozesse. Die Regeln, nach denen die DAkkS arbeitet, werden andernorts im Akkreditierungsbeirat (AKB) erstellt. Dieser hat seine Rechtsgrundlage im § 5 Abs. 1 AkkStelleG und ist beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) angesiedelt. Er hat die Aufgabe, die Bundesregierung und die DAkkS in Fragen der Akkreditierung zu beraten und zu unterstützen. Gemäß § 5 Abs. 2 AkkStelleG umfasst dies insbesondere die Erarbeitung allgemeiner oder sektoraler Regeln, die die Anforderungen an Konformitätsbewertungsstellen und die Anforderungen für Akkreditierungstätigkeiten konkretisieren.

Um diese Aufgaben besser erfüllen zu können, sind beim AKB mittlerweile sieben Fachbeiräte eingerichtet, die unter Hinzuziehung der betroffenen Kreise die inhaltliche Arbeit leisten und die Beschlüsse des AKB im Sinne der oben skizzierten Aufgabenstellung vorbereiten. Einer dieser Fachbeiräte ist derjenige für Gesundheit/Forensik, in welchem auch die Bundesärztekammer Mitglied ist. Vertreten wird die Bundesärztekammer durch Manfred Brüggemann.

Einige Themen, die in den Zuständigkeitsbereich des Fachbereichs Gesundheit/Forensik fallen, sind:

- Aktive implantierbare medizinische Geräte
- Gendiagnostik
- Hygiene
- Laboratoriumsdiagnostik
- Reproduktionsmedizin
- Arbeitsmedizin
- Pathologie
- Kriminaltechnik

In den Sitzungen des Fachbeirats Gesundheit/Forensik waren zunächst eine Reihe von Regularien zu erledigen und ein Arbeitsplan zu konsentieren. Im Berichtsjahr sind eine Reihe bereits existierender Dokumente für Akkreditierungsverfahren nach entsprechenden Beratungen – zum Teil auch im Umlaufverfahren – in die neuen Strukturen überführt worden.

Deutsches IVF-Register (DIR)

Für die Qualitätssicherung der Reproduktionsmedizin in Deutschland kommt der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer eine besondere Bedeutung zu. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur künstlichen Befruchtung verweist auf die BÄK-Richtlinie, in dem sie die an der Versorgung beteiligten Reproduktionsmediziner verpflichtet, an den „bestehenden berufsrechtlichen Maßnahmen der Ärztekammern zur Qualitätssicherung" teilzunehmen. Die BÄK-Richtlinie wiederum fordert die reproduktionsmedizinische Zentren zur Teilnahme am Deutschen IVF-Register e. V. (DIR) auf. Das DIR widmet sich seit 1982 der Förderung der Reproduktionsmedizin durch eine umfangreiche Datenerhebung von In-vitro-Fertilisationen (IVF) und intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI) einschließlich der Kryokonservierungen in den ca. 125 reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland. Seit 2011 wird in den Jahrbüchern des DIR von über einer Million reproduktionsmedizinischer Behandlungszyklen berichtet.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hatte langjährig die Servicefunktion der Datensammlung und -auswertung für das DIR inne. Auch die Geschäftsstelle des DIR war hier angesiedelt. Die übrigen Ärztekammern erhielten ihrerseits von der Ärztekammer Schleswig-Holstein Auszüge des DIR zu den reproduktionsmedizinischen Zentren in ihrem Verantwortungsbereich. Im Zusammenspiel zwischen den Ärztekammern und dem DIR stellte die Rechtsformänderung des DIR zu einem eingetragenen Verein im Jahre 2009 einen Einschnitt dar. Zum einen wurden die bis dahin bestehenden bilateralen Verträge der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit den beteiligten Partnern (Träger des DIR, Zentren, Ärztekammern) hinfällig. Zum anderen sahen sich die Ärztekammern mit einer eingeschränkten Mitgestaltungsmöglichkeit bei der Qualitätssicherungsfunktion des DIR konfrontiert.

Die Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Ärztekammern richtete daher eine Arbeitsgruppe ein, um ein Konzept zu erarbeiten, wie die Ärztekammern ihre Funktion der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin zukünftig selbstständig wahrnehmen können. Die Arbeitsgruppe ist mit Vertretern der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer sowie mit reproduktionsmedizinischen Fachexperten aus den Zentren besetzt. Die Zusammenarbeit zwischen Ärztekammern und DIR erwies sich auf Arbeitsgruppenebene als sehr konstruktiv: Seit November 2011 hat eine Unter-AG elfmal getagt. Gemeinsam wurde ein Indikatorenset erarbeitet, in dem verschiedene Aspekte der Indikationsstellung, der Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Dokumentationsqualität in der Reproduktionsmedizin abgebildet werden können. Mit dem Ziel, keine zusätzliche QS-Dokumentation für die Zentren zu schaffen, soll als Basis zur Berechnung dieser Indikatoren ein Kerndatensatz als Auszug aus dem aktuellen Datensatz des DIR verwendet werden. Als technische Lösung der Datenverteilung an DIR bzw. Ärztekammern ist eine sogenannte Intermediärserverlösung angedacht. Diese

Lösung sowie der zukünftige Datensatz sollen gemeinsam durch Ärztekammern und DIR betreut werden.

Die Arbeitsgruppe erarbeitet gegenwärtig ein Konzept, wie man seitens der Ärztekammern mit den Zentren auf Basis der Qualitätssicherungsergebnisse (Zentrenbenchmarks) in einem Qualitätsdialog eintreten kann bzw. wie man einen bereits bestehenden Dialog verbessern kann. Detailfragen der zukünftigen Zusammenarbeit zwischen Ärztekammern und DIR sind im Jahre 2013 zu klären. Nach Überzeugung der Arbeitsgruppe handelt es sich um ein Projekt mit anderer strategischer Bedeutung für die Ärztekammern. Diese können verdeutlichen, dass sie in der Lage sind, einheitlich – über Ärztekammergrenzen hinweg – ein datengestütztes QS-Verfahren durchzuführen, ohne dass für die Zentren dadurch ein zusätzlicher Erfassungsaufwand entsteht.

Datenbank „Freiwillige Ärztliche Qualitätssicherungsinitiativen" (ÄQSI)

In der medizinischen Versorgung in Deutschland sind in zahlreichen gesetzlichen Regelungen Qualitätssicherungsmaßnahmen verbindlich für alle Beteiligten geregelt. Qualitätssicherung in der Medizin sollte aber nicht als Erfindung des Gesetzgebers angesehen werden. Vielmehr besteht eine langjährige Tradition von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Ärztekammern und anderen Organisationen, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu wichtigen Aspekten der Versorgungsqualität in eigener Regie durchzuführen. Sind Ärzte von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer solchen Qualitätssicherungsmaßnahme überzeugt, so beteiligen sie sich auch freiwillig daran, d. h. auch ohne gesetzlichen Zwang.

Eine zentrale Anlaufstelle, die einen Überblick über Qualitätssicherungsinitiativen dieser Art ermöglicht hätte, stand bis jetzt aber nicht zur Verfügung. Die Bundesärztekammer hat daher das Projekt ÄQSI (Ärztliche Qualitätssicherungsinitiativen) aufgesetzt. In Abgrenzung zu anderen Projekten, Fortbildungsmaßnahmen, wissenschaftlichen Studien etc. soll eine freiwillige Ärztliche Qualitätssicherungsinitiative (ÄQSI) wie folgt definiert werden: „Freiwillige ärztliche Initiative zur systematischen und regelmäßigen bzw. kontinuierlichen Erfassung und Darlegung der ärztlichen Behandlungsqualität bei Patienten in Deutschland. Ziel der Initiative ist die Verbesserung der Behandlungsqualität." Dazu hat das BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit im Auftrag der Bundesärztekammer unter den einschlägigen Gesundheitsorganisationen in Deutschland eine Umfrage durchgeführt. Als Ergebnis wurde unter der Internetadresse http://www.aeqsi.de eine Datenbank eingerichtet.

Diese Datenbank gibt eine Übersicht über Qualitätssicherungsprojekte und -initiativen in Deutschland, die sich nicht auf gesetzlichen Regelungen gründen, sondern freiwillig sind und unter maßgeblicher Beteiligung der Ärzteschaft entstanden. Sie bietet Ärzten, die an der Teilnahme an einer Qualitätssicherungsinitiative in ihrem Fachbereich interessiert sind, eine anwenderfreundliche Recherchemöglichkeit. Zugleich ermöglicht sie den Anbietern der Initiativen, deren Bekanntheitsgrad zu steigern

In die Datenbank gingen bis zum Ende 2012 Informationen zu über 300 Initiativen mit einem thematisch sehr weiten Spektrum ein. 149 Initiativen waren davon ÄQSI im engeren Sinne. Die Datenbank soll durch die Bundesärztekammer betreut und laufend aktualisiert werden. Anregungen oder Vorschläge zur Aufnahme weiterer Initiativen und Projekte sind willkommen.

4.5 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

4.5.1 Zielstellungen und Arbeitsschwerpunkte des Jahres 2012

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist ein gemeinsames, 1995 gegründetes Institut von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) mit Sitz in Berlin. Zweck des ÄZQ ist – laut Gründungsvertrag – die Beratung und Unterstützung der Trägerorganisationen bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Dabei kooperiert das ÄZQ mit in- und ausländischen Partnern.

Die Aufgabenschwerpunkte des ÄZQ betrafen im Jahr 2012 folgende Bereiche:

- Businessplan des ÄZQ
  - Entwicklung und Gremiendiskussion des Businessplans „Weiterentwicklung des ÄZQ 2013 – 2020“
- Leitlinien und Evidenzbasierte Medizin
  - Entwicklung und Pflege von Leitlinien im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
  - Unterstützung der Leitlinienentwicklung für ausgewählte Fachgesellschaften (Evidenzanalyse und Leitlinienkoordination)
  - Entwicklung leitliniengestützter Qualitätsindikatoren
  - Leitlinienbewertung im Rahmen der elektronischen Arztbibliothek
  - Entwicklung/Pflege der internationalen Leitlinien-Datenbank des Guidelines International Network (G-I-N)
  - Durchführung des 9. Jahreskongresses des Guidelines International Network in Berlin als gemeinsames Projekt von G-I-N, ÄZQ und der AWMF
- Patientenbeteiligung/Patienteninformation
  - Koordination der Patientenbeteiligung an der Leitlinienentwicklung (Rekrutierung, Schulung und Begleitung von Patientenvertretern)
  - Entwicklung von Patientenleitlinien und Gesundheitsinformationen (KIP) nach den Vorgaben der evidenzbasierten Medizin
  - Bewertung und Bereitstellung verlässlicher Patienteninformationen (www.patienten-information.de)
  - Bewertung von Arztbewertungsportalen
  - Empowerment – Entwicklung und Aktualisierung von Checklisten zu Gesundheitssysteminformationen (IGeL-Ratgeber, Checkliste „Gute Arztpraxis“)
  - Methodik: Weiterentwicklung methodischer Ansätze und Qualitätskriterien zur Patientenbeteiligung
- Förderung der Patientensicherheit
  - CIRSmedical-Netzwerk der Ärzteschaft
  - Beteiligung in den Arbeitsgruppen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)
  - Entwicklung und Evaluation von Instrumenten zur Steigerung der Patientensicherheit

  - Deutsches Koordinationszentrum des internationalen Projekts „High 5s“ gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit
  - Deutsches Koordinationszentrum des EU-Projekts „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)“ im Rahmen des Joint Action Programs
- Medizinisches Wissensmanagement
  - Elektronische Arztbibliothek der Ärzteschaft (www.arztbibliothek.de)
  - Informationsdienste zu den Arbeitsgebieten des ÄZQ: ZEFQ, Internetportale, Web 2.0

4.5.2 Businessplan „Weiterentwicklung des ÄZQ 2013 – 2020“

Verwaltungsrat und Planungsgruppe beschlossen im Herbst 2011 die Entwicklung eines Businessplans zur Weiterentwicklung des ÄZQ durch die Institutsleitung, und zwar unter Berücksichtigung der Dokumentation „Strategie ÄZQ 2020 – Bestandsaufnahme zur Arbeit und zur Organisation des ÄZQ sowie Vorschläge zur inhaltlichen und organisatorischen Weiterentwicklung“ (siehe Tätigkeitsbericht 2011). Dargestellt werden sollten Vorstellungen zu Projektplanungen für bisherige und mögliche neue Themenbereiche sowie Überlegungen zur institutionellen Weiterentwicklung des ÄZQ.

Zu diesem Zweck wurde bei Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen mittels strukturierter schriftlicher Befragung und Einzel-/Gruppeninterviews eine Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung des ÄZQ durchgeführt. Die von den Teilnehmern als für die künftige Ausrichtung des ÄZQ sehr relevant bzw. relevant angesehenen Arbeitsfelder betreffen Bereiche, in denen das Institut in den vergangenen Jahren vorrangig aktiv war (Leitlinien, Patienteninformation, Evidenzbewertung, Patientensicherheit) oder verstärkt tätig werden sollte (Wissenstransfer, Nutzenbewertung, Öffentlichkeitsarbeit, Gremienberatung). Die Befragungsergebnisse entsprachen vollständig den Vorschlägen zur inhaltlichen Weiterentwicklung des ÄZQ, die der Planungsgruppe und dem Verwaltungsrat in der „Bestandsaufnahme Strategie 2020“ unterbreitet worden waren.

Auf dieser Grundlage beschloss der Verwaltungsrat im November 2012 folgende Themenbereiche als künftige Arbeitsschwerpunkte des ÄZQ:

- Wissensmanagement und Wissenstransfer
- Leitlinienproduktion, Leitlinien-Clearing, Leitlinienimplementierung
- Patienteninformation
- Evidenzanalysen
- Qualitätsförderung und Patientensicherheit

Außerdem soll der 1997 zwischen Bundesärztekammer und KBV vereinbarte Gesellschaftervertrag des ÄZQ inhaltlich an die aktuellen Aufgabenstellungen angepasst werden. Die Diskussion über entsprechende Vorschläge der Rechtsabteilungen beider Häuser wird im Frühjahr 2013 erfolgen.

4.5.3 Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien

Das ÄZQ befasst sich seit 1995 mit Fragen der evidenzbasierten Medizin, Leitlinienerstellung und Evidenzbewertung mit dem Ziel der Bereitstellung qualitativ hochwertiger Informationsgrundlagen für deutsche Fachgesellschaften und die Ärzteschaft. Das Institut führte zwischen 1999 und 2005 das Leitlinien-Clearingverfahren durch; die Träger waren die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherung und privaten Krankenkassen. Neben der Orientierung an internationalen Grundsätzen der Leitlinienentwicklung, die vom ÄZQ mitgestaltet wurden, haben die im Rahmen des Leitlinien-Clearingverfahrens gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen die Methodik der Entwicklung Nationaler VersorgungsLeitlinien wesentlich beeinflusst. Seit 2003 werden in gemeinsamer Trägerschaft der Bundesärztekammer, der KBV sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) zu prioritären gesundheitlichen Problemen entwickelt.

Die Weiterentwicklung der Methodik der evidenzbasierten Medizin (EbM) stellt einen weiteren Kernprozess dar. Dieser wird inhaltlich in nationalen und internationalen Partnerschaften ausgeformt und fortentwickelt. Erzeugnisse des ÄZQ spiegeln sich zunehmend auch in nationalen und internationalen Projekten wider, so zum Beispiel im Guidelines International Network (G-I-N), im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) und in den auf (Nationalen Versorgungs-)Leitlinien-Empfehlungen basierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und vormals des Bundesversicherungsamtes zu den Disease-Management-Programmen.

Die sowohl im Rahmen des Clearingverfahrens für Leitlinien von 1999 bis 2004 als auch im Zuge der Entwicklung der Nationalen VersorgungsLeitlinien seit 2002 erlangte Expertise findet in der Erstellung von S3-Leitlinien Anwendung. Das aus dem NVL-Programm gewonnene Expertenwissen bezüglich der evidenzgestützten Erstellung von Diagnostik- und Therapiealgorithmen wird seit 2012 in den Planungen zu klinischen Behandlungspfaden umgesetzt. Hiermit wird der Versuch unternommen, das Leitlinienwissen in die praktische Versorgung zu integrieren. Ein weiterer Schwerpunkt des ÄZQ in Zusammenarbeit mit seinen Trägern, den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen liegt in der Entwicklung unmittelbar versorgungsrelevanter Instrumente zur Organisation des intersektoralen Schnittstellenmanagements.

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer, KBV und der AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin mit Hilfe evidenzbasierter, versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien. Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) sind insbesondere inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrierten Versorgung und können auf diese Weise die Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag sichern. Die Empfehlungen sollen den interdisziplinären Konsens aller an einem Versorgungsproblem beteiligten Berufsgruppen auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz wiedergeben.

Im Berichtszeitraum wurden folgende Projekte bearbeitet:

NVL Asthma, 2. Auflage
Im Berichtsjahr wurde die zweite Auflage des Leitlinienreports zur NVL Asthma veröffentlicht.

NVL COPD, 2. Auflage
Im vierten Quartal 2012 fand die Auftaktsitzung zur Aktualisierung der ersten Auflage der NVL Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) statt. Im Vorfeld erfolgten vorbereitende Arbeiten mittels einer Leitlinienrecherche zur Auswahl potenzieller Quell-Leitlinien für die Leitlinienadaptation mittels einer Expertenabfrage bezüglich des Überarbeitungsbedarfs und bezüglich einer möglichen Themenpriorisierung.

NVL Typ-2-Diabetes
Die zweite Auflage der NVL Typ-2-Diabetes wird in modularer Form mit separaten NVL-Modulen für definierte Schwerpunktthemen entwickelt. In den einzelnen NVL-Modulen werden praxisrelevante Empfehlungen zu Prävention, Diagnostik und Therapie sowie zur Versorgungskoordination bei Diabetes und dessen Folgekomplikationen themenspezifisch aufbereitet. Im Berichtszeitraum wurden für die NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter" die Kurzfassung, die Kitteltaschenversion, eine Zusammenfassung der Empfehlungen im Deutschen Ärzteblatt (Dtsch Arztebl PP 2012[2]: 91-95; Dtsch Arztebl 2012; 109[4]: A-166-169 [27.01.2012]) und der Leitlinienreport veröffentlicht sowie an den NVL „Strukturierte Schulungsprogramme" und „Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes" gearbeitet. Im Dezember 2012 wurde die Langfassung der NVL Strukturierte Schulungsprogramme veröffentlicht.

NVL Chronische KHK, 2. Auflage
Die erste Auflage der NVL Chronische Koronare Herzkrankheit wurde im Mai 2006 verabschiedet. Für die zweite Auflage wurde beschlossen, die einzelnen aktualisierten Kapitel als eigenständige Module zu bearbeiten und zu veröffentlichen. Im Berichtsjahr erfolgte die Bildung einer Arbeitsgruppe für das Modul „Diagnostik bei KHK" mit anschließendem Beginn der parallelen Arbeiten an diesem Thema. Für das im Dezember 2011 verabschiedete Modul „Medikamentöse Therapie" erschien im Deutschen Ärzteblatt im ersten Quartal 2012 eine Zusammenfassung der Empfehlungen (Dtsch Arztebl 2012; 109[17]: A-881-884). Im zweiten Quartal 2012 wurde der Leitlinienreport zu diesem Modul veröffentlicht. Mit der Überarbeitung des Moduls „Revaskularisation" wurde im Oktober 2010 begonnen. Zusätzlich zu den bisherigen Themen der ersten Auflage wurden Empfehlungen zum Vorgehen bei Patienten mit Komorbiditäten wie Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz erarbeitet. Darüber hinaus wurde ein zusätzliches Kapitel zu medikamentefreisetzenden Stents (Drug-Eluting Stents – DES) versus unbeschichtete Stents (Bare Metal Stents BMS) erstellt. Auf Grund der inhaltlich engen Verknüpfung des Moduls zur Revaskularisation mit den Modulen zur Risikostratifizierung sowie zur allgemeinen und speziellen Diagnostik wurden diese Module im Jahr 2012 parallel bearbeitet.

NVL Kreuzschmerz
Im ersten Quartal 2012 wurden die Evidenztabellen für die NVL Kreuzschmerz in einheitlichem Format veröffentlicht. Aufgrund einer starken Negativempfehlung für ein Arzneimittel in der NVL Kreuzschmerz wurden die Träger des NVL-Programms Bundesärztekammer, KBV und AWMF von einem pharmazeutischen Unternehmen im Jahr 2011 beklagt. Vorgeworfen wurden insbesondere mangelhafte Sorgfaltspflicht (Objektivität, Neutralität, Sachkunde), Unzulässigkeit der Empfehlung mit falscher Tatsachengrundlage und wettbewerbsrechtliche Benachteiligung. Das Landgericht Köln hat am 30.11.2011 die Klage zurückgewiesen (Landgericht Köln, Az 28 O 523/11), ebenso entschied das Oberlandesgericht (OLG) Köln mit seinem Urteil vom 06.11.2012 in zweiter Instanz (OLG Köln, Az.: 15 U 221/11). Die Revision zum Bundesgerichtshof hat das OLG nicht zugelassen. Die Begründungen bescheinigen, dass es sich bei den kritisierten Leitlinieninhalten nicht um Tatsachenbehauptungen, sondern um Bewertungen und Meinungsäußerungen handelt, die nach Artikel 5, Abs. 1 und 3 des Grundgesetzes geschützt sind. NVL und andere medizinische Leitlinien entziehen sich auch wegen ihrer wissenschaftlichen Zielsetzungen einer wettbewerbsrechtlichen Beurteilung und sind daher in dieser Hinsicht bis zu einem bestimmten Rahmen nicht justiziabel. Die Justiz hat damit die Freiheit von medizinischer Wissenschaft und Forschung und den ungehinderten wissenschaftlichen Diskurs unter den Beteiligten bekräftigt (mehr Informationen unter http://www.egms.de/static/de/journals/awmf/2012-9/awmf000273.shtml).

Methodenreport, 4. Auflage
Im August 2012 ist der allgemeine Methodenreport zum NVL-Programm in englischer Sprache veröffentlicht worden.

Die Expertenkreise der in diesem Kapitel beschriebenen Nationalen VersorgungsLeitlinien sind im Kapitel 13.4.2, S. 588ff., aufgeführt. Alle erschienen NVL sind unter www.versorgungsleitlinien.de einsehbar.

Implementierungsprojekte
Die kostenträchtige Entwicklung nationaler Leitlinien ist nur dann sinnvoll, wenn sie konsequent in Fortbildungs- und Qualitätsmanagementprogramme integriert werden. Zu diesem Zweck wurden im Berichtszeitraum folgende Projekte initiiert bzw. fortgeführt:

- NVL-basierte CME (Zeitschrift für Allgemeinmedizin der DEGAM)
- Integration von NVL in QEP®-Programm für die KBV
- NVL-basierte DMP-Schulung Diabetes für die KV Nordrhein und das ZI, Berlin
- Druckversion und Erstellung einer App der Kurzfassung, Kitteltaschenversion und Patientenleitlinie der NVL in Kooperation mit dem Börm Bruckmeier Verlag

Leitlinienprojekte/Evidenzberichte/Qualitätsindikatoren/EbM-Methodik

Neben allgemeinen Leitlinienprojekten begleitet das ÄZQ methodisch die Erstellung von S3-Leitlinien, erstellt im Auftrag von Fachgesellschaften Evidenztabellen und Evidenzberichte und generiert Qualitätsindikatoren aus starken Empfehlungen von S3-Leitlinien. Evidenzberichte beinhalten die Analyse und Bewertung der vorhandenen externen Evidenz zu einer definierten Fragestellung. Dies schließt das Durchführen einer

systematischen Literaturrecherche, die Auswahl der einzuschließenden Literatur anhand prospektiv definierter Kriterien und die Bewertung der methodischen Qualität und Sicherheit der abzuleitenden Aussagen ein.

Das ÄZQ war im Berichtsjahr im Auftrag von folgenden Fachgesellschaften tätig:

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG): Überarbeitung der S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas mit den Themengebieten

- Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas
- Gesundheitsproblem Adipositas
- Empfehlungen zur Prävention der Adipositas
- Therapie von Übergewicht und Adipositas mit den Therapieformen: Basisprogramm, Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie, Gewichtsreduktionsprogramme
- Adjuvante medikamentöse Therapie
- Chirurgische Therapie
- Langfristige Gewichtsstabilisierung
- Versorgungsaspekte

Deutsche Gesellschaft für Neuropädiatrie: Evidenzbericht für die S3-Leitliniengruppe zur Diagnostik des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) mit Recherchen zu den Themengebieten

- Pränatale Alkoholerfassung/Screeningtools
- Postnatales Screening und Diagnosestellung des FAS
- Spezifische Kriterien des FAS
- Wachstumsauffälligkeiten
- faziale Auffälligkeiten
- Alkoholkonsum der Mutter
- ZNS-Auffälligkeiten – funktionell
- ZNS-Auffälligkeiten – strukturell

Das ÄZQ realisiert seit mehreren Jahren Projekte im Auftrag des onkologischen Leitlinienprogramms von AWMF, Deutscher Krebsgesellschaft und Deutscher Krebshilfe. Im Berichtsjahr wurden folgende Themen bearbeitet:

- Evidenzbericht für die S3-Leitlinie zum Ösophaguskarzinom der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Zweite modulare Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Evidenzbericht zur Strahlentherapie des Pankreaskarzinoms für die S3-Leitlinie Pankreaskarzinom der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Qualitätsindikatoren für die S3-Leitlinie Mundhöhlenkarzinom der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
- Qualitätsindikatoren für die S3-Leitlinie Morbus Hodgkin der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
- Qualitätsindikatoren für die S3-Leitlinie Psychoonkologie der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO).

Eine ausführliche Beschreibung der Leitlinienprojekte enthält der Tätigkeitsbericht des ÄZQ unter www.aezq.de/aezq/publikationen/azq_taetigkeitsberichte.

Guidelines International Network

Das internationale Leitliniennetzwerk Guidelines International Network (G-I-N) wurde 2002 auf Initiative des ÄZQ gegründet. Es handelt sich dabei um einen Zusammenschluss von Organisationen, welche weltweit in den Prozess der Leitlinienentwicklung und -implementierung involviert sind. Ziele dieses Netzwerks sind die Optimierung der Entwicklung und Nutzung medizinischer Leitlinien, die Einsparung von Ressourcen bei der Leitlinienentwicklung sowie die systematische Analyse der Effekte von Leitlinien im Gesundheitssystem. Zu diesem Zweck verpflichten sich die Mitglieder von G-I-N zum gegenseitigen Austausch aller für die Leitlinienerstellung notwendigen Hintergrundinformationen.

Im Mittelpunkt der Kooperation zwischen ÄZQ und G-I-N stand der 9. Jahreskongress des Guidelines International Network (G-I-N) unter dem Motto „Global Evidence – International Diversity" vom 22. bis 25. August 2012 in Berlin. Ausgerichtet wurde er vom ÄZQ in Kooperation mit der AWMF. Der Leiter des ÄZQ wirkte – gemeinsam mit dem Vorsitzenden des G-I-N – als Kongresspräsident. Die Organisatoren verzeichneten einen Besucherrekord und den bislang erfolgreichsten G-I-N-Kongress. Im Rahmen der Veranstaltung wurde auch das zehnjährige Bestehen von G-I-N gefeiert.

Weitere Informationen zur Arbeit des Netzwerks finden sich in dessen Jahresbericht 2012 sowie in regelmäßigen Beiträgen in dem deutschsprachigen G-I-N-Organ ZEFQ (http://www.elsevier.de/fachgebiete-produkte/produktbereiche/journals/zeitschrift-fuer-evidenz-fortbildung-und-qualitaet-im-gesundheitswesen/informationen-zur-zeitschrift/).

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)

Seit Oktober 2000 ist am ÄZQ die Geschäftsstelle des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) angesiedelt. Das DNEbM wurde 1998 in Berlin gegründet und ist seit 2004 Mitglied der AWMF. 2011 gehören dem DNEbM 844 Mitglieder aus allen Bereichen des Gesundheitswesens an. Ziele der Organisation sind die Weiterentwicklung von Konzepten, Theorien und Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM) im deutschsprachigen Raum, die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung in EbM und Verbreitung evidenzbasierter Quellen.

Unter dem Motto „Komplexe Interventionen – Entwicklung durch Austausch" fand im März 2012 die 13. Jahrestagung des DNEbM an der Universität Hamburg statt, deren Organisation maßgeblich von der Geschäftsstelle unterstützt wurde. Neben dem Hauptthema gab es zwei weitere Schwerpunktthemen: Patientenpartizipation und Ausbildung in evidenzbasierter Medizin.

Mitglieder des DNEbM haben an der aktualisierten Fassung des IGeL-Ratgebers „Selbst zahlen" von Bundesärztekammer und KBV – koordiniert vom ÄZQ – mitgewirkt. Ein weiteres wichtiges Projekt 2012 war das Update der „Pharmaziebibliothek", einer Linksammlung, die Zugang zu Datenbanken, Journalen, Tutorials und anderen Informationen mit Relevanz für die evidenzbasierte Pharmazie bietet. Im zweiten Halbjahr 2012 begannen zudem die Vorbereitungen für die 14. Jahrestagung mit dem Thema „Entscheiden trotz Unsicherheit", die 2013 in Berlin stattfinden wird.

Fortbildungsveranstaltungen zu EbM und Leitlinien im Rahmen der QM-Ausbildung einiger Landesärztekammern und der QZ-Tutoren-Ausbildung der KBV

Seit mehreren Jahren unterstützt das ÄZQ sowohl die Bundesärztekammer als auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen unterschiedlicher Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte. 2012 wurden für die Ärztekammern Berlin und Niedersachsen Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien durchgeführt. Bei der Ausbildung von Qualitätszirkeltutoren durch die KBV im Rahmen mehrtägiger Veranstaltungen hat das ÄZQ Workshops zu den Themen Evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Patienteninformation durchgeführt. 2012 wurde für die Neuauflage des „Handbuchs Qualitätszirkel" der KBV die Dramaturgie „Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin" aktualisiert.

4.5.4 Patienteninformation und Patientenbeteiligung

Seit 1999 engagiert sich das ÄZQ unmittelbar für die Informationsbelange von Patienten und sichert deren Beteiligung am medizinischen Wissenstransfer. Dabei fußt die Arbeit auf vier Säulen:

1. Entwicklung eigener Patienteninformationen (Patientenleitlinien und Kurzinformationen für Patienten) zu hochwertigen ärztlichen Leitlinien – insbesondere auch zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL)
2. Bereitstellung qualitativ hochwertiger und qualitätsbewerteter Gesundheitsinformationen über das Patientenportal der ärztlichen Selbstverwaltung www.patienten-information.de
3. „Empowerment": Definition und Operationalisierung von Qualitätskriterien in der Gesundheitssysteminformation („Gute Arztpraxis", Individuelle Gesundheitsleistungen, Arztbewertungsportale)
4. Methodenentwicklung für Patienteninformation und -beteiligung

Von zentraler Bedeutung für echte Patientenorientierung und Erfolg dieser Projekte war und ist die Partnerschaft zwischen ÄZQ und den im Patientenforum bei der Bundesärztekammer kooperierenden Dachorganisationen der Selbsthilfe in Deutschland. Dies wurde im In- und Ausland mit Interesse und als Vorbild wahrgenommen. Dementsprechend fließen Arbeitsergebnisse des ÄZQ in nationale und internationale Projekte ein, wie etwa in die konsumentenbezogenen Arbeit des Guidelines International Network (G-I-N) und des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).

Gemeinsames Patientenportal der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften

Das gemeinsame Patientenportal der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften www.patienten-information.de bietet Zugang zu allen an Patienten gerichtete Angeboten von Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zu qualitätsgeprüften Behandlungsinformationen verlässlicher Anbieter, wie zum Beispiel Fachgesellschaften und medizinische Kompetenznetze und -zentren.

Patienteninformationen zu Behandlungsalternativen werden einem formalen Qualitätsprüfungsverfahren unterzogen. Auswahl und Bewertung der Patienteninformationen

sowie die Organisation des Portals erfolgen durch qualifiziertes Personal des ÄZQ mit fachlicher ehrenamtlicher Unterstützung durch das Patientenforum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV).

Bestandteile von www.patienten-information.de sind:

- Informationen: Datenbank qualitätsgeprüfter Behandlungsinformationen, Arzt- und Kliniksuche, Anlaufstellen der Patientenberatung und Selbsthilfe, Adressen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden
- Service: Newsmeldungen, Downloadforen
- Kommunikation: Kontaktformular für Patientenanfragen, Nutzerumfragen

Das Portal wird seit 2011 gemeinsam mit dem Wissensportal für Ärzte www.arztbibliothek.de in einer gemeinsamen Mediendatenbank geführt und auf Basis eines zentralen Schlagwortsystems verwaltet. Derzeit sind qualitätsbewertete Patienteninformationen zu rund 80 Prozent der Leitlinien aus der Arztbibliothek vorhanden.

Patientenbeteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

Die im Rahmen des Clearingverfahrens für Patienteninformationen gewonnenen Erfahrungen fließen seit 2006 in die Erstellung von Patientenleitlinien zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) ein. Die Patientenorientierung ist zu einem festen Bestandteil des NVL-Programms geworden. Zu allen NVL werden regelhaft nach einer vorgegebenen Methodik Patientenleitlinien erstellt, welche die Inhalte der NVL in einer laienverständlichen Form präsentieren. Die Methodik folgt den Anforderungen der „Guten Praxis Gesundheitsinformation" des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Im Berichtsjahr wurde die PatientenLeitlinie „Nierenerkrankung bei Diabetes" bearbeitet. Die Veröffentlichung der Finalversion dieser PatientenLeitlinie erfolgte im Dezember 2012.

Patientenleitlinien zu S3-Leitlinien

Neben den PatientenLeitlinien zu den NVL erstellt das ÄZQ im Auftrag von wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften Patienten- und Gesundheitsinformationen auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien (S3-Leitlinien). Die Erstellung folgt der Methodik der Vorgehensweise bei NVL-basierten PatientenLeitlinien.

Alle im Berichtszeitraum bearbeiteten Patientenleitlinien sind Bestandteil des Leitlinienprogramms Onkologie, das von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und der AWMF getragen wird:

- Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie Magenkarzinom
- Patientenleitlinie Hodgkin-Lymphom
- Patientenleitlinie Mundhöhlenkarzinom

Kurzinformationen für Patienten

Im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ab 2012 auch im Auftrag der Bundesärztekammer entwickelt das ÄZQ zu wichtigen Krankheitsbildern kompakte Kurzinformationen für Patienten (KiP). In leicht verständlicher Sprache vermitteln diese wichtige Empfehlungen zu Behandlung und Umgang mit einer Erkrankung. Ziel ist es,

durch diese verlässlichen Informationen den Therapieprozess und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu unterstützen. Grundlage der KiP sind in der Regel die breit konsentierten PatientenLeitlinien des NVL-Programms bzw. des Onkologischen Leitlinienprogramms von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und der AWMF. In Ausnahmefällen, wenn zu einem Thema keine Patientenleitlinie vorliegt, beruhen die Informationen auf aktuellen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen – Recherchestrategien und Quellen werden dann mit dem Dokument veröffentlicht.

Alle KiPs werden nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin entweder auf Grundlage einer Patientenleitlinie oder nach einer eigenen Evidenzrecherche und -bewertung erstellt. Sie werden vor der Veröffentlichung regelhaft von einem Fachexperten und einem Patientenvertreter geprüft (Methodik: siehe http://www.arztbibliothek.de/mdb/downloads/kip/aezq-kip-patienten-methodik.pdf). Zum Konzept der Kurzinformationen gehört, dass mindestens ein externer ärztlicher Experte und mindestens ein Patientenvertreter an der Erstellung einer Information beteiligt sind, also einen ersten Entwurf gegenlesen und korrigieren.

Die KiP stehen als doppelseitiges Dokument im DIN-A4-Format allen Ärzten zum Ausdrucken zur Verfügung, damit sie bei Bedarf den Betroffenen persönlich ausgehändigt werden können. Sie sind als PDF-Dateien auf den Internetseiten der KBV, der Arztbibliothek, auf dem Portal www.patienten-information.de und im KV-SafeNet zum Download eingestellt. Als besonderer Service kann jede Kassenärztliche Vereinigung im KV-SafeNet auf eine PDF-Datei mit eigenem KV-Logo zugreifen, wenn sie die Informationen auf der eigenen Homepage anbieten möchte.

Im Berichtszeitraum wurden folgende Kurzinformationen erstellt:

- Psoriasis
- Gesundheitsthemen im Internet
- Behandlung mit Antibiotika
- Antibiotika, Resistenzen
- Magenkrebs
- Ernährung bei Diabetes

Die Kurzinformation „Asthma“ wurde aktualisiert.

2011 wurde durch die Vorstandskommission der KBV beschlossen, die KiP (Stand 12/2011: 16 KiP) in sechs Sprachen übersetzen zu lassen (englisch, französisch, spanisch, russisch, türkisch, arabisch). Die Übersetzung wird jeweils von einem auf medizinische Fachübersetzungen spezialisierten Büro vorgenommen. Jede Übersetzung wird zudem durch zwei muttersprachliche Reviewer geprüft. Folgende KiP wurden 2012 übersetzt:

- Asthma
- Richtig inhalieren bei Asthma und COPD
- COPD
- COPD: Exazerbation
- Diabetes und Augen
- Diabetes und Füße
- Herzschwäche
- Koronare Herzkrankheit
- Koronare Herzkrankheit – Verhalten im Notfall

Maßnahmen zur Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in der Patientenversorgung

Zweites Clearingverfahren für Arztbewertungsportale
Am 15. Dezember 2009 hat das ÄZQ von Planungsgruppe und Verwaltungsrat den Auftrag erhalten, ein Clearingverfahren für Arztbewertungsportale einzurichten. Daraufhin haben Gutachter aus dem ÄZQ und des Expertenkreises „Arztbewertungsportale" anhand der 40 Qualitätskriterien des Anforderungskatalogs „Gute Praxis Arzt- und Klinikbewertungsportale, Modul 1 Qualitätsanforderungen für Arztbewertungsportale" (Version 1.0 – Dezember 2009) Arztbewertungsportale überprüft. Zu jedem Webangebot wurde ein ausführliches Gutachten erstellt, das die jeweiligen Portalbetreiber mit der Möglichkeit, Stellung zu beziehen, erhielten. Das erste Clearingverfahren wurde im Dezember 2010 abgeschlossen.

Die Checkliste wurde 2011 überarbeitet. Dabei wurden die Erfahrungen aus dem ersten Clearingverfahren für Arztbewertungsportale des ÄZQ einbezogen. Der zweite, überarbeitete Kriterienkatalog „Gute Praxis Bewertungsportale, Qualitätsanforderungen für Arztbewertungsportale" (2. Auflage – Januar 2011, im Internet unter http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/gute-praxis-bewertungsportale.pdf) wurde im Januar 2011 veröffentlicht. Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass Informationen im Internet ständigen Veränderungen unterliegen, wurde 2011 damit begonnen, das Clearingverfahren für Arztbewertungsportale auf Grundlage des neuen Anforderungskatalogs zu wiederholen. Nur wenn ein Portalbetreiber der Veröffentlichung zustimmt, werden Gutachten und Stellungnahmen auf der Internetseite des ÄZQ zu Arztbewertungsportalen (www.arztbewertungsportale.de) veröffentlicht. Das Clearingverfahren wurde im Juli 2012 abgeschlossen. Zwölf Portale konnten begutachtet werden, drei davon stimmten einer Veröffentlichung des Gutachtens nicht zu.

Aktualisierung der Checkliste zu IGeL
Im Berichtszeitraum wurde die Checkliste „Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu individuellen Gesundheitsleistungen" aktualisiert. Die Checkliste wurde um zwei Kriterien erweitert und außerdem um einen Teil für Ärztinnen und Ärzte ergänzt. Eine Vorversion wurde zum Deutschen Ärztetag im Mai 2012 vorgestellt. Nach einer Kommentierungsphase und einer erneuten Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin wurde die Finalversion im November 2012 veröffentlicht. Die Broschüre wird in der aktuellen Form von allen Ärzteverbänden unterstützt.

4.5.5 Qualität in der Medizin/Patientensicherheit

Das ÄZQ ist seit 2001 im Bereich „Patientensicherheit/Fehler in der Medizin" tätig. Zu diesem Thema wurde der Expertenkreis „Patientensicherheit" eingerichtet, der seit 2001 regelmäßig tagt (Mitglieder siehe Kapitel 13.4.2, S. 593).

Im Berichtszeitraum lagen die Arbeitsschwerpunkte in folgenden Themenbereichen:

- Organisation und Weiterentwicklung des Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin CIRSmedical.de und des Netzwerks CIRSmedical.de
- Redaktionelle Betreuung des Internetportals Patientensicherheit-Online.de

- Teilnahme und Arbeit an internationalen Projekten (High 5s und Joint Action PaSQ) im Bereich Patientensicherheit
- Umfangreiche Beratung zum Thema CIRS und Patientensicherheit
- Umfangreiche Vortragstätigkeit
- Publikationen zum Thema Patientensicherheit

Netzwerk CIRSmedical.de

Das Berichts- und Lernsystem CIRSmedical.de wurde 2005 als Projekt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) initiiert und 2006 in ein gemeinsames Projekt von KBV und Bundesärztekammer umgewandelt. Es wird seit 2006 durch das ÄZQ organisiert und entwickelte sich seit 2008 zum Netzwerk CIRSmedical.de. Aufgrund der ständigen Nachfrage nach „eigenen" fachspezifischen, krankenhausinternen oder regionalen Systemen wurden im Berichtszeitraum weitere Berichtsgruppen für einzelne Krankenhäuser oder Krankenhausträger (16 weitere Berichtsgruppen in Krankenhäusern), Berufsverbände („CIRS-Urologie" für den Berufsverband der deutschen Urologen), Ärztekammern („CIRS-NRW" als gemeinsames Projekt der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und des ÄZQ) und andere Organisationen eingerichtet. Neben der Einrichtung neuer Berichtsgruppen wurden die bereits bestehenden Berichtsgruppen betreut, in 2012 auslaufende Verträge verlängert und 32 Konzepte für neue CIRS in Kliniken erstellt und versendet.

Derzeit besteht das Netzwerk CIRSmedical.de aus 103 Berichtsgruppen für Krankenhäuser, 13 Berichtsgruppen für Institutionen des Gesundheitswesens (Fachgesellschaften, Berufsverbände, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, u. a.) und zwei Kooperationen.

Informationsdienst CIRSmedical.de-Info
Seit Oktober 2011 steht der Informationsdienst „CIRSmedical.de-Info" als Service zur Verfügung. Im Jahr 2012 wurden zwölf Ausgaben des CIRSmedical.de-Info an circa 1.300 Abonnenten versendet.

Patientensicherheit-Online.de

Im Jahr 2012 wurde das Informationsforum „Patientensicherheit" aktualisiert; es heißt nun „Patientensicherheit-Online.de" und ist ein Teil der umfassenden ARZTBIBLIOTHEK (www.arztbibliothek.de) geworden. Unter www.patientensicherheit-online.de finden sich gebündeltes Wissen zum Thema Patientensicherheit, Kurzvorstellungen der Projekte des ÄZQ im Bereich Patientensicherheit und ein Serviceteil.

Nationale und internationale Kooperationen

Aktionsbündnis Patientensicherheit
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ÄZQ waren im Berichtszeitraum an folgenden Arbeitsgruppen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) beteiligt:

- AG Arzneimitteltherapiesicherheit
- AG Behandlungsfehlerregister

- AG Bildung und Training
- AG Informieren, Beraten, Entscheiden
- AG Medizinprodukteassoziierte Risiken
- AG Patientensicherheit im Alter.

Die dabei entwickelten Veröffentlichungen sind über die Internetseite des APS unter www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de zugänglich.

WHO-Projekt „Action on Patient Safety: High 5s"
Das im Jahr 2006 von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization) initiierte internationale Projekt „High 5s" hat zum Ziel, standardisierte Handlungsempfehlungen (Standardized Operating Protocols – SOP) zur Verbesserung der Patientensicherheit in Krankenhäusern zu implementieren und zu evaluieren. Derzeit sind neben Deutschland folgende sieben Länder beteiligt: Australien, Frankreich, Kanada, Niederlande, Singapur, Trinidad & Tobago und die USA.

In Deutschland werden seit dem Jahr 2007 mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zwei SOP sukzessive umgesetzt. Dabei vertritt das ÄZQ Deutschland im internationalen Projektkonsortium, hat die Projektleitung auf nationaler Ebene inne und leitet die Implementierung der SOP. Für die Evaluation und das Datenmanagement ist das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) zuständig; es hat das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS) mit der Umsetzung dieser Projektaktivitäten betraut.

Die SOP „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen" ist seit 2010/2011 in 16 Krankenhäusern eingeführt und wird fortlaufend evaluiert. Die Projektteilnehmer erhalten regelmäßig Feedbackberichte mit den Evaluationsergebnissen und sie sind am Informations- und Erfahrungsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene beteiligt.

Seit 2011 wird die Einführung der SOP „Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess (Medication Reconciliation)" vorbereitet. Bislang konnten sieben Krankhäuser für die Implementierung gewonnen werden. In enger Zusammenarbeit mit deren klinischen Experten wurden verschiedene Implementierungshilfen erarbeitet. Im ersten Quartal 2013 wird parallel zur Implementierung die Erfassung der Evaluationsdaten beginnen.

Projekt Joint Action „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care"
Das „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)" ist eine Joint Action mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den europäischen Mitgliedstaaten in den Bereichen Patientensicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Im Rahmen von sieben Arbeitspaketen werden ein Austauschmechanismus für Experten und in der Praxis Tätige aufgebaut sowie eine Internetplattform eingerichtet, um lokale Patientensicherheits- und systembasierte Qualitätsmaßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene zu verbreiten. Das Projekt wird seit dem 1. April 2012 für die Dauer von drei Jahren durch die Europäische Kommission finanziert. Koordiniert wird PaSQ von der französischen Gesundheitsbehörde HAS (Haute Autorité de Santé – French National Authority for Health). Als deutsche Vertreter nehmen auf Wunsch des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) das ÄZQ und das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn an diesem Projekt teil.

Das ÄZQ ist nationale Kontaktstelle für Deutschland (PaSQ National Contact Point, NCP) und leitet das Arbeitspaket 5. In diesem werden evidenzbasierte lokale Patientensicherheitsmaßnahmen (Safe Clinical Practices – SCPs) in Gesundheitseinrichtungen von 16 Mitgliedstaaten implementiert. Im Berichtszeitraum wurde vom ÄZQ ein Projektplan für das Arbeitspaket 5 aufgestellt. In einem ersten Arbeitsschritt wurden Kriterien zur Auswahl der Safe Clinical Practices für die Implementierung definiert. Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und auf Grundlage der Kriterien ein erstes Set von SCPs generiert. Um das finale Set von SCPs für die Implementierung zu bestimmen, hatten die PaSQ Partner im Rahmen einer großen Onlinebefragung die Möglichkeit, Feedback zu diesem ersten Set zu geben und konnten – entsprechend der Kriterien – weitere vorschlagen.

Darüber hinaus ist das ÄZQ Partner in fünf weiteren Arbeitspaketen und hat an folgenden Aufgaben mitgewirkt:

- Erstellung eines PaSQ-Glossars
- Definition von Indikatoren für die Projektevaluation
- Teilnahme an der Onlinebefragung von vier Arbeitspaketen.

Fortbildungsangebote im Bereich Patientensicherheit

Die Vortrags- und Fortbildungsaktivitäten von ÄZQ-Mitarbeitern wurden aufgrund vieler Anfragen von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren im Gesundheitswesen tätigen Gruppen zu den Themen Patientensicherheit, Kommunikation, CIRS und Schulungen zur Software CIRSmedical.de in erheblichem Umfang intensiviert.

4.5.6 Wissensmanagement

Mit dem Aufbau des neuen ÄZQ-Bereichs „Wissensmanagement“ wurde im zweiten Halbjahr 2012 begonnen. Er geht zum großen Teil aus dem Onlineportal ARZTBIBLIOTHEK hervor.

Die ARZTBIBLIOTHEK wurde 2008 zunächst als Leitlinienportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt und wird seit Ende 2009 als umfassendes Wissensportal der Ärzteschaft von KBV und Bundesärztekammer betrieben. Die Bereitstellung vertrauenswürdiger, zuverlässiger, aktueller, unabhängiger und praxistauglicher Informationen für Ärzte und Patienten steht dabei im Vordergrund der Bemühungen.

Der Gründung des Bereichs Wissensmanagement und damit der Erweiterung der ARZTBIBLIOTHEK war eine Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Ärztekammern vorausgegangen, die im Ergebnis ein großes Bedürfnis an der praktikablen Umsetzung von ärztlichem Wissensmanagement identifizierte. Mit dem Aufbau und Betrieb des Bereichs Wissensmanagement soll dieses Ziel erreicht werden. Der Ausbau und die Verbesserung der ARZTBIBLIOTHEK standen daher 2012 im Fokus der Aktivitäten.

Die ARZTBIBLIOTHEK 2012

Das in den Vorjahren geschaffene Angebot an geprüften medizinischen Informationen konnte in 2012 erweitert, aktualisiert und verbessert werden. Im Rahmen der Pflege wurden folgende Gebiete überarbeitet:

- Nationale Versorgungsleitlinien (Tätigkeiten: Recherche, Kontrolle, Verschlagwortung, Änderungen, Neuaufnahmen, Wartung der Qualitätsbewertungen)
- Cochrane Reviews (Tätigkeiten: Update, Verschlagwortung und Nachverschlagwortung von Themen, Kontrolle)
- Online-CME – zertifizierte Fortbildungsangebote (Tätigkeiten: Recherche, Aufnahme, Verschlagwortung, Evaluation neuer Anbieter)
- Dokumente im Kontext (Tätigkeiten: Qualitätssicherung, Pflege und Weiterentwicklung der Schlagwortlisten, Nachverschlagwortung von Patienteninformationen und Dokumenten, Aufnahme neuer Schlagworte/Aliase, Thema des Monats)
- Qualitätssicherung Websites (Tätigkeiten: Link-Checker, Kontrolle der Imagemaps, eTracker-Analyse ARZTBIBLIOTHEK)

Die Mitglieder des Redaktionsbeirats sind im Tätigkeitsbericht des ÄZQ unter www.aezq.de/aezq/publikationen/azq_taetigkeitsberichte aufgeführt.

Inhalte
Die in der ARZTBIBLIOTHEK enthaltenen nationalen S2- und S3-Leitlinien wurden 2012 ergänzt und weiterhin kontinuierlich hinsichtlich ihrer methodischen Qualität anhand des Deutschen Leitlinienbewertungsinstruments (DELBI) bewertet und online zur Verfügung gestellt. Der aktuelle Content (Stand 12/2012) der ARZTBIBLIOTHEK beinhaltet:

- 235 S2- und S3-Leitlinien (Dokumente im Kontext)
- 120 Qualitätsbewertungen zu Leitlinien
- 3.774 Abstracts zu systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Library
- 520 Verweise auf gut bewertete Patienteninformationen
- 537 Verweise zu ausgewählten zertifizierten Online-Fortbildungsangeboten
- 5.393 Einträge in der Schlagwortdatenbank

Thema des Monats
Mit dem Angebot „Themen-des-Monats“ informiert die ARZTBIBLIOTHEK über aktuelle Gesundheitsthemen und -tage. Dazu wurden umfangreiche Recherchen betrieben und nützliche Zusatzinformationen zum jeweiligen Thema zusammengestellt. Dem interessierten Nutzer wurden damit kompakt und leichtverständlich verlässliche Informationen zu den einzelnen Themen angeboten. In 2012 waren dies:

- Januar 2012: „Adipositas“ und „CIRS-Fall-des-Monats“
- Februar 2012: „Internationaler Tag der seltenen Erkrankungen“ und „Weltkrebstag“
- März 2012: „Weltnierentag“ und „Welttuberkulosetag“
- April 2012: „Europäische Impfwoche“
- Mai 2012: „Welthändehygienetag“ und „Welthypertonietag“
- Juni 2012: „Tag der Gefäßgesundheit“
- Juli und August 2012: „UV-Strahlen, Sonnenschutz und Hautkrebs“
- September 2012: „G-I-N-Konferenz 2012 in Berlin“

- Oktober 2012: „Neue Kurzinformationen für Patienten erschienen: ‚Behandlung mit Antibiotika' und ‚Resistenzen gegen Antibiotika'" und „Antibiotikaeinsatz in der Human- und Veterinärmedizin – Wie viel weniger ist mehr?"
- November 2012: „Welt-COPD-Tag – Es ist nie zu spät!"
- Dezember 2012: „Sauberes Wissen in der Medizin – 1. Unabhängiger Fortbildungskongress" und „Obdachlosigkeit"

Integration Patientensicherheit-Online in ARZTBIBLIOTHEK
Im Jahr 2012 wurde der umfassende Ausbau des Schwerpunkts Patientensicherheit durch die Integration von „Patientensicherheit-Online" in die ARZTBIBLIOTHEK erfolgreich umgesetzt.

Ausblick 2013

Der Bereich Wissensmanagement soll kontinuierlich ausgebaut werden und sich mit seinem Angebot ARZTBIBLIOTHEK noch stärker an den Bedürfnissen der verschiedenen Akteure orientieren. Dazu ist geplant, die Nutzerfreundlichkeit und Benutzerführung zu steigern sowie das Layout zu optimieren. Insgesamt soll die Attraktivität des Angebots erhöht werden, um eine stärkere Nutzung durch Ärzteschaft und Patienten zu erreichen. Hierzu wurde bereits im Herbst 2012 ein Aktionsplan entwickelt. Wie die genauen Bedürfnisse aussehen, soll durch eine Nutzerbefragung in 2013 geklärt werden. Auf Basis der gewonnen Daten ist geplant, ein Konzept zu entwickeln und dieses in einer neuen Ausbaustufe der ARZTBIBLIOTHEK umzusetzen.

4.5.7 Internetangebote und Veröffentlichungen des ÄZQ

Das ÄZQ unterhielt im Berichtsjahr themenspezifisch folgende Webseiten:

- www.aezq.de
- www.arztbewertungsportale.de
- www.arztbibliothek.de
- www.patientensicherheit-online.de
- www.leitlinien.de
- www.patienteninformation.de
- www.q-m-a.de
- www.versorgungsleitlinien.de

Seit 2010 stellt das ÄZQ verschiedene Informationen im KV-SafeNet zum Download bereit. Dazu gehören:

- die Patientenkurzinformationen mit dem Logo der KBV und der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen
- alle gültigen Nationalen VersorgungsLeitlinien mit den dazugehörigen Dokumenten und Praxishilfen
- die ÄZQ-Checklisten.

Einen Überblick über die Veröffentlichungen 2012 des ÄZQ für Bundesärztekammer, KBV und Kooperationspartner sowie von Mitarbeitern des ÄZQ gibt die Publikationsliste im Tätigkeitsbericht des ÄZQ unter www.aezq.de/aezq/publikationen/azq_taetigkeitsberichte.

5. Wissenschaft und Forschung

5.1 Transplantationsmedizin

5.1.1 Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG)

Der Deutsche Bundestag hat im Juli 2012 zwei Änderungen zum Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) beschlossen. Damit werden zum einen organisationstrukturelle Vorgaben der „Richtlinie 2010/53/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe“ in deutsches Recht umgesetzt (Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21.07.2012, BGBL. I, 1601; in Kraft getreten am 01.08.2012). Zum anderen wird die sogenannte Entscheidungslösung eingeführt (Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz vom 12.07.2012, BGBL. I, 1504; in Kraft getreten am 01.11.2012).

Zur Einführung der Entscheidungslösung hatte die Bundesärztekammer im laufenden Gesetzgebungsverfahren am 22.03.2012 Stellung genommen und diese ausdrücklich begrüßt (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stellbaek_zu_gesetzentwurf_tpg_21032012.pdf). Aus ärztlicher Sicht erscheint es angesichts des großen Bedarfs an Spenderorganen unerlässlich, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt wird. Dabei wird es als wichtig erachtet, dass eine Entscheidung zur Spende – wie im Gesetz festgeschrieben – freiwillig bleibt.

Auch die gesetzlich verankerte Bestellung von Transplantationsbeauftragten in den Kliniken wurde von der Bundesärztekammer als ein außerordentlich wichtiger Schritt begrüßt, da nunmehr das Aufgabenspektrum der Transplantationsbeauftragten, ihre organisatorische Einbindung in das Krankenhaus sowie eine Art Mindestmaß ihrer stellenanteiligen Freistellung bundesgesetzlich bestimmt wird. Hier stellt sich die Ärzteschaft die Aufgabe, das bisherige, gemeinsam von der Bundesärztekammer und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) erarbeitete „Curriculum Organspende“ weiterzuentwickeln und ggf. speziell auf die Anforderungen für Transplantationsbeauftragte auszurichten. Zudem soll über die Ständige Kommission Organtransplantation ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Transplantationsbeauftragten etabliert werden.

5.1.2 Transparenz und Kontrolle in der Transplantationsmedizin

Vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten in den Transplantationszentren Göttingen und Regensburg wurde im Juli 2012 zunächst eine Task Force aus Mitgliedern der Ständigen Kommission Organtransplantation, der Prüfungskommission und der Überwachungskommission eingesetzt, um die Vorgänge schnellstmöglich und mit allem Nachdruck aufzuklären.

Am 9. August 2012 erfolgte unter dem Titel „Mehr Transparenz und effizientere Kontrolle in der Transplantationsmedizin“ eine gemeinsame Erklärung von Prüfungskommission und Überwachungskommission, Bundesärztekammer, Deutscher Kranken-

hausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband. An diese Erklärung anknüpfend wurde am 27. August 2012 im Spitzengespräch mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr das Maßnahmenpapier „Kontrolle stärken, Transparenz schaffen, Vertrauen gewinnen“ beschlossen.

Vereinbart wurde u. a., die Kontrollen der Anmeldung und Betreuung von Patienten der Warteliste und der Organzuteilung stringent zu intensivieren und verdachtsunabhängige flächendeckende Kontrollen einzuführen. Zur umfassenden Aufklärung der Vorgänge in den betroffenen Transplantationszentren wurde die Arbeit der Kontrollgremien durch Sonderprüfer verstärkt (siehe Kapitel 5.1.6). Zudem wurde das sogenannte Mehraugenprinzip bei der Anmeldung von Wartelistenpatienten in den Transplantationsrichtlinien verankert. Dazu sind die Richtlinien der Bundesärztekammer nach § 16 TPG im Hinblick auf die verpflichtende Einrichtung von interdisziplinären Transplantationskonferenzen in den Transplantationszentren geändert worden (siehe Kapitel 5.1.3).

In diesem Zuge wurden die entsprechenden Richtlinienentwürfe auf der Internetseite der Bundesärztekammer der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und jeweils befristet die Möglichkeit zur Stellungnahme geboten. Parallel wurde der Entwurf dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, dem Bundesminister für Gesundheit und den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Ministern der Länder zugeleitet. In dieser Weise soll künftig bei allen Richtlinienänderungen verfahren werden. Darüber hinaus haben die Überwachungskommission und die Prüfungskommission einstimmig und im Einvernehmen mit den Trägerinstitutionen entschieden, der Öffentlichkeit alle Jahresberichte seit Einsetzung der beiden Kontrollgremien verfügbar zu machen. Entsprechend können seit August 2012 die Jahresberichte von Prüfungs- und Überwachungskommission auf der Internetseite der Bundesärztekammer abgerufen werden (http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10676.10744&all=true). In gleicher Weise veröffentlicht wurde auch eine Dokumentation aller abgeschlossenen Prüfungen von Allokationsauffälligkeiten, in der aus Gründen des Patientenschutzes die dokumentierten Fälle anonymisiert gehalten sind (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/gesamtdokumentation_abgeschlossene_faelle_24082012.pdf).

Schließlich wurde im November 2012 bei der Prüfungskommission und der Überwachungskommission eine unabhängige Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“ zur (auch anonymen) Meldung von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsrecht eingerichtet (siehe Kapitel 5.1.7). Im Dezember 2012 haben sich Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen grundsätzlich darauf verständigt, im ersten Quartal 2013 eine gemeinsame „Geschäftsstelle Transplantationsmedizin“ einzurichten, die als Stabsbereich bei der Hauptgeschäftsführung der Bundesärztekammer angesiedelt werden soll. Der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin obliegt die Geschäftsführung der Prüfungskommission und der Überwachungskommission, der Vertrauensstelle Transplantationsmedizin (in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen) sowie der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer.

Zum Umsetzungsstand des Maßnahmenpapiers sowie zur „Situation des Transplantationswesens in Deutschland“ haben die Bundesärztekammer und die Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation, der Prüfungskommission und der Über-

wachungskommission wiederholt, so am 17.09., 23.10. und 27.11.2012, vor Vertretern der Fraktionen des Deutschen Bundestags und des Bundesministeriums für Gesundheit Stellung genommen.

5.1.3 Ständige Kommission Organtransplantation

Im Rahmen der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer sind sämtliche Institutionen, die in der Organspende und -vermittlung Verantwortung tragen, in den Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess zur Feststellung der Richtlinien nach § 16 TPG eingebunden. Dazu gehören insbesondere Sachverständige der Transplantationsmedizin, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation), der Vermittlungsstelle (Stiftung Eurotransplant), Vertreter der Länder und der Bundesregierung, Juristen und Ethiker, Vertreter der Patienten und Angehörigen von Organspendern. Die Arbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation richtet sich darauf, eine beständige Diskussion über die Ergebnisse und die Entwicklung der Organallokation vor dem Hintergrund der Verteilungsgerechtigkeit zu führen und sie in den Richtlinien nach § 16 TPG niederzulegen.

Die Ständige Kommission Organtransplantation hat unter dem Vorsitz von Prof. Dr. jur. Hans Lilie, Halle/Saale, im Berichtsjahr fünfmal im Plenum getagt und zahlreiche Arbeitsgruppensitzungen zu verschiedenen Problembereichen veranlasst. Im Vordergrund der Kommissionsarbeiten standen in diesem Berichtsjahr die Novellierung des TPG (s. Kapitel 5.1.1), die Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten in deutschen Transplantationszentren sowie in deren Folge die Umsetzung der im Spitzengespräch vom 27.08.2012 von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vereinbarten Maßnahmen (siehe Kapitel 5.1.2). Entsprechend wurde auch die inhaltliche Weiterentwicklung und systematische Vereinheitlichung der Richtlinien zur Wartelistenführung und Organvermittlung nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 u. 5 TPG durch diese Vorgänge wesentlich bestimmt.

Im Hinblick auf die zu erwartenden gesetzlichen Änderungen hat die Ständige Kommission Organtransplantation im März 2012 eine Klausurtagung zum Thema „Novellierung des Transplantationsgesetzes – Ziele und Perspektiven“ durchgeführt. Hier wurden gemeinsam mit der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) nähere Anforderungen für mögliche ärztliche Zusatzbezeichnungen wie „Klinische Transplantationsmedizin“ und „Klinische Transplantationsimmunologie“ erörtert (siehe Kapitel 2.2). Zudem wurden mit Blick auf ein Transplantationsregister auch Möglichkeiten diskutiert, künftig zu einer transparenteren Dokumentation von Transplantationsergebnissen zu kommen und die Resultate der Organübertragung auch im Langzeitverlauf systematisch zu erfassen (siehe auch Kapitel 5.1.4 und 5.1.5).

Dringlicher Überarbeitungsbedarf wurde hinsichtlich der „Richtlinien für die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 TPG“ festgestellt. Zu dieser Thematik soll zeitnah eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Fachgremien der Bundesärztekammer eingerichtet werden (siehe Kapitel 4.4.3).

Klärungsbedarf besteht darüber hinaus, was grundsätzliche medizinische, ethische und rechtliche Fragen und Probleme bezüglich der Regelungen zur Spende und Übertragung vaskularisierter komplexer Gewebe betrifft (siehe Kapitel 5.1.8). Mit dieser Thematik wird sich die Ständige Kommission Organtransplantation im ersten Quartal 2013 befassen.

Änderung des Allgemeinen Teils der Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Organtransplantation

Mit der Änderung des Allgemeinen Teils der Richtlinien gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 u. 5 TPG wird die interdisziplinäre Transplantationskonferenz prinzipiell in den Richtlinien verankert. Der Änderungsvorschlag wurde nach zwei Lesungen durch die Ständige Kommission Organtransplantation einstimmig befürwortet und vom Vorstand der Bundesärztekammer im Oktober 2012 verabschiedet. Die Richtlinienänderungen sind Anfang Dezember 2012 in Kraft getreten. (Die aktuellen Richtlinien sind abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation.)

Änderung des Besonderen Teils der Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Organtransplantation

Nach der prinzipiellen Verankerung der interdisziplinären Transplantationskonferenz im Allgemeinen Teil der Richtlinien gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 u. 5 TPG wurden auch die organbezogenen Richtlinienteile im Hinblick auf die jeweils konkrete Ausgestaltung der interdisziplinären Transplantationskonferenz überarbeitet. Damit werden im Besonderen Teil der Richtlinien die näheren Anforderungen an die interdisziplinäre Transplantationskonferenz geregelt. Der Änderungsvorschlag wurde nach zwei Lesungen durch die Ständige Kommission Organtransplantation einstimmig befürwortet und vom Vorstand der Bundesärztekammer im Dezember 2012 verabschiedet. Die Richtlinienänderungen sollen im Februar 2013 in Kraft treten. (Die aktuellen Richtlinien sind abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation.)

Arbeitsgruppen der Ständigen Kommission Organtransplantation

Ungeachtet der bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten in deutschen Transplantationszentren wurde die kontinuierliche Optimierung der bestehenden Richtlinien zur patientenorientierten Organvermittlung fortgeführt. Dazu zählt auch die kritische Analyse des sogenannten beschleunigten Vermittlungsverfahrens. Bei diesem Verfahren handelt es sich nach den Richtlinien zur Organtransplantation der Bundesärztekammer um „schwer vermittelbare Organe", die andernfalls verloren gingen. Da es beim beschleunigten Vermittlungsverfahren um die Vermeidung eines Verlustes des Spenderorganes geht, wird dieses Verfahren auch „Rettungsallokation" oder englisch „Rescue Allocation" genannt. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist die Vermittlungsstelle Eurotransplant zu diesem Verfahren berechtigt, wenn eine Kreislaufinstabilität des Spenders eintritt oder aus logistischen oder organisatorischen Gründen ein Organverlust droht oder aus spender- oder aus organbedingten Gründen drei Zentren das Angebot eines Herzens, von Lungen, eines Pankreas oder einer Leber oder fünf Zentren das Angebot einer Niere abgelehnt haben.

Im beschleunigten Vermittlungsverfahren gilt für jedes Organangebot eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn sie überschritten wird, gilt das Angebot aus organisatorischen Gründen als abgelehnt. Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, werden Organe im beschleunigten Vermittlungsverfahren primär innerhalb einer Region angeboten. Die Vermittlungsstelle stellt dabei dem Zentrum oder den Zentren eine Liste von potenziellen Empfängern zur Verfügung, nach der das Zentrum oder die Zentren den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger in der Reihenfolge der Auflistung auswählen. Wenn Patienten aus mehr als einem Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die Akzeptanzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist. Die Zentren müssen die Gründe für ihre Auswahlentscheidung gegenüber der Vermittlungsstelle dokumentieren.

In Deutschland ist der Anteil der Spenderlebern, die von Eurotransplant über das beschleunigte Vermittlungsverfahren vermittelt werden konnten, von etwa 27 Prozent im Jahr 2007 auf etwa 40 Prozent im Jahr 2012 gestiegen. Das Ziel der laufenden Beratungen in der Ständigen Kommission Organtransplantation und ihren Arbeitsgruppen ist deshalb, das beschleunigte Vermittlungsverfahren wieder zum enger definierten und transparenteren Auswahlverfahren zu machen. Hierzu fanden im Jahr 2012 Beratungen in verschiedenen Arbeitsgruppen der Ständigen Kommission Organtransplantation statt.

Mit der Klärung darüber hinaus gehender Fragen im Zusammenhang mit den Richtlinien nach § 16 TPG haben sich die Arbeitsgruppen der Ständigen Kommission Organtransplantation im Berichtsjahr wie folgt befasst.

Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Nierentransplantation“ (AG RL BÄK Niere)
Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr einmal getagt und Eckpunkte für eine grundlegende Revision der Allokationsrichtlinien für die Nierentransplantation erörtert. Diese Eckpunkte sollen zeitnah auf der Ebene des Verbunds der Vermittlungsstelle konkretisiert werden.

Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Pankreastransplantation“ (AG RL BÄK Pankreas)
Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr dreimal, u. a. unter Beteiligung der DTG-Arbeitsgruppe „Pankreasentnahme“, getagt und war insbesondere mit Fragen der Entnahmequalität und der Akzeptanzkriterien befasst. Ziel ist die Erarbeitung von Standardarbeitsanweisungen eines Akzeptanzalgorithmus, der im ersten Quartal 2013 der Ständigen Kommission Organtransplantation zur Beratung vorgelegt werden soll.

Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Leber- und Dünndarmtransplantation“ (AG RL BÄK Leber)
Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr viermal getagt und war insbesondere mit grundlegenden wissenschaftlichen Fragen im Zusammenhang des hepatozellulären Karzinoms und der alkoholinduzierten Zirrhose befasst. Analysiert wurden zudem die vielfältigen Gründe für den Anstieg des Anteils des beschleunigten Vermittlungsverfahrens an der Leberallokation. So ist beispielsweise das mediane Spenderalter von Leberspendern, deren Leber transplantiert wurde, zwischen 1990 und 2010 von 25 auf 53 Jahre angestiegen. Auch ist der Anteil der Spender, die mindestens eines der leberspezifischen er-

weiterten Spenderkriterien aufweisen, in Deutschland zwischen 1997 und 2010 von ca. 30 Prozent auf mehr als 70 Prozent angestiegen.

Die MELD-basierte Leberallokation ist komplex und bedarf deshalb einer entsprechenden Expertise, um den individuellen und aktuellen Gesundheitszustand der Patienten bezüglich des MELD-Scores abzubilden. Entsprechend wird das Allokationssystem als dynamisches bzw. lernendes System verstanden. Insoweit richtet die Arbeitsgruppe ihr Augenmerk auf die Weiterentwicklung des MELD-basierten Leberallokationssystems, nicht aber auf die Erarbeitung eines alternativen Modells. In diesem Zusammenhang wird beispielsweise die Einbeziehung von weiteren Parametern wie Natrium und MELD-Änderungen (Delta-MELD), die Revision der Ausnahmeregelungen sowie die Entwicklung von zusätzlichen Scores zur Einschätzung der Erfolgsaussicht nach Lebertransplantation erörtert. Die Beratungen sollen im Februar 2013 fortgesetzt werden.

Arbeitsgruppe „Thorakale Organe" (AG RL BÄK Herz/Lunge)
Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr zweimal getagt und Eckpunkte für ein scorebasiertes Modell zur Reorganisation der Herzallokation entwickelt. Erörtert wurden u. a. die Ergebnisse der vergleichenden Validierung des „Heart Failure Survival Score (HFSF)" und des „Seattle Heart Failure Survival Model (SHFM)" mittels Daten der HU-Warteliste. Beide Scores korrelieren signifikant mit der Wartelistenmortalität, jedoch weist das SHFM die bessere Stratifizierung auf. Ergänzend zum SHFM soll im Hinblick auf eine Einschätzung der Überlebensraten nach Herztransplantation der sogenannte Impact Score (z. B. Johns Hopkins University, Baltimore) mit dem Cardiac Allocation Score (CAS) zusammengeführt werden. Jedoch erscheint nach der Datenlage der Vorhersagewert der genannten Scores nicht auf Patienten mit mechanischer Kreislaufunterstützung (VAD) übertragbar. Folglich sollen in einem Testlauf des CAS auf Zentrumsebene die Scores für VAD- und Non-VAD-Gruppen durch die Vermittlungsstelle Eurotransplant analysiert werden. Dabei soll auch ein Score mitlaufen, der intensivmedizinische Aspekte berücksichtigt. Nach Vorstellung der bisherigen Ergebnisse in den Arbeitsgruppen der Fachgesellschaften sollen die Beratungen im ersten Quartal 2013 fortgesetzt werden.

Arbeitsgruppe „Revision der Richtlinien zur medizinischen Beurteilung von Organspendern und zur Konservierung von Spenderorganen gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 4 a) und b) TPG" (AG RL BÄK Spenderbeurteilung/Organkonservierung)
Die Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr einmal getagt und ist mit der grundsätzlichen Überarbeitung der Richtlinie befasst. Die bisherigen und vornehmlich immunologische Aspekte betreffenden Ergebnisse wurden zwischenzeitlich im Rahmen der beteiligten Fachgesellschaften erörtert und konsentiert. Weitere Arbeiten, die insbesondere Anforderungen an die Konservierung von Spenderorganen anbelangen, wurden wegen der nach der TPG-Novellierung zu erwartenden Rechtsverordnung zunächst zurückgestellt.

Arbeitsgruppe „Verfahrensordnung für die Richtlinienarbeit" (AG StäKO VO)
Die Arbeitsgruppe hat einmal getagt und der Ständigen Kommission Organtransplantation einen Entwurf zur Änderung des Statuts und zur Einführung einer Geschäftsordnung vorgelegt. Dieser Entwurf wurde von der Ständigen Kommission Organtransplantation im November 2012 in erster Lesung beraten. Die zweite Lesung soll im Februar 2013 erfolgen.

Einsatz eines Perfusionssystems für Spenderherzen

Im Rahmen der multizentrischen Erprobung des Perfusionssystems für Spenderherzen (Organ Care System – OCS) war es im Mai 2012 bei der zweiten Anwendung zum Verlust eines Spenderherzens gekommen. Infolge dieses Vorfalls wurde die OCS-Erprobung unterbrochen, da zunächst nicht klar war, ob der Zwischenfall (allein) auf ein technisches Versagen und/oder auf ein individuelles menschliches Versagen, z. B. wegen unzureichender Schulung im Umgang mit dem Gerät, zurückzuführen ist.

Prüfungskommission, Überwachungskommission und Ständige Kommission Organtransplantation haben diesen Vorfall als schwerwiegenden Zwischenfall bewertet und im Juni 2012 gemeinsam die Empfehlung ausgesprochen, bis zur umfassenden sachverständigen Klärung aller offenen Fragen von einer Fortsetzung der Studie abzusehen. Dazu wurden von der Studienleitung die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) vom 16.08.2012 sowie die Bescheide des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vom 25.10.2012 und der primär zuständigen Ethikkommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg vom 11.10.2012 vorgelegt.

In Anerkennung der damit erfüllten formalen Voraussetzungen haben sich Prüfungskommission, Überwachungskommission und Ständige Kommission Organtransplantation im November 2012 darauf verständigt, keine Einwände mehr gegen die Fortsetzung der OCS-Erprobung zu erheben.

Verhandlungen zu den Jahresbudgets der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG und der Vermittlungsstelle nach § 12 TPG

Die Vorsitzenden der Prüfungskommission und der Überwachungskommission, Vorsitzende Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret Rinder, Berlin, und Prof. Dr. habil. Dr. h. c. Hans Lippert, Magdeburg, haben für die Bundesärztekammer an den Verhandlungen zum Jahresbudget 2013 der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie zum Jahresbudget 2013 der Stiftung Eurotransplant mitgewirkt. Die Verhandlungen wurden erfolgreich abgeschlossen. Damit wurde eine angemessene aufwandsbasierte Finanzierung der Koordinierung und der Vermittlung postmortal gespendeter Organe sichergestellt. Über die ergänzende Fortschreibung der Durchführungsbestimmungen zur Aufwandserstattung der Spenderkrankenhäuser soll im Januar 2013 beraten werden.

Verhandlungen zur Änderung des Vertrags mit der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG und mit der Vermittlungsstelle nach § 12 TPG

Nach der TPG-Novelle ist eine Anpassung der von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle bzw. mit der Stiftung Eurotransplant als Vermittlungsstelle geschlossenen Verträge nach § 11 bzw. § 12 TPG erforderlich. Dazu haben im Dezember 2012 unter Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft Vorgespräche der Auftraggeber stattgefunden. Die Verhandlungen mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation werden im Februar 2013 aufgenommen. Im Anschluss daran soll in die Verhandlungen mit der Stiftung Eurotransplant eingetreten werden.

Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)

Auf der 21. Jahrestagung der DTG, die im Juni 2012 in Berlin stattfand, hat der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation, Prof. Dr. jur. Hans Lilie, seinen traditionellen Bericht aus gegebenem Anlass der Bedeutung und den Konsequenzen der offenbar gewordenen erheblichen und umfangreichen Unregelmäßigkeiten an einem Transplantationszentrum gewidmet. In diesem Zusammenhang mahnte Prof. Lilie die konsequente Einhaltung aller Regelungen zur Wartelistenführung und Organvermittlung durch alle Akteure an. Auch eine Duldung durch Mitwisserschaft der Beteiligten aus dem Umfeld könne nicht akzeptiert werden.

Als Konsequenz für die Arbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer hat der Vorsitzende ergänzende Regelungen im Allgemeinen Teil der Wartelisten- und Vermittlungsrichtlinien angekündigt, die die Datenübermittlung aus den Transplantationszentren an die Vermittlungsstelle nach dem sogenannten Mehraugenprinzip obligatorisch vorsehen werden (siehe oben). Die Ausführungen von Prof. Lilie wurden in den anschließenden Berichten der Koordinierungsstelle und der Vermittlungsstelle nachdrücklich unterstützend aufgegriffen sowie später durch einen ebenfalls mahnenden Appell durch den Präsidenten der Stiftung Eurotransplant ergänzt.

Schriftenreihe „Transplantationsmedizin im Fokus“

Auf Grundlage des Beschlusses des Deutschen Ärztetags aus dem Jahr 2007 hat die Bundesärztekammer veranlasst, wesentliche Fragen der Zell-, Gewebe- und Organtransplantation mit dem Ziel der Förderung der Organspende wissenschaftlich aufzuarbeiten. Die Ergebnisse dieser interdisziplinären Befassung mit den Kernfragen der Transplantationsmedizin sind zwischenzeitlich in drei Bänden einer Schriftenreihe der Bundesärztekammer unter dem Titel „Transplantationsmedizin im Fokus“ veröffentlicht worden. Der dritte Band ist im Mai 2012 erschienen, die Publikation des vierten Bandes ist für Mitte 2013 geplant.

5.1.4 Überwachungskommission gemäß § 11 Abs. 3 Satz 4 TPG

Die Überwachungskommission wird gemeinsam getragen von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ihre Aufgabe besteht darin, die Einhaltung der auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes (TPG) vertraglich festgelegten Verpflichtungen und Aufgaben der Koordinierungsstelle zu überprüfen. Was die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung betrifft, so kann die Überwachungskommission überprüfen, ob und inwieweit die Koordinierungsstelle die Gewähr dafür bietet, dass diese Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durchgeführt werden. Dies erfolgt für den Bereich der Organspende regelmäßig auf Grundlage einer differenzierten Prüfung der Berichte der Koordinierungsstelle gemäß § 11 Abs. 5 TPG. Überdies sind der Überwachungskommission durch die TPG-Novelle, d. h. zum 1. August 2012, erweiterte Kon-

trollmöglichkeiten gegenüber der Koordinierungsstelle, den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern eingeräumt worden (siehe Kapitel 5.1.6).

Seit 2009 sind für die Länder zwei Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der Kommission tätig, zunächst als Ständige Gäste und seit August 2012 als ordentliche Mitglieder. Im April 2010 hatte die Kommission einhellig und mit billigender Kenntnisnahme der Auftraggeber beschlossen, dem Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Vertreter der Koordinierungsstelle sowie dem Direktorium der Stiftung Eurotransplant als Vertreter der Vermittlungsstelle anzubieten, als Gäste an den Beratungen der Kommissionssitzungen teilzunehmen. Von diesem Angebot machen beide Stellen seit Juni 2010 regelmäßig Gebrauch.

Innerhalb des Berichtszeitraums hat die Überwachungskommission siebenmal unter dem Vorsitz von Prof. Dr. habil. Dr. h. c. Hans Lippert, Magdeburg, jeweils gemeinsam mit der Prüfungskommission, getagt. Zusammen mit den Sachverständigen Beratern und der Überwachungskommission wurde im November 2012 die Jahresvisitation der Koordinierungsstelle, Deutsche Stiftung Organtransplantation, in Frankfurt/Main durchgeführt.

Im Vordergrund der Kommissionsarbeiten standen in diesem Berichtsjahr die Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten in deutschen Transplantationszentren sowie in deren Folge die Umsetzung der im Spitzengespräch vom 27.08.2012 von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vereinbarten Maßnahmen (siehe Kapitel 5.1.2). Entsprechend haben die Überwachungskommission und die Prüfungskommission (siehe Kapitel 5.1.5) die verdachtsunabhängigen Kontrollen in den Transplantationszentren intensiviert (siehe Kapitel 5.1.6). Über die Prüfungstätigkeiten und die Ergebnisse der jährlichen Visitation der Koordinierungsstelle wird ein schriftlicher Jahresbericht erstattet, der künftig regelmäßig veröffentlicht werden soll, um dem besonderen Informationsinteresse von Parlament und Öffentlichkeit zu entsprechen.

Die Überwachungskommission und die Prüfungskommission hatten bereits im Jahr 2011 eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit den Datenanforderungen und Datenflüssen in der Transplantationsmedizin auseinandersetzt. Mittels eines Gesamtkonzepts sollen die Transparenz und die Qualitätssicherung der Datenerfassung und -ausweitung in der Transplantationsmedizin weiter verbessert werden. Die in der Arbeitsgruppe entwickelten konzeptuellen Vorstellungen wurden von Prof. Lippert und Prof. Dr. Gerd Otto, Mainz, in den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 30.11.2012 durchgeführten Expertenworkshop zum Thema „Transplantationsregister“ eingebracht.

Wie im Vorjahr und über das jetzige Berichtsjahr hinaus sind Kommissionsmitglieder auch in Arbeitsgruppen der Ständigen Kommission Organtransplantation tätig gewesen.

5.1.5 Prüfungskommission gemäß § 12 Abs. 5 Satz 4 TPG

Die Prüfungskommission wird gemeinsam getragen von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ihre Hauptaufgabe ist die Überprüfung von Allokationsauffälligkeiten. Dabei prüft sie in regelmäßigen Abständen stichprobenartig, ob die Vermittlungsentscheidungen der Stiftung Eurotransplant nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen und unter Einhaltung der Allokationsrichtlinien nach § 16 Transplantationsgesetz sowie des TPG insgesamt erfolgt sind. Des Weiteren geht die Kommission Meldungen der Stiftung Eurotransplant oder von anderen Institutionen über Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung von Vermittlungsentscheidungen nach. Die Überprüfung erfolgt für den Bereich der Organvermittlung regelmäßig auf Grundlage einer differenzierten Prüfung der Berichte der Vermittlungsstelle gemäß § 12 Abs. 4 Nr. 6 TPG. Überdies sind der Prüfungskommission durch die TPG-Novelle ab 1. August 2012 erweiterte Kontrollmöglichkeiten gegenüber der Koordinierungsstelle, den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern eingeräumt worden (siehe Kapitel 5.1.5).

Im Rahmen der einzelnen Prüfungen werden die Verfahrensbeteiligten um schriftliche Stellungnahme bzw. in Einzelfällen zu mündlichen Anhörungen gebeten. Die abschließende Stellungnahme und Beurteilung wird außer den Verfahrensbeteiligten erforderlichenfalls auch weiteren Institutionen dann zugeleitet, wenn dies nach Auffassung der Kommission das allgemeine Patienteninteresse erfordert. Die Kommission ist gesetzlich verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen das TPG und auf Grund des TPG erlassene Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten.

Seit 2009 sind für die Länder zwei Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der Kommission tätig, zunächst als Ständige Gäste und seit August 2012 als ordentliche Mitglieder. Im April 2010 hatte die Kommission einhellig und mit billigender Kenntnisnahme der Auftraggeber beschlossen, dem Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation als Vertreter der Koordinierungsstelle sowie dem Direktorium der Stiftung Eurotransplant als Vertreter der Vermittlungsstelle anzubieten, als Gäste an den Beratungen der Kommissionssitzungen teilzunehmen. Von diesem Angebot machen beide Stellen seit Juni 2010 regelmäßig Gebrauch.

Innerhalb des Berichtszeitraums hat die Prüfungskommission siebenmal unter dem Vorsitz der Vorsitzenden Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret Rinder, Berlin, jeweils gemeinsam mit der Überwachungskommission, getagt. Zusammen mit den Sachverständigen Beratern und der Überwachungskommission wurde im November 2012 die Jahresvisitation der Vermittlungsstelle, Stiftung Eurotransplant, in Leiden/NL durchgeführt.

Im Vordergrund der Kommissionsarbeiten standen in diesem Berichtsjahr die Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten in deutschen Transplantationszentren sowie in deren Folge die Umsetzung der im Spitzengespräch vom 27.08.2012 von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vereinbarten Maßnahmen (siehe Kapitel 5.1.2).

Seit ihrer Einrichtung hat sich die Prüfungskommission in den Jahren 2000 bis 2011 bei rund 60.000 Transplantationen in Deutschland mit 129 Vorgängen klärungsbedürftiger

Auffälligkeiten befasst, darunter neun neue Vorgänge im Jahr 2012. In der überwiegenden Zahl dieser Fälle hat es sich nach der jeweils einhelligen Beurteilung der Kommission nicht um Allokationsverstöße, sondern um Probleme der Qualitätssicherung bzw. der Organisation der transplantationsbeteiligten Institutionen gehandelt. In bislang 31 Fällen hat die Kommission Verstöße unterschiedlichen Schweregrades festgestellt, davon leitete sie 21 Verstöße an weitere Institutionen, wie Staatsanwaltschaften oder Aufsichtsbehörden, weiter.

Über die Befassung mit gemeldeten Allokationsauffälligkeiten hinaus haben die Prüfungskommission und die Überwachungskommission (siehe Kapitel 5.1.4) die verdachtsunabhängigen Kontrollen in den Transplantationszentren intensiviert (siehe Kapitel 5.1.6). Über die Prüfungstätigkeiten und die Ergebnisse der jährlichen Visitation der Vermittlungsstelle wird ein schriftlicher Jahresbericht erstattet, der künftig regelmäßig veröffentlicht werden soll, um dem besonderen Informationsinteresse von Parlament und Öffentlichkeit zu entsprechen.

Die Prüfungskommission und die Überwachungskommission hatten bereits im Jahr 2011 eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit den Datenanforderungen und Datenflüssen in der Transplantationsmedizin auseinandersetzt. Mittels eines Gesamtkonzepts sollen die Transparenz und die Qualitätssicherung der Datenerfassung und -ausweitung in der Transplantationsmedizin weiter verbessert werden. Die in dieser Arbeitsgruppe entwickelten konzeptuellen Vorstellungen wurden von Prof. Dr. Dr. Hans Lippert, Magdeburg, und Prof. Dr. Gerd Otto, Mainz, in den vom Bundesministerium für Gesundheit am 30.11.2012 durchgeführten Expertenworkshop zum Thema „Transplantationsregister“ eingebracht.

Wie im Vorjahr und über das jetzige Berichtsjahr hinaus sind Kommissionsmitglieder auch in Arbeitsgruppen der Ständigen Kommission Organtransplantation tätig gewesen.

5.1.6 Flächendeckende Kontrollen der Transplantationszentren

Im Ergebnis des gemeinsamen Spitzengespräches von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vom 27.08.2012 (siehe Kapitel 5.1.1) wurde als eine wesentliche Konsequenz die Intensivierung der Kontrollen in den Transplantationszentren durch die Überwachungskommission (siehe Kapitel 5.1.3) und die Prüfungskommission (siehe Kapitel 5.1.4) vereinbart. Die flächendeckenden, verdachtsunabhängigen Visitationen sollen mit dazu beitragen, Manipulationen bei der Organvergabe zu verhindern und das schwer erschütterte Vertrauen der Menschen in das Transplantationswesen wieder herzustellen (vgl. Kapitel 5.1.1).

Daran anknüpfend haben die Prüfungskommission und die Überwachungskommission auf neuer gesetzlicher Grundlage eine Verschärfung der Kontrollen in den Transplantationszentren beschlossen und das Prozedere dieser Visitationen im Einzelnen festgelegt. In der Folge sind alle 47 Transplantationszentren mit ihren insgesamt 140 organspezifischen Transplantationsprogrammen mindestens einmal in einem Zeitraum von 36 Monaten vor Ort zu prüfen. Dazu werden mehrere organspezifische Prüfungsgruppen gebildet, in denen jeweils zwei Mitglieder der Prüfungskommission oder der Über-

wachungskommission sowie zwei für das jeweilige Organtransplantationsprogramm sachverständige unabhängige Ärzte mitwirken. Die Prüfungsgruppen werden zudem von Mitarbeitern der zuständigen Landesministerien begleitet. Sofern sich im Zuge einer Visitation Auffälligkeiten ergeben, die weitere Untersuchungen erfordern, kommt in einem zweiten Schritt eine Sonderprüfungsgruppe zum Einsatz.

Auf diese Weise sind im Zeitraum von September bis Dezember 2012 bereits zehn der 25 Lebertransplantationsprogramme überprüft worden. Für diesen Transplantationsbereich sollen die Erstvisitationen bis Mitte 2013 abgeschlossen sein. In zwei Fällen bedurfte es nach der Erstvisitation der Einleitung einer Sonderprüfung.

5.1.7 Vertrauensstelle Transplantationsmedizin

In Folge des gemeinsamen Spitzengespräches von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vom 27.08.2012 (siehe Kapitel 5.1.1) haben die Überwachungskommission (siehe Kapitel 5.1.3) und die Prüfungskommission (siehe Kapitel 5.1.4) im November 2012 eine unabhängige Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“ zur (auch anonymen) Meldung von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsrecht eingerichtet. Die Stelle nimmt auf vertraulicher Basis Hinweise auf Unregelmäßigkeiten beziehungsweise Informationen im Zusammenhang mit Auffälligkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegen. Mit der Leitung der Vertrauensstelle wurde die Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof i. R., Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan, betraut.

5.1.8 Gewebemedizin

Hintergrund

Mit dem Gewebegesetz vom Juli 2007 wurde die Richtlinie 2004/23/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen samt der Durchführungsrichtlinien 2006/17/EG und 2006/86/EG in deutsches Recht umgesetzt. Damit sind Regelungen für die Spende und die weitere Be- und Verarbeitung menschlicher Zellen und Gewebe insbesondere im Arzneimittelgesetz (AMG), aber auch im Transplantationsgesetz (TPG) und im Transfusionsgesetz (TFG) sowie in der Verordnung zur Änderung der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) und der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem TPG (TPG-GewV) wirksam geworden.

Auch fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gewebegesetzes ist nicht klar, ob und inwieweit die Versorgung der Patienten in Deutschland mit Gewebe und Gewebezubereitungen gewährleistet werden kann. Darüber hinaus sind mögliche Beeinflussungen zwischen der Organtransplantation und der Gewebemedizin bisher nicht näher untersucht. Aus Sicht der Bundesärztekammer deutet u. a. die Existenz von zentrumsbezogenen Wartelisten, beispielsweise für Patienten, die auf eine Augenhornhauttransplantation oder auf

den Ersatz einer Herzklappe warten, darauf hin, dass nicht alle betroffenen Patienten sofort mit dem benötigten Gewebe bzw. der erforderlichen Gewebezubereitung versorgt werden können. Das Ausmaß dieses Mangels und damit die Frage, ob Patienten aufgrund von Wartezeiten dauerhafte Gesundheitsschäden erleiden oder gar versterben, lässt sich zurzeit nicht beantworten. Insofern kommt der Zusammenführung und Auswertung der für die Gewebemedizin wesentlichen Daten beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als zuständiger Bundesoberbehörde sowie der kontinuierlichen Interpretation und Bewertung des Berichtes gemäß § 8d Abs. 3 TPG weiterhin eine große Bedeutung zu.

Gremienübergreifende Zusammenarbeit im Bereich Gewebemedizin

Durch das Gewebegesetz wurde trotz der naturgemäß bestehenden diversen Parallelitäten in den medizinischen und ethischen Fragen eine regelungssystematische Schnittstelle zwischen der Gewebemedizin einerseits und der Organtransplantation andererseits geschaffen. Während für den Umgang mit Organen zur Transplantation das TPG den alleinigen gesetzlichen Regelungsrahmen darstellt, ist das AMG für den Umgang mit Gewebe i. S. d. § 1a Nr. 4 TPG und Gewebezubereitungen gemäß § 4 Abs. 30 AMG einschlägig. Diese Unterteilung wurde von der Bundesärztekammer wiederholt als artifiziell kritisiert. Insofern ist es nur konsequent, dass innerhalb der Bundesärztekammer allgemeine Aspekte der Gewebemedizin in der Regel sowohl vom Wissenschaftlichen Beirat, der gemäß § 16b TPG die Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Entnahme von Gewebe und deren Übertragung erarbeitet, wie auch von der Ständigen Kommission Organtransplantation, die gemäß § 16 TPG die Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen formuliert, bearbeitet werden.

So wurden Beiträge für eine entsprechende Stellungnahme der Bundesärztekammer auf der Basis von Anmerkungen u. a. der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats und der Ständigen Kommission Organtransplantation erstellt, als das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 02.12.2011 der Bundesärztekammer die Möglichkeit eröffnete, bis zum 06.01.2012 zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet) Stellung zu nehmen. Aus der Perspektive der Gewebemedizin wurde in der Stellungnahme der Bundesärztekammer insbesondere die definitorischen Diskrepanzen zwischen der Definition der „Keimzellen“ gemäß AMG und der Definition der „Keimbahnzellen“ gemäß Embryonenschutzgesetz (ESchG) sowie die Regelungen für das Vigilanzsystem für menschliche Keimzellen, imprägnierte Eizellen und Embryonen kritisiert. Im Ergebnis wurde gefordert, die Begriffsdefinitionen im Interesse der Rechtsklarheit für alle Rechtsanwender dringend zu harmonisieren und die Regelungen für menschliche Keimzellen, imprägnierte Eizellen und Embryonen aus rechtssystematischen wie aus medizinethischen Gründen bis zur Schaffung sachadäquater Regelungen in einem Fortpflanzungsmedizingesetz im TPG zu belassen. Ungeachtet dieser Kritik wurde am 15. Februar 2012 weitgehend unverändert der Kabinettsentwurf von der Bundesregierung beschlossen. Die Bundesärztekammer wurde in der Anhörung vom 11. Juni 2012 auf der Basis ihrer Stellungnahme zum Regierungsentwurf vertreten, wobei der Schwerpunkt der Anhörung auf den Regelungen für die klinischen Prüfungen (vgl. Kapitel 4.1.3) lag und die gewebemedizinischen Aspekte nur am Rande berührt wurden.

Auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 wurde eine Entschließung zur Aufklärung zur Gewebespende (DÄT-Drs. I-31) gefasst, in der die Bundesärztekammer gebeten wird, Kriterien zum Aufklärungsgespräch zur postmortalen Gewebespende zu erarbeiten. Gemäß Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 29.06.2012 wurde auch dieses Thema sowohl dem Wissenschaftlichen Beirat wie auch der Ständigen Kommission Organtransplantation zur Beratung überwiesen. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich daraufhin mit der Thematik befasst und festgestellt, dass dem Anliegen des Antrags bereits weitgehend durch die gemeinsam mit der Ständigen Kommission Organtransplantation erfolgte Erarbeitung des Papiers „Regelungen an der Schnittstelle Gewebemedizin – Organtransplantation" entsprochen wurde. Die in diesem Papier dargestellten Ergebnisse haben auch weiterhin Gültigkeit. Über dieses Papier hinaus sieht der Wissenschaftliche Beirat aufgrund der z. T. unklaren Rechtslage – u. a. auch aus haftungsrechtlicher Sicht – derzeit keine Handlungsoptionen für die Bundesärztekammer. Die Befassung der Ständigen Kommission Organtransplantation ist für das erste Quartal 2013 vorgesehen.

Transplantation vaskularisierter komplexer Gewebe

In der letzten Zeit hat die Transplantation vaskularisierter komplexer Gewebe erstaunliche Fortschritte erzielt. Viele schwere Erkrankungen, die auf in der Regel erworbenen Funktionsstörungen bestimmter vaskularisierter komplexer Gewebe wie Gliedmaßen oder Gesichtsteilen beruhen, lassen sich gegenwärtig prothetisch nur unzureichend therapieren. In der Behandlung dieser Erkrankungen erlangt daher zunehmend die Transplantation an Bedeutung. So werden weltweit immer häufiger vaskularisierte komplexe Gewebe wie Gliedmaßen oder Gesichtsanteile verstorbener Spender auf Empfänger übertragen, die z. B. im Rahmen von Unfällen und zunehmend auch von Kriegseinsätzen irreparable, verstümmelnde und funktionseinschränkende Gewebeschäden erlitten haben, welche prothetisch nicht zufriedenstellend versorgt werden können.

Vor diesem Hintergrund richtete die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) am 19.06.2012 eine Anfrage zum Umgang mit vaskularisierten komplexen Geweben an den Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation. Hintergrund der Anfrage ist, dass die Begriffsbestimmungen des seit dem 1. August 2007 in Kraft getretenen Gewebegesetzes zur Umsetzung der Geweberichtlinie 2004/23/EG und deren Durchführungsrichtlinien 2006/17/EG und 2006/86/EG zwischen Organen und Geweben differenzieren. Die rechtliche Einordnung der (vaskularisierten komplexen) Gewebe als Organe im Sinne des TPG von 1997 wurde damit verlassen. Infolge des Gewebegesetzes gelten in Deutschland für vaskularisierte komplexe Gewebe neben den transplantationsrechtlichen (z. B. Regelungen zur Aufklärung und Einwilligung sowie zur Todesfeststellung) insbesondere die arzneimittelrechtlichen (z. B. Gewinnung der Gewebe, Laboruntersuchungen des Spenders, Genehmigungen für die Gewinnung und Be- und Verarbeitung der Gewebe) Bestimmungen. Einschlägig sind nur diejenigen transplantationsrechtlichen Normen, die Gewebe i. S. von § 1a Nr. 4 TPG betreffen; somit gelten für vaskularisierte komplexe Gewebe nicht die Regelungen des TPG für vermittlungspflichtige Organe wie insbesondere die strukturellen und organisatorischen Vorgaben für die Entnahme und den Transport durch die Koordinierungsstelle gemäß § 11 TPG sowie die Allokation durch die Vermittlungsstelle gemäß § 12 TPG. Ein vergleichbares regelungssystematisches Problem trat bei der Umsetzung der Geweberichtlinie für die Pankreasinseln auf (vgl. ausführliche Darstellung in Kapitel 5.1.2 und 5.1.5 des Tätigkeitsberichts 2010).

Die aktuell bestehenden medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen und Probleme bezüglich der Regelungen zur Spende und Übertragung vaskularisierter komplexer Gewebe wurden in dem Beitrag „Komplexe Gewebe – komplexe Fragen" von Pühler/Hübner, welcher im Januar 2013 in der Zeitschrift Medizinrecht erscheinen wird, zusammenfassend dargestellt.

Richtlinien der Bundesärztekammer gemäß § 16b TPG

Im Bemühen um die Gewebespende erarbeitet die Bundesärztekammer gemäß § 16b TPG Richtlinien, auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer prioritär zunächst für zwei Bereiche: So hat der Arbeitskreis „Hämatopoetische Stammzellen" des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter der Federführung von Prof. Dr. Gerhard Ehninger, Dresden, die Überarbeitung und die Zusammenführung der bisherigen Richtlinien in mehreren Sitzungen weiter fortgeführt (vgl. Kapitel 5.2.3).

Der im Jahr 2008 neu eingerichtete Arbeitskreis „Augenhornhautbanken" erarbeitet unter der Federführung von Prof. Dr. Thomas Reinhard, Freiburg, eine Richtlinie, die sowohl die transplantationsrechtlichen Vorgaben gemäß § 16b TPG wie auch die arzneimittelrechtlichen Vorgaben für die „Gute Fachliche Praxis" zusammenführt. Die Deutsche Gesellschaft für Ophthalmologie sowie die betroffenen Fachkreise begrüßen diese für die praktische Umsetzung der auf verschiedene gesetzliche und untergesetzliche Regelungen verteilten Vorgaben für die Spende und den Umgang mit Augenhornhäuten ausdrücklich. Der innerhalb der Arbeitsgruppe konsentierte Richtlinienentwurf war den Fachgesellschaften im Sommer 2011 zur Anhörung übermittelt worden. Die Auswertung der bis Mitte September 2011 eingegangenen Rückläufe ist in einer konsentierenden Sitzung des Arbeitskreises vom 19.03.2012 in Düsseldorf erfolgt, sodass ein weitgehend reifes Papier vorliegt.

Im Rahmen der finalen Abstimmung des Richtlinienentwurfs nach dieser Konsentierung im Arbeitskreis in Düsseldorf, an der das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) mit zwei Mitarbeiterinnen vertreten war, meldete die zuständige Bundesoberbehörde zu drei wesentlichen Fragen Abstimmungsbedarf an. Die Inkongruenzen zu diesen neuen Anmerkungen sollen nach Möglichkeit innerhalb des ersten Quartals 2013 ausgeräumt werden, sodass dann – wie vom Wissenschaftlichen Beirat beschlossen – über die endgültige Fassung der Richtlinie im schriftlichen Verfahren abgestimmt werden kann.

5.2 Hämotherapie

5.2.1 Richtlinien zur Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG

Für die Transfusionsmedizin stellt die Bundesärztekammer seit 1980 gemeinsam mit der zuständigen Bundesoberbehörde den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik in Richtlinien fest. Diese Aufgabe ist seit 1998 mit dem Transfusionsgesetz (TFG) gesetzlich übertragen.

Durch Artikel 3 des Gewebegesetzes vom Juli 2007 hatte sich eine Änderung der Rechtsgrundlage der Hämotherapie-Richtlinien ergeben: Mit § 12 TFG wurde eine Verord-

nungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu den Anforderungen im Bereich der Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen eingeführt, die auf das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) übertragbar ist. Die Richtlinienfeststellung der Bundesärztekammer im Bereich der Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen ist seither durch § 12a TFG zu einer fakultativen – die Verordnungsgebung ergänzenden – Aufgabe geändert worden; zu ihrer Ausfüllung bedarf es weiterhin des Einvernehmens mit dem PEI. Die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer nach § 18 TFG im Bereich der Anwendung von Blutprodukten ist durch das Gewebegesetz nicht tangiert worden.

Vor dem Hintergrund der offenkundigen Absicht des BMG, wie bisher nicht von der Verordnungsermächtigung Gebrauch zu machen, beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer 2008, die Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer fortzuführen, um umfassende und angemessene Regelungen für die Ärzteschaft im Bereich der Gewinnung, Herstellung und Anwendung von Blutprodukten zu gewährleisten. Nachdem die 2005 veröffentlichte Gesamtnovelle der Richtlinien 2007 in einer ersten Richtlinienanpassung in wenigen Punkten im Interesse einer guten Praktikabilität geändert und ergänzt worden war, wurden im Rahmen der zweiten Richtlinienanpassung (2010) nach einer systematischen Prüfung der Richtlinien weitere notwendige Änderungen vorgenommen. Diese ergaben sich insbesondere aus einzelnen Diskrepanzen zwischen Regelungen der Richtlinien und den Querschnitts-Leitlinien Hämotherapie der Bundesärztekammer bei Vorgaben zur Bestrahlung von Blutprodukten und zur Anwendung CMV-negativer Blutprodukte sowie aus einem Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI) zum Spendevolumen und der Spendefrequenz im Rahmen einer Plasmapherese. Zusätzlich wurden deklaratorische Verweise auf arzneimittelrechtliche Regelungen nach Verabschiedung der 15. AMG-Novelle (2009) an die veränderte Rechtslage angepasst. Die Formulierung zum Blutspendeausschluss homo- und bisexueller Männer wurde redaktionell überarbeitet, um den diskriminierenden Anschein der bisherigen Fassung zu entkräften.

Die Richtliniennovelle wurde im Bundesanzeiger bekannt gemacht und trat im Juli 2010 in Kraft (BAnz. Nr. 101a, Jg. 62). Diese Neuauflage der Richtlinien ist auch im Deutschen Ärzte-Verlag als Buch erschienen (ISBN-Nr. 978-3-7691-1294-8).

Blutspendeausschluss von Personen mit sexuellem Risikoverhalten

Der dauerhafte Ausschluss von homo- und bisexuellen Männern (bzw. Männern, die Sexualverkehr mit Männern haben [MSM]) von der Blutspende wurde von den an der Richtlinienanpassung 2010 beteiligten Gremien kontrovers diskutiert. Der Wissenschaftliche Beirat sah bereits 2009 das Erfordernis eines begründenden Papiers, in dem sowohl auf die Notwendigkeit des Dauerausschlusses von MSM von der Blutspende als auch auf den Umgang der Blutspendedienste mit heterosexuellen Sexualkontakten als mögliches Risiko einer Übertragung von Infektionskrankheiten durch Blutprodukte eingegangen wird. Dementsprechend wurden Erläuterungen zum „Blutspendeausschluss von Männern, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM)“ im Arbeitskreis unter Beteiligung des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) konsentiert (http://www.bundesaerztekammer.de/haemotherapie).

Bundesärztekammer und PEI waren gemeinsam der Auffassung, dass unabhängig von der Richtlinienanpassung 2010 bei der weiteren Überarbeitung der Richtlinien die oben

genannte Thematik erneut bewertet werden muss. Insofern wird der gegenwärtige Richtlinientext zu dieser Thematik einvernehmlich als vorläufige Fassung bewertet. In der Folge wurde ein ergebnisoffener Beratungsprozess mit dem Ziel initiiert, unter Berücksichtigung internationaler Daten ein langfristig tragfähiges Lösungskonzept zum Umgang mit blutspendebereiten Personen zu entwickeln, deren Sexualverhalten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten birgt. Daher wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Mitgliedern des Ständigen Arbeitskreises „Richtlinien Hämotherapie" und des Arbeitskreises „Blut nach § 24 TFG" sowie Vertretern des Paul-Ehrlich-Instituts eingerichtet. Die Arbeitsgruppe hat Ende des Berichtsjahres ihre Problemanalyse sowie Empfehlungen zu möglichen Regelungsoptionen vorgelegt. Dieser Entwurf wurde dem Ständigen Arbeitskreis „Richtlinien zur Hämotherapie" und dem Arbeitskreis „Blut nach § 24 TFG" sowie dem Wissenschaftlichen Beirat vorgestellt und soll im Frühjahr 2013 dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung und Verabschiedung vorgelegt werden. Anschließend wird die Veröffentlichung erfolgen.

Unverändert sind die Verlautbarungen des Arbeitskreises „Blut nach § 24 TFG" in Bezug auf Auswirkungen auf die Richtlinienarbeit der Bundesärztekammer zu prüfen. Daher vertritt der Vorsitzende des Ständigen Arbeitskreises, Prof. Dr. Gregor Bein, Gießen, die Bundesärztekammer in diesem vom BMG nach § 24 TFG eingerichteten Gremium. Für dessen neue Amtsperiode 2011 bis 2014 hat die Bundesärztekammer Prof. Bein erneut als Vorsitzenden sowie Prof. Dr. Harald Klüter, Mannheim, als seinen Stellvertreter benannt.

Überwachung der Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten

Die Hämotherapie-Richtlinien weisen den Landesärztekammern Aufgaben zur Überwachung der Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten zu (vgl. Kapitel 4.4.3).

5.2.2 Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten

Die vierte Auflage der Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten wurde 2008 herausgegeben. Erstmals 1995 erschienen, zielen die Leitlinien der Bundesärztekammer darauf ab, der Ärzteschaft Handlungsanleitungen für einen kritisch reflektierten Einsatz von aus gespendetem Blut gewonnenen Produkten an die Hand zu geben. Die Querschnitts-Leitlinien stehen in engem Zusammenhang mit den ebenfalls von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) herausgegebenen Richtlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten (Hämotherapie) nach §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz (TFG). Beide Werke werden aufeinander abgestimmt und verweisen entsprechend gegenseitig auf sich.

Ende 2010 wurde eine Publikation eines Mitautors des Kapitels „Humanalbumin" der Querschnitts-Leitlinien aufgrund eines sehr gravierenden wissenschaftlichen Fehlverhaltens vom Medizinjournal „Anesthesia and Analgesia" widerrufen und daraufhin die Zusammenarbeit des Wissenschaftlichen Beirats mit diesem Verfasser beendet. Ferner bestand Anlass, neben der widerrufenen Arbeit weitere Publikationen dieses Verfassers

zu überprüfen, die insbesondere die Anwendung von Hydroxyethylstärke zu therapeutischen Zwecken betreffen. Im Ergebnis musste das Kapitel 5 „Humanalbumin“ der Querschnitts-Leitlinien ausgesetzt werden (Dtsch Arztebl 2011; 108[1/2]: A 58). Bis zu seiner Überarbeitung sollten die darin enthaltenen Empfehlungen nicht zu differenzialtherapeutischen Entscheidungen herangezogen werden.

Die separate Revision und Aktualisierung dieses Kapitels der Querschnitts-Leitlinien erfolgt durch eine Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats unter der Federführung von Prof. Dr. Harald Klüter, Mannheim. Die Arbeitsgruppe hat sich, aufbauend auf Vorarbeiten, die u. a. eine Umfrage unter Fachgesellschaften zur Priorisierung des Überarbeitungsbedarfs der einzelnen Kapitelabschnitte umfassten, zunächst unter Beteiligung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) über das weitere methodische Vorgehen verständigt und die Arbeit mit der Sichtung der Ergebnisse einer umfangreichen Literaturrecherche aufgenommen.

Die weiterentwickelten Verfahrensschritte könnten zugleich den Revisionsprozess für eine später folgende Überarbeitung der Querschnitts-Leitlinien im Ganzen prägen. Jenseits der Teilrevision soll eine grundlegende Überarbeitung der Querschnitts-Leitlinien zu einem späteren Zeitpunkt in Angriff genommen werden.

5.2.3 Hämatopoetische Stammzellen

Nach dem Transfusionsgesetz (TFG) obliegt es der Bundesärztekammer, im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik für die Separation und Anwendungen von Blutstammzellen festzustellen.

Zum Themenkomplex „hämatopoetische Stammzellen“ existieren bisher drei Richtlinien:

- Richtlinien zur Transplantation peripherer Blutstammzellen (1997),
- Richtlinien zur Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurblut (CB = Cord Blood) (1999) und
- Richtlinien für die allogene Knochenmarktransplantation mit nichtverwandten Spendern (1994).

Durch das Gewebegesetz haben sich wesentliche Änderungen zur Rechtslage der Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellen ergeben. Damit ging formal auch eine Änderung der Rechtsgrundlage zur Erstellung von Richtlinien durch die Bundesärztekammer einher, da mit § 12 TFG eine Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingeführt wurde und seither nach § 12a TFG lediglich eine fakultativ ergänzende Richtlinienfeststellung der Bundesärztekammer vorgesehen ist. Besonders zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass aus Knochenmark hergestellte Blutstammzellen dem Regelungsbereich des Transplantationsgesetzes (TPG) zugeordnet wurden, während periphere Blutstammzellen und Nabelschnurstammzellen weiterhin unter das Transfusionsgesetz fallen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte 2008 beschlossen, die bisherige Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer in diesem Bereich fortzuführen. Der dazu eingerichtete Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats unter der Federführung von Prof. Dr. Gerhard Ehninger, Dresden, hat bisher unter Mitwirkung von Vertretern des PEI acht-

mal getagt und im Oktober 2011 eine Anhörung zum bisherigen Richtlinienentwurf durchgeführt. Es wird angestrebt, die gesetzlich vorgegebene Trennung der Regelungen für Blutstammzellen aus dem Knochenmark einerseits und peripheren Blutstammzellen sowie Nabelschnurzellen andererseits im Rahmen der Richtlinien mit dem Ziel eines sinnvollen medizinischen Handelns zusammenzuführen. Der Richtlinienauftrag der Bundesärztekammer soll hierbei möglichst breit ausgefüllt werden. Zugleich sollen die fachlichen Standards (sog. Gute fachliche Praxis bzw. Gute Herstellungspraxis) festgelegt bzw. entsprechend den Vorgaben der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) und der TPG-Gewebeverordnung wiedergeben werden. Angesichts des sehr komplexen Rechtsrahmens soll der Regelungstext um einen Kommentar ergänzt werden, um das Verständnis der Rechtslage zu erleichtern und die Möglichkeiten einer Optimierung der Weiterentwicklung geltender Regelungen zu beleuchten. Die Verabschiedung des Richtlinienentwurfs ist für 2013 geplant.

5.3 Fortpflanzungsmedizin

5.3.1 Arbeitskreis „Offene Fragen der Reproduktionsmedizin“

Für wichtige Bereiche der Reproduktionsmedizin besteht eine grundsätzliche Rechtsunsicherheit, die nur durch ein Handeln des Gesetzgebers beseitigt werden kann. Dies wurde exemplarisch deutlich bei der Verabschiedung der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion im Jahr 2006 und bei der Diskussion des Regierungsentwurfs für ein Gewebegesetz mit den arzneimittelrechtlich geprägten Regelungen für den Umgang mit menschlichen Keimzellen. Durch die Verteilung wesentlicher Regelungen auf diverse Gesetze wie das Embryonenschutzgesetz, das Stammzellgesetz, das Strafgesetzbuch und – bedingt durch das Gewebegesetz – das Transplantations- und das Arzneimittelgesetz sowie auf untergesetzliche Regelungen ist die Orientierung für den in der Praxis tätigen Arzt erheblich erschwert worden. Zur besseren Übersichtlichkeit wird die Bündelung dieser Regelungsinhalte in einem eigenständigen Fortpflanzungsmedizingesetz empfohlen.

Die Bundesregierung hatte im Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 für die laufende Legislaturperiode keine gesetzgeberischen Vorhaben für diesen Bereich angekündigt. Vor diesem Hintergrund soll der vom Vorstand der Bundesärztekammer im Dezember 2007 eingerichtete Arbeitskreis „Offene Fragen der Reproduktionsmedizin“ beim Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats zu den straf-, zivil-, medizin- und ggf. auch sozialrechtlichen Fragen eine eigene Ausarbeitung erstellen, die alle wesentlichen Fragen der Reproduktionsmedizin in der notwendigen Tiefe und Klarheit aufzeigt, um sie dauerhaft tragfähigen – nicht zuletzt gesetzgeberischen – Lösungen zuzuführen.

Der Arbeitskreis hat zur Bearbeitung der umfänglichen Thematik vier Unterarbeitsgruppen zu den Bereichen „Embryonenschutzrechtliche Fragen“, „Familienrechtliche Fragen“, „Sozialrechtliche Fragen“ und „Forschungspolitische Fragen“ eingerichtet.

Angesichts der aktuellen gesetzlichen Entwicklungen im Bereich „Präimplantationsdiagnostik“ (vgl. Kapitel 5.3.2) hat der Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats im Einvernehmen mit dem Vorstand der Bundesärztekammer entschieden, die Arbeiten zum

Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG) prioritär zu verfolgen, bevor angesichts der dann veränderten Rechtslage weitere Projekte zu „Offenen Fragen der Reproduktionsmedizin“ angegangen werden können.

5.3.2 Arbeitsgruppe „Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik“

Die Diskussion über gesetzliche Regelungen für die Reproduktionsmedizin wurde wesentlich durch das Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 06.07.2010 zur Präimplantationsdiagnostik (PID) belebt. In seinem Urteil hat der BGH einen Arzt freigesprochen, der in den Jahren 2005 und 2006 Paaren, die ein hohes Risiko für eine schwere genetische Störung ihrer Kinder aufwiesen, mit Hilfe der In-vitro-Fertilisation zur Geburt von Kindern verholfen hat. Vor der Übertragung der Embryonen in die Gebärmutter hatte er eine genetische Untersuchung an nicht mehr totipotenten Zellen durchgeführt und in der Folge nur diejenigen Embryonen in den Mutterleib transferiert, die den untersuchten Gendefekt nicht aufwiesen. Bis zum Urteil des BGHs erschien die PID nach oft vertretener Auffassung durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG) unzulässig. Der BGH stellte hingegen fest, das ESchG enthalte hierfür keine Verbotsnorm. Vielmehr liege es nun am Gesetzgeber, einen Regelungsrahmen für die PID zu setzen.

Mit Blick auf diese legislative Entscheidungsnotwendigkeit wurde im September 2010 die Arbeitsgruppe „Memorandum zur PID“ unter der Federführung von Prof. Dr. Hermann Hepp eingesetzt. Diese gemeinsame Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und des Vorstands der Bundesärztekammer hat in ihrer Ausarbeitung eines Memorandums Vorschläge zur Ausgestaltung einer gesetzlichen Reform angeregt. Dieses vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Memorandum wurde vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 ausführlich diskutiert. Im Ergebnis der Debatte haben 204 der insgesamt 250 Delegierten bei 33 Gegenstimmen das Memorandum bestätigt und damit die Position der Ärzteschaft neu bestimmt. Das Dokument wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch Arztebl 2011; 108[31/32]: A 1701-1708).

Das eindeutige Votum der deutschen Ärzteschaft für eine Zulassung der PID in bestimmten Grenzen und unter kontrollierten Verfahrensvoraussetzungen ist eng verbunden mit der Bereitschaft, Verantwortung in dieser für die Gesellschaft wichtigen Frage zu übernehmen. So hatte sich die Bundesärztekammer bereits im Jahr 2000 intensiv mit den von der PID berührten medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen befasst und den „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur PID“ vorgelegt, um „einen Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Diskussion auf diesem so schwierigen und sensiblen Gebiet der Fortpflanzungsmedizin zu leisten“.

Die erhebliche öffentliche Resonanz infolge der höchstrichterlichen Entscheidung hat den Gesetzgeber zum Handeln veranlasst. So wurde die Präimplantationsdiagnostik (PID) durch eine Änderung des ESchG vom 21. November 2011 geregelt. Seit dem Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelungen im Dezember 2011 ist gemäß ESchG die Durchführung einer PID in bestimmten Fällen nicht rechtswidrig, aufgrund der fehlenden Verordnung gemäß § 3a Abs. 3 Satz 3 ESchG ohne die notwendigen Ausführungsbestimmungen aber praktisch nicht durchführbar. Seit dem Gesetzgebungsverfahren hat die Bundesärztekammer mehrfach darauf hingewiesen, dass im Interesse der

Rechtssicherheit für die betroffenen Paare und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine zeitliche Harmonisierung des Inkrafttretens der gesetzlichen und der untergesetzlichen Regelungen dringend notwendig ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Juli 2012 einen ersten Entwurf einer Verordnung über die rechtmäßige Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PIDV) vorgelegt. Zu diesem Entwurf hat die Bundesärztekammer in ihrer von einer Redaktionsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats unter Federführung von Prof. Hepp erarbeiteten Stellungnahme vom 20. August 2012 kritisch Stellung genommen (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stellbak_pid_20082012.pdf).

In einer Anhörung vor dem BMG am 23. August 2012 wurde – wie in der Vorstandssitzung vom 24. August 2012 berichtet – deutlich, dass die Kritik der Bundesärztekammer an den vom Ministerium vorgelegten Regelungen insbesondere zu den Themenbereichen Begriffsbestimmungen, Zulassung und Zahl der Zentren für PID, Ethikkommissionen und Akkreditierung der Zentren für PID von den betroffenen Fachkreisen weitgehend geteilt wird. Dessen ungeachtet hat das Kabinett am 14. November 2012 den im Vergleich zum Vorentwurf des Ministeriums nur geringgradig geänderten Entwurf einer Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik beschlossen. Gemäß § 3a Abs. 3 Satz 3 ESchG muss der Bundesrat der Rechtsverordnung zustimmen. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates wird sich voraussichtlich in seiner Sitzung am 16. Januar 2013 mit dem Verordnungsentwurf befassen.

Angesichts dessen hat die Redaktionsgruppe unter Federführung von Prof. Hepp die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 20. August 2012 auf der Basis der Rückmeldungen aus den Fachkreisen sowie den Landesärztekammern aktualisiert und erweitert (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stn-baek-pid_141220123.pdf). Als Extrakt aus der Stellungnahme hat die Redaktionsgruppe die „Forderungen der Bundesärztekammer zum PIDV-E“ erarbeitet (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/forderungen-baek-pidv-_14122012.pdf). Die Ausarbeitungen wurden dem Vorstand der Bundesärztekammer in der gemeinsamen Sitzung mit dem Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats vom 14.12.2012 von Prof. Hepp zur Diskussion und Beschlussfassung vorgestellt. Im Ergebnis hat der Vorstand beide Papiere beschlossen und unter der Maßgabe, dass im Zuge der parlamentarischen Beratungen des PIDV-E eine Rechtsgrundlage für eine Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer im Bereich Präimplantationsdiagnostik geschaffen wird, der Erarbeitung einer entsprechenden Richtlinie durch den Wissenschaftlichen Beirat zugestimmt.

Auf der Basis der wegweisenden Vorarbeiten der Bundesärztekammer einerseits und des u. a. im Koalitionsvertrag verankerten Bekenntnisses der Regierungsfraktionen zur „Selbstverwaltung als einem tragenden Ordnungsprinzip im deutschen Gesundheitswesen“ andererseits gilt es in den nächsten Schritten, die näheren Verfahrensregelungen zum PräimpG insbesondere für die Beratung, die Einwilligung, die Zulassung zur PID, die Lizenzierung der Zentren, die Ethikkommissionen und die Qualitätssicherung in dem Entwurf einer Verordnung gemäß § 3a Abs. 3 Nr. 3 ESchG einer medizinisch adäquaten und praktikablen Umsetzung zuzuführen. Vor diesem Hintergrund sollen die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Kabinettsentwurf einer PIDV sowie die „Forderungen der Bundesärztekammer zum PIDV-E“ mit Blick auf die Beratungen im Bundesrat am 16.01.2013 den politischen Entscheidungsträgern übermittelt und auf der Homepage der Bundesärztekammer publiziert werden.

5.3.3 Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin

Derzeit erarbeitet eine Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern unter Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein ein Konzept sowohl zu inhaltlichen wie zu strukturellen Fragen der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin (siehe Kapitel 4.4.5, S. 275f.). In Abhängigkeit von den weiteren Entwicklungen kann später ggf. eine umschriebene Anpassung der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (insbesondere Abschnitt 5.4) durch den Wissenschaftlichen Beirat notwendig werden. Die Inhalte der Anpassung wären durch die Ergebnisse der Arbeitsgruppe der Landesärztekammern maßgeblich vorbestimmt.

5.4 Gendiagnostikgesetz

5.4.1 Hintergrund

Ungeachtet der weitgehend einhellig vorgetragenen Kritik der betroffenen Fachkreise trat das Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) im Wesentlichen am 1. Februar 2010 in Kraft (siehe Bundesgesetzblatt 2009 Teil I Nr. 50, 2529-2538, v. 04.08.2009). Aus Sicht der Ärzteschaft stellt sich der sehr weit gefasste Anwendungsbereich des GenDG unverändert als äußerst problematisch dar. Dieser umfasst sowohl diagnostische genetische Untersuchungen als auch prädiktive genetische Untersuchungen am Menschen einschließlich der auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichteten Analyse der Genprodukte sowie alle wesentlichen Bereiche, in denen solche Untersuchungen Auswirkungen haben könnten. Dies betrifft neben dem medizinischen Bereich u. a. genetische Untersuchungen zur Klärung der Abstammung, genetische Untersuchungen im Versicherungsbereich oder genetische Untersuchungen im Arbeitsleben. Deshalb richten sich zahlreiche Bestimmungen darauf, die Voraussetzungen für genetische Untersuchungen und im Rahmen genetischer Untersuchungen durchgeführte genetische Analysen sowie die Verwendung genetischer Proben und Daten zu bestimmen, um eine potenzielle Benachteiligung von Personen aufgrund ihrer genetischen Eigenschaften zu verhindern. Diese Ziele sollen u. a. durch den Arztvorbehalt gemäß § 7 GenDG in Verbindung mit den Regelungen für die Einwilligung (§ 8 GenDG), die Aufklärung (§ 9 GenDG) und die genetische Beratung (§ 10 GenDG) sowie die Mitteilung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen (§ 11 GenDG) jeweils durch die „verantwortliche ärztliche Person“ gemäß § 3 Nr. 5 GenDG erreicht werden.

Ob insbesondere diagnostische genetische Untersuchungen einem so detailreichen Regelungsgeflecht mit einer schriftlichen Einwilligung zur Untersuchung bedürfen, wie sie im GenDG bestimmt ist, scheint angesichts ihres Verbreitungsgrades als Standardmethode und der breiten Akzeptanz durch die Betroffenen mehr als fraglich. Weite Teile der klinisch-chemischen und der pathologischen Diagnostik, die auf die Untersuchung von Genprodukten gerichtet sind, unterliegen damit dem GenDG. Dies führt im diagnostischen Alltag zu erheblichen Problemen und weiterem bürokratischen Aufwand. Da sich nicht immer eindeutig feststellen lässt, ob eine Untersuchung in einem bestimm-

ten Fall vom GenDG erfasst ist, können erhebliche Probleme resultieren, zumal der Verstoß gegen eine Reihe von Gesetzesvorschriften strafbewehrt ist. Es wäre sachgerechter gewesen, diagnostische genetische Untersuchungen vom Anwendungsbereich dieses Gesetzes auszunehmen. Demgegenüber haben Menschen vor prädiktiven genetischen Untersuchungen im engeren humangenetischen Sinn unzweifelhaft einen Schutzbedarf, welcher durch das GenDG gewährleistet wird.

Auch die artifizielle Unterteilung der pränatalen Diagnostik in eine genetische pränatale Diagnostik mit Regelungen im GenDG einerseits und eine nichtgenetische pränatale Diagnostik andererseits erscheint aus ärztlicher Sicht nach wie vor wenig sinnvoll. Bei der gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) wäre eine Erweiterung des Geltungsbereiches des GenDG auf genetische Untersuchungen und Analysen an extrakorporal erzeugten und sich außerhalb des Mutterleibes befindlichen Embryonen und somit die Anwendung von im GenDG bereits angelegten Regelungsstrukturen für die Präimplantationsdiagnostik (PID) naheliegend gewesen. Denn bei der PID handelt es sich entweder um eine vorgeburtliche diagnostische oder um eine vorgeburtliche prädiktive genetische Untersuchung, für die ein besonders hohes Schutzniveau erforderlich ist. Zu diskutieren sind in diesem Zusammenhang sowohl die Ausweitung des Anwendungsbereichs des GenDG als auch die Erstreckung der Geltung einzelner Normen auf die PID im Wege der Verweisung. Hier besteht aus ärztlicher Sicht legislativer Nachbesserungsbedarf, der u. a. in dem von einem Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats erstellten „Memorandums zur PID“ (vgl. Kapitel 5.3.2) dargestellt wird. Unberührt hiervon bleibt die nicht nur aus ärztlicher Sicht grundlegende Notwendigkeit, die wesentlichen Grundlagen für die Fortpflanzungsmedizin zusammenhängend in einem Gesetz zu regeln.

5.4.2 Gendiagnostik-Kommission beim Robert-Koch-Institut

Mit dem Gendiagnostikgesetz wurde die Kompetenz zur Erarbeitung von Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) übertragen. Für die Bundesärztekammer sind Prof. Dr. Peter Propping, Federführender des Arbeitskreises „Gendiagnostikgesetz“ des Wissenschaftlichen Beirats, und als sein Stellvertreter Prof. Dr. Wolfgang Vogt, Vorsitzender des Beirats „Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“, als Sachverständige im Gaststatus ohne Stimmrecht an der Arbeit der GEKO beteiligt. Die erste Berufungsperiode endete mit Ablauf des 18.11.2012.

Mit Schreiben vom 30.11.2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Bundesärztekammer aufgefordert, für die zweite Amtsperiode der GEKO erneut einen Gast und einen Stellvertreter zu benennen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird voraussichtlich in seiner Sitzung im Januar 2013 – abhängig von seiner grundsätzlichen Entscheidung, ob die Bundesärztekammer weiterhin als Gast in der GEKO vertreten sein möchte – einen Gast und einen Stellvertreter für die zweite Amtsperiode benennen.

Im Rahmen der öffentlichen Anhörungsverfahren hat die Bundesärztekammer im Berichtszeitraum zu folgenden Richtlinienentwürfen der GEKO Stellung genommen:

- Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG

- Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen sowie für die Möglichkeiten, sie zu vermeiden, ihnen vorzubeugen oder sie zu behandeln gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 1a GenDG
- Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Durchführung genetischer Analysen zur Klärung der Abstammung und an die Qualifikation von ärztlichen und nichtärztlichen Sachverständigen gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2b und Nr. 4 GenDG
- Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Durchführung genetischer Reihenuntersuchungen gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 6 GenDG

Die Stellungnahmen wurden jeweils unter Berücksichtigung der Rückmeldungen der Fachkreise in Abstimmung mit den Dezernaten 1, 2 und 3 sowie der Rechtsabteilung erarbeitet.

Zu dem gemäß § 23 Abs. 4 GenDG erstmals zum Ablauf des Jahres 2012 fälligen Tätigkeitsbericht der GEKO konnte im Berichtszeitraum nicht Stellung genommen werden, da der Tätigkeitsbericht nicht fristgerecht veröffentlicht wurde.

5.4.3 Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung der Regelungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) Ärzte und Patienten durch eine Vielzahl von Vorschriften zur Durchführung genetischer Untersuchungen in weiten Bereichen erheblich belastet, ohne dass davon positive qualitative Effekte für die Versorgung ausgingen. Es ist zu befürchten, dass sich das Gesetz in einem Teil der diagnostischen Untersuchungen nicht einhalten lassen wird. Vor diesem Hintergrund hatte bereits der 114. Deutsche Ärztetag 2011 den Gesetzgeber erneut aufgefordert, dringend Nachbesserungen am GenDG vorzunehmen (vgl. DÄT-Drs. VI-15) und „die durch die Richtlinienkompetenz im GenDG geschaffenen Unklarheiten zeitnah gesetzlich [zu] beheben“. Angesichts der bekannten Probleme hat sich der 115. Deutsche Ärztetag 2012 darüber hinaus mit der Forderung an den Gesetzgeber gewandt, die rein diagnostischen Untersuchungen vom Anwendungsbereich des GenDG auszunehmen und die Regelungen des Gesetzes auf die prädiktiven genetischen Untersuchungen zu beschränken (DÄT-Drs. VI-78) sowie das GenDG grundlegend zu überarbeiten (DÄT-Drs. I-10).

Angesichts der anhaltenden Kritik am GenDG hat auf Einladung des Präsidenten der Bundesärztekammer am 30. Oktober 2012 ein Round-Table-Gespräch mit den Präsidenten der betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften stattgefunden. Im Ergebnis wurde eine „Gemeinsame Erklärung zum Novellierungsbedarf des GenDG“ der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Deutschen Vereinten Gesellschaft für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie beraten und verabschiedet. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik war an der Erarbeitung der Gemeinsamen Er-

klärung beteiligt, hat aber ihr Einverständnis zur Zeichnung nach Abschluss des Konsentierungsprozesses zurückgezogen.

Die Gemeinsame Erklärung soll nach der Zeichnung durch die Beteiligten voraussichtlich im ersten Quartal 2013 veröffentlicht und den politischen Entscheidungsträgern zugeleitet werden. Die unterzeichnenden Institutionen treten in der Gemeinsamen Erklärung nachdrücklich für die Schaffung sachadäquater und praktikabler Regelungen der Gendiagnostik und damit für die überfällige Novellierung des GenDG ein.

5.5 Psychotherapie

5.5.1 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Die Aufgabe des gemeinsam von der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten (BPtK) und der Bundesärztekammer getragenen Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) besteht in der nach § 11 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vorgesehenen gutachterlichen Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren, die maßgeblichen Einfluss bei der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten hat. Außerdem befasst sich der Beirat mit Anfragen psychotherapeutischer Fachverbände hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden. Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiative bestimmte Fragen der Psychotherapieforschung auf.

Die Arbeit des Beirats der dritten Amtsperiode (2009 – 2013) erfolgt auf der Grundlage der zwischen der Bundesärztekammer und der BPtK geschlossenen Vereinbarung vom November 2003 (Dtsch Arztebl 2003; 100[49]: A 3266-3267) sowie deren Ergänzung vom März 2009 (Dtsch Arztebl 2009; 106[15]: A 730/B 622/C 606). Letztere bestimmt, dass die Geschäftsstelle für die dritte Amtsperiode des Beirats bei der Bundesärztekammer angesiedelt ist und danach mit Beginn einer jeden neuen Amtsperiode zur jeweils anderen Vertragspartei wechselt.

Im Jahr 2012 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie vier ganztägige Sitzungen durchgeführt. Alternierende Vorsitzende des Beirats sind Prof. Dr. Manfred Cierpka, Heidelberg, und Prof. Dr. phil. Günter Esser, Potsdam. Im Berichtszeitraum übernahm turnusgemäß Prof. Dr. Esser den Vorsitz. Dr. Cornelia Goesmann, Hannover, und Dr. Christoph von Ascheraden, St. Blasien, nehmen als Vorstandsbeauftragte der Bundesärztekammer für Fragen der ärztlichen Psychotherapie an Sitzungen des Beirats teil. Beratungsthemen im Berichtszeitraum waren insbesondere Gutachtenanträge zur Gestalttherapie und zur Humanistischen Psychotherapie, die Operationalisierung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden, die Entwicklung möglicher Kriterien zur Bewertung der Therapieintegrität, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekündigte Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Förderung der Psychotherapieforschung. Zur vertieften Befassung mit einzelnen Themen hat der WBP Arbeitsgruppen gebildet.

Eine Arbeitsgruppe des WBP hat sich in den vergangenen Jahren mit dem Vorgehen bei der Zuordnung von Publikationen bzw. von Methoden zu Verfahren befasst. Dazu wurde der Entwurf eines Leitfadens erstellt, der als Basis für die weitere Arbeit vom Beirat akzeptiert wurde. Die dazu erforderlichen operationalisierten Beschreibungen von Verfahren und eigenständigen Methoden wurden von Unter-Arbeitsgruppen entwickelt. Das Vorgehen wurde grundsätzlich mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgestimmt. Zurzeit überprüft der Beirat die Anwendbarkeit der bisher entwickelten Vorgehensweise für die Zuordnung strittiger Studien zu Verfahren und Methoden der Psychotherapie.

Experimentelle Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und -methoden sind mit erheblichem zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden. Wie bereits in seiner ersten Amtsperiode setzt sich der WBP daher für eine verstärkte Förderung der Psychotherapieforschung ein. Der WBP der dritten Amtsperiode hat daher in Kontinuität seiner bisherigen Aktivitäten zur Forschungsförderung eine Arbeitsgruppe eingerichtet, um eine neue Initiative zur Förderung der Psychotherapieforschung einzuleiten. Zu diesem Zweck hat der WBP ein Memorandum zur Intensivierung und Verstetigung der Evaluationsforschung in der Psychotherapie verabschiedet, das dem BMG zugeleitet wurde. Im Berichtsjahr hat der WBP gegenüber dem BMG und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) auf die Bedeutung einer langfristigen Förderung der Psychotherapieforschung aufmerksam gemacht. Gegenüber dem Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) wurden vor dem Hintergrund der geplanten Ausschreibung eines BMBF-Förderschwerpunkts zu psychischen Krankheiten zentrale Fragestellungen für Psychotherapieforschung betont.

Eine 2011 eingerichtete Arbeitsgruppe (Federführung: Prof. Dr. phil. Jochen Eckert, Hamburg) zur vertiefenden Auseinandersetzung mit Kriterien für die Bewertung der Therapieintegrität konnte ihre Arbeit im Berichtszeitraum abschließen. Ziel der Arbeitsgruppe war die Prüfung des Methodenpapiers des Beirats dahingehend, ob Kriterien zur Bewertung der Therapiedurchführung darin bereits ausreichend berücksichtigt sind. Der Beirat schloss sich in seiner Sitzung vom Juni 2012 der nach eingehender Prüfung von der Arbeitsgruppe geäußerten Einschätzung an, eine Ergänzung der im Methodenpapier bereits vorgesehenen Kriterien sei nicht erforderlich.

Einer der Schwerpunkte der Beratungen des Beirats lag auf dem vom Deutschen Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten e. V. (DDGAP) unter Federführung von Dr. med. Dipl.-Psych. Lotte Hartmann-Kottek, Kassel, gestellten Antrag auf Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie als Psychotherapieverfahren für die Anwendung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen. Das Verfahren zur Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung wurde 2011 eröffnet, eine systematische Literaturrecherche zur Gestalttherapie begonnen.

Ebenfalls wurde im Berichtszeitraum der Antrag der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) beraten. Zunächst reichte die AGHPT den Antrag auf Vorabprüfung ein, ob der Begriff „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahrensbegriff wissenschaftlich anerkennungsfähig sei. Die Antragsteller wurden über das im Methodenpapier des Beirats beschriebene Verfahren für Anträge auf Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung informiert. Im Oktober 2012 stellte die AGHPT beim WBP einen Gutachtenantrag zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie als Psychotherapieverfahren zur Anwendung bei Erwachsenen sowie bei

Kindern und Jugendlichen. Der Beirat hat in seiner Sitzung vom Dezember 2012 beschlossen, das Gutachtenverfahren zu eröffnen. Zur vertiefenden Auseinandersetzung wurden zwei Unter-Arbeitsgruppen zum Verfahrensbegriff „Humanistische Psychotherapie" sowie zur Suchstrategie für die systematische Literaturrecherche eingesetzt. Da die Gestalttherapie von der AGHPT als Methode der Humanistischen Psychotherapie aufgefasst wird, wurde die Bearbeitung des Gutachtenantrags zur Gestalttherapie im Einvernehmen mit der DDGAP im Mai 2012 ausgesetzt.

Eine mögliche Stellungnahme des WBP zu der vom BMG angekündigten Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) wurde 2012 im Beirat ausführlich diskutiert. Dabei spielten insbesondere mögliche negative Folgen einer Direktausbildung für die Verfahrensvielfalt in der Psychotherapie sowie die Frage der Vereinbarkeit eines universitären Direktstudiums mit ausreichender klinischer Erfahrung eine zentrale Rolle. Die Positionierung des Beirats zur Frage der zukünftigen Ausbildungsstruktur wurde im Berichtsjahr nicht abschließend erörtert.

Als besonders eilbedürftig wurde eine Äußerung des Beirats zum Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum KJP erachtet. Hintergrund ist, dass seit Einführung des Bachelor-/Mastersystems an deutschen Universitäten zunehmend Absolventinnen und Absolventen mit Bachelorabschluss in pädagogischen Studiengängen zu KJP ausgebildet werden. Ein Abschluss auf Bachelorniveau wird vom WBP aus wissenschaftlicher Sicht nicht als geeignete akademische Grundlage für die Ausbildung in einem akademischen Heilberuf erachtet (vgl. die Stellungnahme des Beirats zu den Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung zum KJP). Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie teilt diese Auffassung und hat sich daher dazu verpflichtet, keine KJP-Ausbildungskandidaten ohne vorherigen Master- oder Diplomabschluss an den Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beschäftigen. Der WBP machte das BMG daher in einem Schreiben auf dringenden Handlungsbedarf aufmerksam, das Masterniveau auch unabhängig von einer umfassenden Reform des Psychotherapeutengesetzes als Voraussetzung für den Zugang zur KJP-Ausbildung vorzusehen, und bat das Ministerium, sich an weiteren Beratungen im Kontext der Reform von wissenschaftlicher Seite konstruktiv zu beteiligen.

Sämtliche Veröffentlichungen des WBP, u. a. auch die Gutachten und Stellungnahmen zu Psychotherapieverfahren, sind unter der gremieneigenen Internetadresse (www.wbpsychotherapie.de) abrufbar.

Es besteht eine gemeinsame Arbeitsgruppe von WBP und G-BA, um über möglichst kongruente angemessene Anpassungen der Regelungen des Bewertungsverfahrens beider Gremien zu beraten. Hierbei erkennen WBP und G-BA an, dass ihre jeweiligen Vorgehensweisen zur Beurteilung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie unterschiedlichen Zwecken dienen und daher teilweise unterschiedlichen Kriterien folgen müssen. Dessen ungeachtet bestehen in den jeweiligen Vorgehensweisen Gemeinsamkeiten. Daher streben beide Gremien eine Zusammenarbeit an, die sich in der koordinierten Durchführung systematischer Literaturrecherchen gemäß einem zwischen G-BA und WBP-Trägerinstitutionen geschlossenen Rahmenvertrag sowie in der gemeinsamen Verwendung von Studienextraktionsbögen niederschlagen soll. Die gemeinsame Arbeitsgruppe hat im Berichtszeitraum nicht getagt.

5.5.2 Änderung der Psychotherapie-Richtlinie und der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Im Berichtszeitraum hat die Bundesärztekammer zwei Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur geplanten Änderung einer Richtlinie des G-BA unter Einbeziehung der ärztlichen Mitglieder des WBP abgegeben:

- Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 27.01.2012 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Streichung der Fußnote in § 5 Abs. 6a Satz 1 (Quotenregelung Psychotherapie Kinder und Jugendliche)
- Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 12.10.2012 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Gruppengröße in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen und Verhaltenstherapie auch als alleinige Gruppenbehandlung

Die Stellungnahmen sind im Internet abrufbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.5598.

5.5.3 Kooperation zwischen Bundesärztekammer und Ständiger Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände

Im Berichtszeitraum fanden im Rahmen des Jour fixe der Beauftragten des Vorstands der Bundesärztekammer für Fragen der ärztlichen Psychotherapie, Dr. Cornelia Goesmann, Hannover, und Dr. von Ascheraden, St. Blasien, zwei Treffen mit dem Sprecherrat der Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände statt. Dabei wurden insbesondere die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekündigte Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) beraten sowie mögliche Auswirkungen gesetzlicher Änderungen auf die psychotherapeutische Versorgung, insbesondere in Bezug auf die vorgesehene Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und Auswirkungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) im Hinblick auf die Bedarfsplanung. Zusätzlich wurden die Bestimmungen des Psychotherapeutenverfahrens der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und mögliche Konsequenzen der im Berichtszeitraum beendeten, im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer geförderten, Expertisen zur spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie erörtert.

Zukünftige Positionierung der ärztlichen Psychotherapie

Die Qualität der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung hängt entscheidend von der Kooperation der einzelnen beteiligten Berufsgruppen ab und bedarf deshalb der gegenseitigen Information sowie der (Fach-)Öffentlichkeit über die jeweiligen Besonderheiten der Behandlung. Die Kenntnis des spezifischen Versorgungsprofils der Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich ist daher von zentraler Bedeutung, um durch eine gezielte und angemessene Nutzung der verfügbaren Versorgungs-

angebote eine Optimierung einer hochwertigen Patientenversorgung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der zweiten Förderperiode der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung drei Expertisen zur Fragestellung „Evaluation der spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie" durchgeführt. Die Abschlussberichte der geförderten Expertisen wurden im Berichtszeitraum veröffentlicht (im Internet abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.6.3289.7561). Mögliche Handlungsfelder für die Bundesärztekammer u. a. zur Information der (Fach-)Öffentlichkeit über psychotherapeutische, psychiatrische und psychosomatische Kompetenzen der Ärzteschaft wurden im Jour Fixe beraten.

5.5.4 Gespräche zu Fragen der ärztlichen Psychotherapie

Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebots und zur Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs

Im Berichtsjahr hat die Beauftragte des Vorstands der Bundesärztekammer für Fragen der ärztlichen Psychotherapie, Dr. Cornelia Goesmann, Hannover, an einer im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingerichteten Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Empfehlungen zur Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs teilgenommen. An der Arbeitsgruppe waren neben der Bundesärztekammer Vertreter der Betroffenenverbände, des GKV-Spitzenverbands, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundeskammer der psychologischen Psychotherapeuten (BPtK) beteiligt. Ziel der Arbeitsgruppe war die Erarbeitung gemeinsamer Rahmenempfehlungen, um Anregungen insbesondere des im April 2011 veröffentlichten Abschlussberichts des Runden Tischs „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich" aufzugreifen. Der Runde Tisch hatte in seinem Abschlussbericht auf adäquate Möglichkeiten hingewiesen, über die bestehenden Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angemessene psychotherapeutische und andere Leistungen zur Krankenbehandlung zu erhalten. Er hatte jedoch übersichtlichere Informationen zu therapeutischen Angeboten und zum Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung gefordert und auf die Bedeutung einer guten Vernetzung und Erreichbarkeit bestehender Hilfsangebote hingewiesen. Zu diesen Themen wurden im Berichtszeitraum in den „Rahmenempfehlungen" wesentliche Hinweise und Hilfsmöglichkeiten für Betroffene aufgezeigt. Nach der Vorstellung im BMG wurde die Rahmenempfehlung von den beteiligten Institutionen, einschließlich der Bundesärztekammer, im Berichtsjahr gezeichnet und im September 2012 veröffentlicht (http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/opferhilfe-sexueller-missbrauch.html).

Gespräch mit der Bundeskammer der psychologischen Psychotherapeuten

Im Februar 2012 fand in angenehmer Atmosphäre ein Gespräch des Präsidiums der Bundesärztekammer und der Vorstandsbeauftragten für ärztliche Psychotherapie der Bundesärztekammer mit dem Präsidium der Bundeskammer der psychologischen Psychotherapeuten statt. Zentrales Beratungsthema waren Fragen der zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung. Als gemeinsames Ziel beider Seiten wurde dabei eine

hochwertige Versorgung psychisch Kranker hervorgehoben. Diese Anforderungen müssten auch z. B. bei einer Versorgung über Selektivverträge sowie nach Inkrafttreten der neuen Richtlinie des G-BA zur Bedarfsplanung 2013 weiterhin erfüllt sein. Auf Grund zahlreicher Vorteile wurde das Festhalten an einer gemeinsamen Lösung für die von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten abgerechneten Untersuchungs- und Behandlungsziffern in einer novellierten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von beiden Seiten befürwortet. In Bezug auf die vom BMG in Aussicht gestellte Reform der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten wurde die Bedeutung einer angemessenen Bezahlung der Ausbildungskandidaten sowie eines Studienabschlusses auf Masterniveau als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung von beiden Seiten betont. Die Bundesärztekammer steht der geplanten Einführung einer Direktausbildung für psychologische Psychotherapeuten insgesamt kritisch gegenüber, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeit, im Rahmen einer hauptsächlich an Hochschulen stattfindenden Ausbildung ausreichend klinische Erfahrung zu erwerben.

5.5.5 Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge für Psychologie und die pädagogischen Fächer wirft Fragen insbesondere zu den Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) auf. Ein vor diesem Hintergrund vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenes Forschungsgutachten zur möglichen Weiterentwicklung der PP/KJP-Ausbildung wurde 2009 von einer Forschergruppe um Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, vorgelegt. Das BMG hat in bisherigen Äußerungen eine Novelle des Psychotherapeutengesetzes sowie eine Reform der Ausbildung zum PP und KJP angekündigt, allerdings ohne nähere zeitliche Konkretisierung. Vorrangig aus ordnungspolitischen Gründen sei eine Direktausbildung zum PP/KJP beabsichtigt; die Approbation psychologischer Psychotherapeuten solle direkt nach dem mit Staatsexamen abgeschlossenen Studium erfolgen. Dieser Ankündigung ging ein Entwurf der Bundeskammer der PP und KJP (BPtK) für eine Novelle des Psychotherapeutengesetzes voraus.

Die Positionierung der ärztlichen Psychotherapeuten zu der geplanten Ausbildungsreform wurde im Berichtsjahr wiederholt im Rahmen des Jour fixe der Bundesärztekammer mit dem Sprecherrat der Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände erörtert. Wenngleich vereinzelt die Einrichtung von Modellstudiengängen für eine Direktausbildung befürwortet wird, wird die Einführung einer Direktausbildung für PP und KJP von der überwiegenden Mehrheit der Vertreter der ärztlichen Psychotherapeuten abgelehnt. Diese Position ist im Einklang mit dem bereits 2011 erhobenen Meinungsbild der Landesärztekammern. Die Vertreter der ärztlichen Psychotherapeuten lehnen die Einführung einer Direktausbildung u. a. mit der Begründung ab, die bisherige postgraduale Struktur der PP/KJP-Ausbildung habe sich bewährt, und es bestünde die Gefahr einer unzureichenden klinischen Erfahrung direkt ausgebildeter psychologischer Psychotherapeuten. Einen Studienabschluss auf Masterniveau für den Zugang der Ausbildung zum PP und zum KJP vorauszusetzen, wurde betont. Eine verkürzte Ausbildung zum PP/KJP könne zudem den Nachwuchsmangel in der ärztlichen Psychothera-

pie weiter verstärken. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg hat den Erhalt der postgradualen Ausbildungsstruktur zum PP und KJP ebenfalls befürwortet und gefordert, den klinischen Teil der Ausbildung zu verbessern sowie eine Bezahlung der Auszubildenden durchzusetzen. Nach Auskunft des BMG wird in Bund-Länder-Gesprächen derzeit die Frage der zukünftigen PP/KJP-Ausbildungsstruktur beraten.

5.5.6 Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Im Rahmen eines gesonderten Tagesordnungspunktes hat sich bereits der 109. Deutsche Ärztetag 2006 strikt gegen die Diskriminierung von psychisch Kranken gewandt und bekräftigt, hierzu zukünftig verstärkt seinen Beitrag zu leisten. Als Konsequenz hieraus hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 21.05.2006 beschlossen, sich an dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit als Mitglied zu beteiligen. Für diese Tätigkeit hat der Vorstand der Bundesärztekammer die ehemalige Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, sowie Dr. Annegret Schoeller von Seiten der Geschäftsführung benannt. Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit setzt sich für die Förderung der seelischen Gesundheit und die Aufklärung über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung ein, mit dem Ziel eines vorurteilsfreien und gleichberechtigten Umgangs mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft.

Struktur des Aktionsbündnisses

Die Bundesärztekammer ist als Gründungsmitglied des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit auch in dessen Steuerungsgruppe Mitglied. Mittlerweile unterstützen über 80 Mitgliedsorganisationen das Aktionsbündnis, in dem sich Betroffene und Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Vertreter aus den Bereichen Medizin, Prävention, Gesundheitsförderung und Politik engagieren. Es bildet ein Netzwerk, das die seelische Gesundheit nach einem ganzheitlichen Ansatz thematisiert, bei dem die verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Aspekte berücksichtigt werden. Die Partner des Aktionsbündnisses arbeiten als Kooperationsverbund zusammen, dessen besondere Qualität die Zusammenarbeit vieler Akteure mit ihren spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen ist. Neuestes Mitglied ist der ehemalige Berliner Gesundheitssenator Ulf Fink.

Ziele

Das Aktionsbündnis will der Öffentlichkeit vermitteln, dass psychische Störungen therapierbare und bei frühzeitiger Behandlung auch heilbare Erkrankungen sind, die jeden betreffen können. Es will über die Chancen der Früherkennung und Prävention informieren und Menschen ermuntern, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Bündnis will mit seiner Öffentlichkeitsarbeit über den Wert und auch die Möglichkeiten der sozialen und beruflichen Integration von psychisch erkrankten Menschen informieren und illustrieren, wie Betroffene und ihre Familien an der Gesellschaft teilhaben können.

Das Aktionsbündnis bereitete im Berichtsjahr eine neue Vereinssatzung vor. Es sollen zukünftig Mitgliedsbeiträge erhoben werden. Ferner ist vorgesehen, dass die Bundesärztekammer Vorstandsmitglied wird.

Das Aktionsbündnis führt derzeit ein Projekt, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), mit dem Thema „Konzept zur Förderung der Aufklärung über psychische Erkrankungen im Bereich der Medien und des Journalismus“ durch. Es baut auf dem vom BMG geförderten Projekt zur „Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen“ auf.

Die Bundesärztekammer wird auch weiterhin Projekte des Aktionsbündnisses fördern. So wurde gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit im Jahr 2009 ein Symposium „Psychisch kranke Menschen in der Arbeitswelt“ veranstaltet. Im Berichtsjahr fand am 18.09.2012 ein Folgesymposium „Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung“ statt. Hauptthema der Veranstaltung war die betriebliche Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten. Etwa 150 Fachleute verschiedener medizinischer Fachrichtungen und therapeutischer Professionen nahmen an dem vielbeachteten Symposium teil.

Experten aus Wissenschaft und Praxis betonten, dass Arbeit allein nicht per se psychisch krank macht. Einflüsse der Arbeitswelt wie steigende Leistungsanforderungen und Unsicherheit erzeugende Beschäftigungsverhältnisse wirken immer im Zusammenspiel mit psychobiologischen und sozialen Faktoren. Berufliche Wiedereingliederung nach oder mit psychischer Erkrankung kann gelingen – wenn die Betroffenen von einem kompetenten Netz an Betreuern aufgefangen werden. Die Veranstaltung schlug einen Bogen von den wissenschaftlichen Fakten über die Sicht der beteiligten Akteure aus den Bereichen Neurologie/Psychiatrie, hausärztliche Versorgung und Arbeitsmedizin bis hin zu den umfassenden Konzepten großer Betriebe, die auf kompetente Teams und Netzwerke zur beruflichen Wiedereingliederung setzen. Doch von diesen Netzwerken gibt es noch viel zu wenige. Deswegen sollen diese erfolgreichen sektorenübergreifenden Kooperationsmodelle alle ermutigen, solche Strukturen aufzubauen, auch wenn es für Akteure in mittleren und kleinen Unternehmen eine größere Herausforderung darstellt als für Akteure in Großbetrieben.

In der Veranstaltung wurde festgestellt, dass „Return to Work“ ein äußerst komplexer Prozess mit zahlreichen Akteuren ist. Die Zusammenarbeit ist nicht immer einfach, denn es gibt Schnittstellen, die schwer zu überbrücken sind. Soll die berufliche Wiedereingliederung gelingen, so ist vor allem das gemeinsame Interesse von Arbeitgeber und Arbeitnehmer wichtig, den Betroffenen wieder in den Betrieb zu integrieren. Ein weiterer entscheidender Aspekt für eine gelingende Rehabilitation wird die arbeitsplatzbezogene Intervention angesehen, bei der schon zu einem frühen Zeitpunkt der Arbeitsmediziner bzw. Betriebsarzt mit eingebunden wird.

Die Experten des Symposiums stellten fest, dass der Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Selbstwertstärkung und soziale Einbindung für erkrankte Mitarbeiter ist und sich generell positiv auf die seelische Gesundheit auswirkt. Außerdem bestand Einigkeit darüber, dass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz so früh wie möglich stattfinden muss, um die Chancen auf eine vollständige Wiedereingliederung zu erhöhen. Über dieses Symposium werden Themenhefte (12/2012 und 01/2013) der Zeitschrift Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin (ASU) erscheinen.

5.6 Weitere Themen und gremienbezogene Entwicklungen

5.6.1 Wissenschaftlicher Beirat

Der Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats trat 2012 zur Koordination der gesamten Beiratsarbeit in zwei Sitzungen unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dr. h. c. Peter C. Scriba, München, zusammen. Dabei wurden insbesondere die Aufgabenwahrnehmung der Arbeitskreise erörtert sowie die künftigen Themen und die Arbeitsplanung diskutiert.

Die Befassung mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zur Präimplantationsdiagnostik (PID) bildete auch in diesem Jahr – in konsequenter Fortsetzung des vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 verabschiedeten Memorandums der Bundesärztekammer zur PID – einen eigenen Themenschwerpunkt. So wurden Stellungnahmen zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Verordnung über die rechtmäßige Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik sowie zum Entwurf der Bundesregierung für eine Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik erarbeitet und dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt.

Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Erarbeitung gewebespezifischer Richtlinien durch Arbeitskreise des Wissenschaftlichen Beirats auf der Grundlage von § 16b TPG und §§ 12a und 18 TFG: Im Berichtsjahr wurden die Arbeiten an einer „Richtlinie zur Hämatopoetischen Stammzelltransplantation“ (vgl. Kapitel 5.2.3) und den „Richtlinien zum Führen einer Hornhautbank“ (vgl. Kapitel 5.1.5) fortgeführt und vom Beiratsvorstand eng begleitet. Auch die Ausarbeitung eines Positionspapiers zur Thematik „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin“ stellt ein Schwerpunktthema der Beiratsarbeit dar. Im Berichtszeitraum ist es dem Beirat gelungen, ein Gesamtpapier zu konsentieren; er beabsichtigt, dieses im Frühjahr 2013 dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung und Verabschiedung vorzulegen.

Gemäß Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer wurden im Februar 2012 die Mitglieder eines Arbeitskreises zur Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes berufen. Der Arbeitskreis befasst sich mit der Abbildung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft in den Richtlinien. Die Thematik erhielt in letzter Zeit besondere mediale Aufmerksamkeit.

Beiratsmitglieder haben darüber hinaus an einer im Wesentlichen mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) abgestimmten Stellungnahme mitgearbeitet, die die Bundesärztekammer auf die Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), ob aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht eine Änderung der Grenze des Geburtsgewicht in der Personenstandsverordnung (PStV) zur Abgrenzung einer Totgeburt von einer Fehlgeburt indiziert sei, abgegeben hat.

Im Juni und Dezember 2012 tagte turnusgemäß jeweils die Plenarversammlung des Beirats. Prof. Dr. rer. nat. Dr. h. c. Thomas Bosch, Vizepräsident der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, referierte in der Sommersitzung zum Thema „Der Ursprung des Immunsystems aus evolutionärer Sicht“. Der Vortrag wurde von den Anwesenden mit großem Interesse aufgenommen, was sich u. a. in der lebhaften Diskussion widerspiegelte. Prof. Dr. Angela Brand MD PhD MPH, Full Professor, Institute for Public Health

Genomics (IPHG), Cluster of Genetics & Cell Biology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, präsentierte in der Wintersitzung einen Vortrag zur Thematik „Public Health Genomics".

In der Sommersitzung 2012 hat in Vertretung des Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats ausführlich über aktuelle gesundheitspolitische Aspekte unter besonderer Berücksichtigung hochschulpolitisch relevanter Fragen unterrichtet. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats in der Dezembersitzung 2012 über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik informiert. Über wesentliche Entwicklungen innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) berichtete deren Präsident, Prof. Dr. Karl Rahn, in beiden Plenarversammlungen.

Plenarmitglieder des Beirats berieten die Bundesärztekammer zu verschiedenen wissenschaftlichen Fragestellungen, z. B. bei der Themenfestlegung des Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer (siehe Kapitel 2.3.3) und der Erarbeitung verschiedener Stellungnahmen, u. a. zu Richtlinienentwürfen der Gendiagnostik-Kommission gemäß § 23 GenDG, zum Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (2. AMG-ÄndG) sowie zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Im Interesse einer Transparenzerhöhung der Gremienarbeit sind seit 2010 einheitlich gegliederte Lebensläufe der Beiratsmitglieder in einem eigenständigen Internetauftritt des Beirats für die Öffentlichkeit zugänglich (www.baek.de/wb/mitglieder).

5.6.2 Arbeitskreis „Zukunft der deutschen Hochschulmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung"

Die gesundheits- und forschungspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre haben zu erheblichen Veränderungen im Bereich der Hochschulmedizin geführt. Der Deutsche Ärztetag hat mehrfach auf diese Entwicklung hingewiesen und die Notwendigkeit und Wichtigkeit der durch Universitätskliniken getragenen Forschung sowie der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses herausgestellt.

Im Jahr 2010 hat der Vorstand der Bundesärztekammer dementsprechend die Einrichtung eines Arbeitskreises „Zukunft der deutschen Hochschulmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung" beim Wissenschaftlichen Beirat beschlossen. Das unter der Federführung von Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer, Göttingen, arbeitende Gremium verfolgt das Ziel, ausgehend von einer Problemanalyse der wesentlichen Rahmenbedingungen, Optionen und Empfehlungen für eine perspektivische Weiterentwicklung der Universitätsmedizin aufzuzeigen. Im Zuge der Beratungen kamen die Mitglieder einvernehmlich darüber ein, die Ausarbeitung im Sinne einer eindeutigen Abgrenzung vordergründig auf die Universitätsmedizin mit ihren besonderen Aufgaben in den Bereichen Forschung, Lehre und Patientenversorgung zu fokussieren.

Bei der Auswahl der Arbeitskreismitglieder wurde der umfassenden und vielschichtigen Thematik Rechnung getragen. Neben einer großen Anzahl von Mitgliedern des Wissen-

schaftlichen Beirats konnten Persönlichkeiten aus zahlreichen tangierten Institutionen[1] sowie Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer für eine Mitarbeit gewonnen werden. Die konstituierende Sitzung des Arbeitskreises fand im Januar 2011 statt.

Im Berichtszeitraum haben zahlreiche Steuerungsgespräche stattgefunden, in denen folgende Kernthemen für ein Gesamtpapier identifiziert wurden:

- Nachhaltige Finanzierungsstrategien
- Rechtliche Rahmenbedingungen und Corporate Governance der Universitätsmedizin
- Nachwuchsentwicklung und ärztliche Karrierewege
- Bedeutung der Universitätsmedizin für die Patientenversorgung
- Kooperation Universitätsmedizin und Ärztekammern

Die Ausarbeitung der einzelnen Themenkapitel erfolgte auf Grundlage der Ergebnispapiere der durchgeführten Sitzungen des Gremiums durch geeignete Mitglieder des Arbeitskreises sowie Prof. Scriba und Prof. Kroemer, die die einzelnen Kapitel anschließend zu einem Gesamtpapier konsolidierten und zu jedem Kapitel zentrale Kernforderungen formulierten.

Nachdem die erste Fassung einer Stellungnahme „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“ vorlag, wurde diese im November 2012 in einer weiteren Arbeitskreissitzung beraten. Zudem wurde ein Orientierungsgespräch mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer und weiteren Vorstandsmitgliedern geführt, in dem Interesse an einer zeitnahen Vorlage des Papiers beim Vorstand der Bundesärztekammer zu erkennen gegeben wurde.

Nach Konsentierung im Arbeitskreis wurde die Stellungnahme am 15.12.2012 vom Vorstand und Plenum des Wissenschaftlichen Beirats einstimmig bei einer Enthaltung beschlossen und dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung und Verabschiedung empfohlen.

Die Vorlage des Papiers beim Vorstand der Bundesärztekammer ist für das Frühjahr 2013 geplant.

5.6.3 Initiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer

Arbeitskreis Versorgungsforschung (AKV)

Amtsperiode 7/2011 bis 6/2015
Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 hatte sich aufgrund der positiven Bilanz der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer für eine Fortsetzung der Bemühungen um eigene Beiträge der Ärzteschaft zur Versorgungsforschung ausgesprochen und beschlossen, die „Förderinitiative zur Versorgungsforschung“ als „Initiative

[1] Medizinischer Fakultätentag (MFT), Hochschulrektorenkonferenz (HRK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Gesundheitsforschungsrat (GFR), Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Wissenschaftsrat (WR), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Marburger Bund (MB), ärztliche Direktoren, kaufmännische Direktoren, Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Landesministerien, priv. Krankenhausträger, Allgemeinmediziner, niedergelassene Fachärzte sind durch kompetente Persönlichkeiten, allerdings ohne Delegiertenstatus, vertreten.

der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“ fortzuführen (DÄT-Drs. VI-01 einschl. Anlage 4).

Dem Beschluss des Ärztetages entsprechend fokussiert die Bundesärztekammer die Aktivitäten zur Versorgungsforschung zukünftig auf die Vergabe ausgewählter Expertisenaufträge sowie die Durchführung von Symposien zu spezifischen Themen der Versorgungsforschung mit begleitender Veröffentlichung weiterer Bände der Reihe „Report Versorgungsforschung“. Die „Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung“ (SKV) wird mit reduzierter Mitgliederzahl als „Arbeitskreis Versorgungsforschung“ (AKV) des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats auch mit externen Experten weitergeführt.

Der AKV, der als Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats wie dieser beratend für den Vorstand der Bundesärztekammer tätig ist, hat seine Arbeit im November 2011 aufgenommen. Schwerpunkte der Tätigkeit sind die inhaltliche Programmatik der Versorgungsforschungsaktivitäten der Bundesärztekammer sowie die Ausschreibung, Auswahl und Begutachtung von Themen und Projektergebnissen.

Für die Amtsperiode der AKV-Mitglieder ist ein Zeitraum von vier Jahren (2011 bis 2015) vorgesehen. Den Vorsitz des AKV führt der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats, Prof. Dr. Dr. h. c. Peter C. Scriba, München (Mitgliederübersicht siehe Kapitel 13.4.2, S. 560).

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 14.12.2012 beschlossen, aufgrund der aktuellen Haushaltssituation die Mittel für die Versorgungsforschung für das Haushaltsjahr 2013/14 für ein Jahr auszusetzen.

Report Versorgungsforschung

Im Rahmen der „Initiative Versorgungsforschung“ wurde die Reihe „Report Versorgungsforschung“ weitergeführt. Grundlage soll jeweils die (erweiterte) Dokumentation eines Symposiums zu einem aktuellen Thema der Versorgungsforschung sein. Bisher durchgeführt bzw. erschienen sind:

Band 1: Monitoring gesundheitlicher Versorgung in Deutschland: Konzepte, Anforderungen, Datenquellen

Band 2: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten

Band 3: Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen: Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung

Band 4: Telemedizin und Versorgungsforschung

Band 5: Transition – Spezielle Anforderungen an die medizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen beim Übergang zum Erwachsenenalter

Band 6: Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung

Band 7: Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin

Band 6 ist Ende 2012 erschienen und kann seit Januar 2013 bei der Bundesärztekammer bezogen werden.

Grundlage des siebten Bandes des Reports Versorgungsforschung zum Thema „Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin“ ist ein Ehrensymposium, das im Juni 2012 in Gedenken an Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, durchgeführt wurde. Der Band soll Mitte 2013 erscheinen. Für April 2013 ist ein Symposium zum Thema „Ergebnisverbesserung durch Qualitätsmanagement“ mit dem nachfolgenden Band 8 des Reports Versorgungsforschung geplant. Darüber hinaus hat der Vorstand der Durchführung eines Symposiums zum Thema „Prävention – Wirksamkeit und Stellenwert“ mit dem zugehörigen Band 9 zugestimmt.

Fertiggestellte Expertisen

Einflüsse der Auftraggeber auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte in Umsetzung eines Beschlusses des 110. Deutschen Ärztetages 2007 (DÄT-Drs. V-16) die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mit der Erstellung einer Expertise zum Thema „Einflüsse der Auftraggeber auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien“ beauftragt. Der erste Teil der Studie wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch Arztebl Int 2010; 107[16]: 279-285 und Dtsch Arztebl Int 2010; 107[17]: 295-301).

Der zweite Teil der Studie widmet sich der Frage, inwieweit es Hinweise darauf gibt, ob und ggf. wie Einflüsse der pharmazeutischen Industrie zu veränderten, interessengeleiteten Inhalten medizinischer Leitlinien (und der dortigen Arzneimittelempfehlungen) führen können. Mit der Studie wurden die AkdÄ sowie das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) beauftragt. Das ÄZQ hat seine Studie Ende 2011, die AkdÄ hat ihren Bericht Mitte 2012 vorgelegt. Beide sind auf der Homepage der Bundesärztekammer unter www.baek.de/versorgungsforschung/expertisen abrufbar. Die Veröffentlichung der Ergebnisse im Deutschen Ärzteblatt befindet sich derzeit im Review-Prozess.

Die Rolle der ärztlichen Psychotherapie

Im Berichtszeitraum wurden darüber hinaus drei Expertisen zum Thema „Die Rolle der ärztlichen Psychotherapie“ vorgelegt. Die Expertisen sind ebenfalls auf der Homepage der Bundesärztekammer unter www.baek.de/versorgungsforschung/expertisen abrufbar.

In Auftrag gegebene Expertisen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Vergabe von vier Expertisen auf der Grundlage einer begrenzten Ausschreibung beschlossen. Zu den Themen „Krankheitsspezifische Ausprägung von Placebo-Effekten“ und „Medizinische Leitlinien und Individualisierung“ wurden mit jeweils zwei Auftragnehmern Verträge geschlossen bzw. Gespräche aufgenommen. Die Expertisen werden gegen Ende 2013 vorliegen.

Auf die in Anlehnung an den Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages 2011 „Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern, ärztliche Kompetenzen nutzen“ (DÄT-Drs. VI-02) formulierte, begrenzte Ausschreibung zum Thema „Integration von

Prävention in ärztliches Handeln – Handlungsansätze zur Verbesserung des Kindeswohls, angebunden an die Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9)“ war kein die in der Ausschreibung ausgeführten Fragestellungen konkret aufnehmender Antrag eingegangen, sodass hierzu zunächst kein Auftrag vergeben wurde.

5.6.4 Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes

Der Gesetzgeber hat die Bundesärztekammer im Transplantationsgesetz (TPG) beauftragt, die Regeln der Hirntoddiagnostik nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzustellen (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 TPG). Diese „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ wurden zuletzt im Jahr 1997 fortgeschrieben und 1998 formal ergänzt. Die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes wurden – im Gegensatz zu den übrigen Richtlinien zur Transplantationsmedizin nach § 16 TPG, die durch die Ständige Kommission Organtransplantation erstellt werden – durch den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer erarbeitet. Bereits vor mehreren Jahren hat es Vorgespräche der Bundesärztekammer mit unterschiedlichen Beteiligten zur erneuten Fortschreibung der aktuellen Richtlinien gegeben. Im Januar 2011 wurden die entsprechenden Fachgesellschaften um Stellungnahme gebeten, ob und ggf. in welchen Details eine Fortschreibung der Hirntod-Richtlinien für notwendig erachtet wird. Eine Synopse dieser Rückmeldungen wurde vom Wissenschaftlichen Beirat ausgewertet. Unter anderem die Auswertung der Synopse durch den Wissenschaftlichen Beirat hat dazu geführt, dem Vorstand der Bundesärztekammer im Oktober 2011 eine erneute Fortschreibung der Hirntod-Richtlinie vorzuschlagen. Damals hatten missverständliche Äußerungen in den allgemeinen Medien sowie einigen medizinischen Fachjournalen auch die öffentliche Diskussion über den Hirntod angefacht. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer plante ebenfalls, sich diesem Thema zu widmen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Oktobersitzung 2011 einstimmig die Einsetzung eines Arbeitskreises (AK) beschlossen, der sequenziell zu folgenden Themen tätig werden soll:

AK Hirntod 1: Umschriebene Fortschreibung der Hirntodrichtlinien nach § 16 Abs. 1 TPG

AK Hirntod 2: Erarbeitung einer wissenschaftlichen Publikation zur naturwissenschaftlich-medizinischen Begründung des Hirntodes als inneres sicheres Todeszeichen.

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) hatte ihre Unterstützung für die ethisch-philosophische Diskussion durch Entsendung einiger Experten angeboten. Dieses Angebot wurde gerne aufgegriffen, und somit sind nun fünf entsprechende Experten Mitglieder dieses Arbeitskreises, die aber vorranging voraussichtlich erst im zweiten Arbeitskreis tätig werden.

Arbeitskreis „Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“

Die Federführung für diesen Arbeitskreis haben Prof. Dr. Jörg-Christian Tonn, München, sowie stellvertretend Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München, inne. Die Mitglieder des Arbeitskreises wurden im Februar 2012 berufen. Einbezogen wurden im Hinblick auf die Vorgaben des geänderten Transplantationsgesetzes die dort vorgegebenen Sachverständigen und betroffenen Fach- und Verkehrskreise: die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG: Stiftung Eurotransplant, die zuständigen Behörden der Länder über die Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder, die Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG) sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Durch umfangreiche Vorarbeiten im Vorfeld der ersten Sitzung wurde die direkte Arbeit am Richtlinientext bereits in der konstituierenden Sitzung möglich. Im Ergebnis wurden darüber hinaus weitergehende Arbeitsaufträge vereinbart. Die nächste Sitzung ist für das Frühjahr 2013 geplant.

Arbeitskreis „Bedeutung des Hirntodes als inneres sicheres Todeszeichen“

Die Federführung für diesen Arbeitskreis haben wiederum Prof. Dr. Jörg-Christian Tonn sowie stellvertretend Prof. Dr. Heinz Angstwurm inne. Das Gremium wird seine Arbeit unmittelbar nach Abschluss der Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes aufnehmen.

6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

6.1 Aufgaben

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berät seit 1952 als wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer diese in allen Fragen der Arzneibehandlung und Arzneimittelsicherheit. Sie dient in gleicher Funktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). 1911 wurde die Arzneimittelkommission als Ausschuss des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin gegründet. Die AkdÄ ist nach ihrem Statut (aktuelle Fassung nach Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 18.03.2005) beauftragt, die Bundesärztekammer in den das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen unabhängig zu beraten. Ferner soll sie den Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Meinungsbildung zu arzneimittelpolitischen Fragen unterstützen und zu Grundsatz- und Einzelfragen, die ihr vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt werden, Stellung nehmen. Durch Vorträge, Publikationen und Statements in der Öffentlichkeit informiert die AkdÄ über vielfältige Fragestellungen einer rationalen und wirksamen Arzneimitteltherapie.

Im Einzelnen hat die AkdÄ folgende Aufgaben:

1. Sie ist im Auftrag der Bundesärztekammer befugt, in Fragen der Herstellung, Bezeichnung, Propagierung, Verteilung, Verwendung und Bewertung von Arzneimitteln wissenschaftliche Stellungnahmen abzugeben und diese nach Abstimmung mit der Bundesärztekammer auch gegenüber den zuständigen Behörden zur Kenntnis zu bringen; das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
2. Sie erfasst, dokumentiert und bewertet Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die ihr aus der deutschen Ärzteschaft gemäß der ärztlichen Berufsordnung mitgeteilt werden müssen, und nimmt zu Fragen der Pharmakovigilanz Stellung.
3. Sie erfüllt als „Arzneimittelkommission der Kammern der Heilberufe“ die aus dem Arzneimittelgesetz abzuleitenden Aufgaben (z. B. als Stufenplanbeteiligte nach §§ 62, 63 AMG).
4. Sie gibt das Buch „Arzneiverordnungen“ sowie die Zeitschrift „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) mit den Sonderheften „Therapieempfehlungen“ heraus.
5. Sie berät den Vorstand der Bundesärztekammer in allen das nationale und europäische Arzneimittelwesen betreffenden Fragen, soweit sie wissenschaftlicher und arzneimittelpolitischer Art sind.

Die Internetpräsenz der AkdÄ (www.akdae.de) stellt die Kommission und ihre Arbeitsgebiete vor und informiert über Veranstaltungen; Publikationen und Stellungnahmen sind abrufbar.

6.2 Zeitschrift „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP)

Die von der AkdÄ herausgegebene Zeitschrift „Arzneiverordnung in der Praxis“ (sechs Ausgaben pro Jahr) bietet Artikel zu aktuellen Fragen der Pharmakotherapie. Besondere Schwerpunkte bilden kritische Übersichten zum therapeutischen Stellenwert von Arzneimitteln. Berichtet wird über klinisch interessante Einzelfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) und Belange der Arzneimittelsicherheit. Ferner wird über neu zugelassene Arzneimittel/Indikationen bewertend informiert.

Die Zeitschrift wird zusammen mit den „Therapieempfehlungen“ (siehe Kapitel 6.3.1) gegen eine Schutzgebühr im Rahmen eines Abonnements angeboten. Einige Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) stellen AVP und „Therapieempfehlungen“ ihren Vertragsärzten (praktische Ärzte, Allgemeinmediziner, allgemeinmedizinisch tätige Internisten und bestimmte Facharztgruppen) kostenlos zur Verfügung. AVP und die „Therapieempfehlungen“ sind jeweils zwei bzw. drei Monate nach Erscheinen auch kostenlos über die Internetpräsenz der AkdÄ abrufbar.

Seit Januar 2007 ist die AkdÄ in der Redaktion der Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ (GPSP) vertreten. Diese richtet sich mit neutralen Bewertungen von Arzneimitteln und Behandlungsmöglichkeiten an Laien und verfolgt, abgesehen von der anderen Zielgruppe, die gleiche Intention wie die Herausgeber von AVP, nämlich ausgewogen und ohne kommerzielle Interessen über Arzneimittel und deren sachgerechte Anwendung zu informieren.

AVP ist seit 2005 Mitglied der International Society of Drug Bulletins (ISDB), einem weltweiten Zusammenschluss der unabhängigen Arzneimittelbulletins, und führt das Logo der Gesellschaft.

6.3 Leitlinienarbeit der Arzneimittelkommission

6.3.1 Therapieempfehlungen

Seit 1996 erarbeitet die AkdÄ Therapieempfehlungen. Es wurden insgesamt 20 Ausgaben zu verschiedenen Indikationsgebieten erstellt; zurzeit liegen sieben gültige Ausgaben vor. Wesentliches Ziel der Therapieempfehlungen ist es, nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin soweit möglich Transparenz zu schaffen, welche therapeutischen „Endpunkte“ (Senkung von Letalität, Morbidität, symptomatische Besserung, Beeinflussung von Surrogatparametern) mit den einzelnen Maßnahmen der Pharmakotherapie nach Aussage klinischer Studien zu erreichen sind. Die Leitlinien geben Orientierung zum therapeutischen Vorgehen in verschiedenen Indikationen.

Im Publikationsjahr 2012 wurde die dritte Auflage der „Empfehlungen zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen“ veröffentlicht. Die Erstauflage der „Empfehlungen zur Therapie in der Palliativmedizin“ wird derzeit unter Beteiligung einer Vielzahl von Experten erstellt. Eine überarbeitete Auflage der „Empfehlungen zur Therapie akuter Atemwegsinfektionen“ wird Anfang 2013 veröffentlicht.

6.3.2 Leitfaden

Der Leitfaden der AkdÄ soll Ärzten eine evidenzbasierte Antwort auf eine aktuelle klinische Fragestellung bieten. Im September 2012 wurde der erste Leitfaden der AkdÄ veröffentlicht: „Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern – Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®)". Er steht auf der Website als Download zur Verfügung unter http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/LF/PDF/OAKVHF.pdf.

6.3.3 Mitarbeit an Leitlinien

Mitglieder der AkdÄ haben sich an der Erstellung von Leitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) beteiligt.

- Beteiligung an Leitlinien des ÄZQ:
  - Patienteninformation: Antibiotika – Was sind Resistenzen?
  - Patienteninformation: Antibiotika – Was Sie wissen sollten
- Beteiligung an Leitlinien der AWMF:
  - S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen
  - S3-Leitlinie Schizophrenie
  - S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer Krebserkrankung
  - S3-Leitlinie zur Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen

6.3.4 Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) der Bundesärztekammer

Die Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) werden gemeinsam von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter Redaktion des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erstellt und herausgegeben (www.versorgungsleitlinien.de). Zahlreiche Mitglieder der AkdÄ sind an der Erstellung und Aktualisierung der NVL aktiv beteiligt.

Die NVL widmen sich prioritären Versorgungsbereichen mit dem Ziel, evidenzbasierte ärztliche Entscheidungshilfen für die medizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Derzeit existieren NVL zu den Themen Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Typ-2-Diabetes (Nephropathie, Neuropathie), Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit (KHK), Kreuzschmerz und Unipolare Depression. Zu den Themen Schulung bei Typ-2-Diabetes, Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes, Demenz und Hypertonie sind NVL in Arbeit.

Im Berichtsjahr 2012 waren Mitglieder der AkdÄ an den NVL zur COPD, zur Hypertonie und zum Diabetes Typ 2 beteiligt.

6.4 Fortbildungsveranstaltungen

Die AkdÄ führt regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen Themen der Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit durch.

Während des 36. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer in Berlin fand Anfang Februar 2012 traditionell das Symposium der AkdÄ statt. Themen des Symposiums „Individualisierte Pharmakotherapie" waren die Pharmakogenetik/-genomik als Grundlage individualisierter Therapieentscheidungen, individualisierte Therapieentscheidungen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und bei der Behandlung der Hypertonie sowie Möglichkeiten stratifizierender medikamentöser Therapiestrategien in der Onkologie.

Im Rahmen des 118. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) wurde im April 2012 in Wiesbaden von der AkdÄ ein Symposium zum Thema „Personalisierte Medizin" veranstaltet. Es wurden Vorträge zu personalisierter Medizin in der Kardiologie und in der Onkologie angeboten sowie neu eingeführte Wirkstoffe kritisch besprochen.

Seit 2004 werden Fortbildungsveranstaltungen der AkdÄ in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ärztekammern und KVen durchgeführt. Auf ihnen werden auch neue Publikationen der AkdÄ vorgestellt. Im Berichtszeitraum 2012 fanden Fortbildungsveranstaltungen in Weimar, Düsseldorf und Hamburg statt. Ein Schwerpunkt war der Leitfaden der AkdÄ zur oralen Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern. Des Weiteren wurden neu eingeführte Wirkstoffe kritisch besprochen und Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Pharmakovigilanz sowie aktuelle Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit vorgestellt.

Eine Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin in Kooperation mit der AkdÄ fand Anfang November 2012 in Berlin statt. Gegenstand waren aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz sowie eine kritische Bewertung neu eingeführter Wirkstoffe.

Anfang Dezember wurde in Berlin der „Erste unabhängige Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft" durchgeführt. Nach einem einleitenden Vortrag „Wie komme ich zur Unabhängigkeit" wurden zu den Themen „Personalisierte Medizin", „Neue Antikoagulantien" und „Herzrhythmusstörungen" Vorträge gehalten und Workshops durchgeführt.

Die Veranstaltungen der AkdÄ wurden mit Fortbildungspunkten anerkannt.

6.5 Patienteninformationen

In gemeinsamen Projekten mit der Techniker Krankenkasse (TK Hamburg) erarbeitet die AkdÄ Patienteninformationen, die inhaltlich auf den von ihr herausgegebenen Therapieempfehlungen basieren. Diese Informationen sollen auch über eine Förderung der Patientenautonomie den Dialog mit dem Arzt über die jeweiligen Krankheitsbilder verbessern und dem Patienten die kritische arzneitherapeutische Haltung, wie sie in den

Therapieempfehlungen dargelegt ist, vermitteln. Die Patienteninformationen haben eine außerordentlich hohe Akzeptanz gefunden, was sich in der Gesamtauflage von mehreren Millionen Exemplaren widerspiegelt. Sie sind unter der Rubrik „Patientenratgeber“ auf der Website der AkdÄ verfügbar. Aktuelle Ausgaben sind eine Patienteninformation zum Thema „Reizmagen und Reizdarmsyndrom“ und eine Neuauflage der Patienteninformation zur Depression.

6.6 Buch „Arzneiverordnungen“

Das Buch „Arzneiverordnungen“ gibt Empfehlungen zur rationalen Pharmakotherapie. Es wird von der AkdÄ seit 1925 regelmäßig in aktualisierter Form herausgegeben. Die Herausgabe des Buches ist als Aufgabe im Statut der AkdÄ festgelegt. Die 22. Auflage der Arzneiverordnungen ist im Jahre 2009 erschienen.

Eine überarbeitete Neuauflage ist in Planung: Um noch mehr Ärzte anzusprechen und die Inhalte der Arzneiverordnungen möglichst weit zu verbreiten, ist für die nächste Auflage u. a. geplant, die Inhalte der Arzneiverordnungen auch in elektronischer Form zugänglich zu machen und ergänzende Materialien im Internet bereitzustellen.

6.7 Wirkstoff AKTUELL

Die Publikation „Wirkstoff AKTUELL“ wird im Rahmen des § 73 Abs. 8 SGB V von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erstellt. Die KBV, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, den Vertragsärzten Hinweise zu Indikationen, therapeutischem Nutzen und Preisen von zugelassenen Arzneimitteltherapien zu geben. Sie liefern dem Arzt unabhängige, neutrale Informationen über Arzneimittel, die im Rahmen der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhebliche Kosten verursachen, und geben ihm Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Bewertung des therapeutischen Nutzens des jeweiligen Arzneimittels. Den Hinweisen liegt eine Bewertung von für das Arzneimittel relevanten Studien und Leitlinien zugrunde. Veröffentlicht wird Wirkstoff AKTUELL als Beilage in der Ausgabe A des Deutschen Ärzteblattes sowie elektronisch auf der Website der AkdÄ und auf dem Portal „Arzneimittel-Infoservice“ (AIS) der KBV.

Wirkstoff AKTUELL ist zudem Grundlage eines Fortbildungsangebots für Vertragsärzte auf dem Online-Fortbildungsportal des AIS der KBV. Eine Fortbildungseinheit umfasst den Inhalt einer Wirkstoff-AKTUELL-Ausgabe und besteht aus zehn Multiple-Choice-Fragen. Um an den Fortbildungen teilnehmen zu können, müssen sich Vertragsärzte mit ihrer Arztnummer registrieren. Die erworbenen CME-Punkte können bei Angabe der einheitlichen Fortbildungsnummer online an die zuständige Ärztekammer übermittelt werden.

Sechs Ausgaben von Wirkstoff AKTUELL wurden im Jahr 2012 im Deutschen Ärzteblatt publiziert:

- Ausgabe 1/2012
  Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege, Indikation: Infektionen der oberen Atemwege (akute Tonsillopharyngitis, akute Otitis media, akute Rhinosinusitis, nichtspezifische Atemwegsinfektionen)
- Ausgabe 2/2012
  Rationale Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen, Indikation: Harnwegsinfektionen (unkomplizierte Zystitis, unkomplizierte Pyelonephritis)
- Ausgabe 3/2012
  Tapentadol, Indikation: starke, chronische Schmerzen bei Erwachsenen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können
- Ausgabe 4/2012
  Dronedaron, Indikation: Erhalt des Sinusrhythmus nach einer erfolgreichen Kardioversion bei erwachsenen, klinisch stabilen Patienten mit paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern
- Ausgabe 5/2012
  Eslicarbazepinacetat, Indikation: Begleittherapie bei Erwachsenen mit partiellen epileptischen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung
- Ausgabe 6/2012
  Oxycodon/Naloxon, Indikation: starke, chronische Schmerzen bei Erwachsenen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können

6.8 Neue Arzneimittel

Seit Anfang 2009 bietet die AkdÄ den Service „Neue Arzneimittel“ an – eine Information für Ärzte über neu zugelassene oder in neuer Indikation zugelassene Arzneimittel in der Europäischen Union (EU). Sie gibt Auskunft über Indikation, Pharmakologie, Evidenz aus Zulassungsstudien, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen sowie über die Anwendung bei besonderen Patientengruppen, Dosierung und Kosten. Ferner informiert die Publikation über den Stellenwert eines Arzneimittels im therapeutischen Spektrum. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts (EPAR) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA).

Durch einen kostenfreien Newsletter informiert die AkdÄ regelmäßig per E-Mail über alle neuen Ausgaben, die auch von der KBV in ihrem Portal AIS zur Verfügung gestellt werden. Im Jahr 2012 wurden vier Arzneimittel besprochen:

- Ausgabe 2012-033: Incivo® (Telaprevir)
- Ausgabe 2012-034: Caprelsa® (Vandetanib), Zelboraf® (Vemurafenib)
- Ausgabe 2012-035: Fycompa® (Perampanel)

6.9 Kostenberechnung von Arzneimitteltherapien

Die AkdÄ führt umfangreiche Berechnungen der Arzneimittelkosten durch. Mittels eines softwaregestützten, teilautomatisierten Prozesses zur Kostenberechnung für Arzneimitteltherapien werden die Berechnung der kostengünstigsten Arzneimitteltherapie sowie die regelmäßige Aktualisierung von Kosten für Arzneimitteltherapien unterstützt.

Das Programm zur Kostenberechnung für Arzneimittel basiert auf den Daten der Lauer Taxe, einer Datenbank für Apotheker mit allen im Handel befindlichen Fertigarzneimitteln (Packungsgrößen, Darreichungsformen, Preise etc.).

Kostenberechnungen von Arzneimitteltherapien wurden durchgeführt für:

- „Neue Arzneimittel“
- Wirkstoff AKTUELL
- Leitfaden der AkdÄ: „Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern“
- wissenschaftliche Publikationen und Vorträge

6.10 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 ist das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) nach § 35a SGB V in Kraft getreten. Es regelt u. a. die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt anhand der frühen Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Zusatznutzen neu in den Markt eingeführter Arzneimittel fest. Bevor der G-BA einen Beschluss fasst, der Eingang in die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) finden wird und auf dessen Grundlage die Preisverhandlungen zwischen pharmazeutischem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband beginnen, wird ein Stellungnahmeverfahren (schriftlich und mündlich) durchgeführt. Die AkdÄ als Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis wurde vom G-BA durch Beschluss als stellungnahmeberechtigte Organisation bestimmt (§ 92 Abs. 3a SGB V). Im Berichtsjahr wurden folgende Stellungnahmen zur frühen Nutzenbewertung des IQWiG beim G-BA abgegeben:

- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Fingolimod/Gilenya®, Nr. 113, A11-23, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Cabazitaxel/Jevtana®, Nr. 114, A11-24, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Telaprevir/Incivo®, Nr. 115, A11-25, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Eribulin/Halaven®, Nr. 116, A11-26, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Apixaban/Eliquis®, Nr. 121, A11-30, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Fampridin/Fampyra®, Nr. 129, A12-06, Version 1.0“

- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Vemurafenib/Zelboraf®, Nr. 133, A12-08, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Vandetanib/Caprelsa®, Nr. 134, A12-09, Version 1.0“
- zur „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Linagliptin/Trajenta®, Nr. 144, A12-11, Version 1.0“

Stellungnahmen zur frühen Nutzenbewertung sind auf der Website der AkdÄ abrufbar unter http://www.akdae.de/Stellungnahmen/AMNOG/.

6.11 Stellungnahmen der Arzneimittelkommission

Im Berichtsjahr wurden folgende Stellungnahmen erarbeitet:

- zum Antrag des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ auf Anerkennung der zwischenzeitlich geänderten Wettbewerbsregeln (FSA-Kodex Fachkreise)
- zum Antrag des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ auf Anerkennung der zwischenzeitlich geänderten Wettbewerbsregeln (FSA-Kodex Patientenorganisationen)
- zum Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Anlage III: Nummer 44 – Stimulantien

Darüber hinaus wurden folgende Kommentare abgegeben:

- zum „Concept Paper on the revision of the guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: non-clinical and clinical issues“ (EMA/CHMP/BMWP/572828/2011)
- zum „Reflection paper on risk based quality management in clinical trials“ (EMA INS/GCP/394194/2011)
- zum „GVP Module V – Risk management systems“ (EMA/838713/2011)
- zum „GVP Module VI – Management and reporting of adverse reactions to medicinal products“ (EMA/873138/2011)
- zum „GVP Module VIII – Post-authorisation safety studies“ (EMA/813938/2011)

Stellungnahmen sind auf der Website der AkdÄ eingestellt unter http://www.akdae.de/Stellungnahmen/. Stellungnahmen zur frühen Nutzenbewertung des IQWiG siehe Kapitel 6.10; gemeinsame Stellungnahmen mit der Bundesärztekammer siehe Kapitel 6.15.1.

6.12 Pharmakovigilanz

6.12.1 Meldung, Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)

Für Ärzte besteht die Möglichkeit, einen UAW-Verdacht per Brief, Fax oder online über die Website an die AkdÄ zu senden. Auch werden UAW-Berichte von Patienten angenommen und entsprechend gekennzeichnet in die Datenbank aufgenommen. Jede eingehende Meldung wird mit einer Eingangsbestätigung beantwortet, der die Fachinformation des betreffenden Arzneimittels, ein Auszug aus der UAW-Datenbank sowie ggf. weiterführende Literatur zu der beobachteten UAW beigefügt ist. In wichtigen oder dringenden Fällen erfolgt auch eine telefonische Kontaktaufnahme zur Beratung oder für Rückfragen bei Unklarheiten.

Seit dem Jahr 2010 steht ein grundlegend überarbeiteter Berichtsbogen in Papierform und als Onlinedokument zur Verfügung, um eine UAW-Meldung so einfach wie möglich zu gestalten, ohne auf die Erfassung von Daten zu verzichten, die für eine valide Bewertung erforderlich sind.

Im Spontanmeldesystem der AkdÄ wurden im Jahr 2012 bis Ende November insgesamt ca. 2.650 Verdachtsberichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (einschließlich Meldungen zu Blutprodukten) erfasst, sodass für das gesamte Jahr von einer Gesamtzahl von ca. 2.800 Verdachtsberichten ausgegangen werden kann. Die eingehenden UAW-Berichte werden durch die ärztlichen Referenten der Geschäftsstelle bewertet und das weitere Vorgehen wird bei einer regelmäßigen UAW-Besprechung festgelegt. In besonderen und schwerwiegenden Fällen oder bei unklarer Kausalitätsbeurteilung der UAW werden schriftliche, wissenschaftlich bewertende Stellungnahmen von Fachmitgliedern der AkdÄ eingeholt. Anhand dieser Stellungnahmen werden ausgewählte Fälle in den Pharmakovigilanzgremien der AkdÄ (siehe unten) diskutiert.

Die AkdÄ erfasst und dokumentiert Spontanberichte zusammen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einer gemeinsamen Datenbank. An die AkdÄ gemeldete UAW-Berichte, die in den Zuständigkeitsbereich des BfArM fallen, werden nach Bewertung elektronisch über das EudraVigilance Gateway an die Bundesoberbehörde gesendet. Zur Erfassung, Bearbeitung und elektronischen Übermittlung von UAW-Verdachtsberichten sowie zur Erstellung von Berichten und des Schriftwechsels wird seit 2006 das System ARTEMIS (Adverse Drug Reactions Electronic Management and Information System) eingesetzt. Das System ermöglicht darüber hinaus die Durchführung von tagesaktuellen Recherchen und komplexen Abfragen in der Datenbank des deutschen Spontanmeldesystems.

Die Zusammenarbeit zwischen dem BfArM und der AkdÄ wird in einer Vereinbarung geregelt, die bereits 1995 zwischen dem BfArM und der Bundesärztekammer getroffen wurde. Seit 2011 besteht auch mit dem für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel zuständigen Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ein Kooperationsvertrag. Die Kooperation beinhaltet den elektronischen Austausch von UAW-Berichten, die gegenseitige Information über neu entdeckte Hinweise auf Arzneimittelrisiken sowie einen Ärzteausschuss zur Arzneimittelsicherheit beim PEI, der mit Fachmitgliedern der AkdÄ besetzt ist.

Die AkdÄ nimmt neben dem BfArM und dem PEI am Programm für internationales Drug Monitoring der Weltgesundheitsorganisation (WHO) teil. Dadurch steht sie in wissenschaftlichem Austausch mit dem Uppsala Monitoring Centre (UMC) und hat Zugang zur Datenbank der WHO.

6.12.2 Gremien

Ausschuss „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen" (UAW)

Der UAW-Ausschuss ist ein Fachausschuss der AkdÄ mit derzeit 16 Mitgliedern aus den Reihen der AkdÄ sowie Vertretern des PEI, des BfArM und der Giftnotrufzentralen. Themenbezogen können zu den Sitzungen externe Experten hinzugezogen werden. Zwei bis drei Zusammenkünfte im Jahr sind vorgesehen. Aufgabe des Ausschusses ist es, aktuelle Probleme der Arzneimittelsicherheit sowie Verdachtsfälle aus dem Spontanmeldesystem zu diskutieren und Stellungnahmen zu erarbeiten, die entweder als Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt oder in der Zeitschrift „Arzneiverordnung in der Praxis" erscheinen. Die beiden Sitzungen des Jahres 2012 fanden unter Leitung von Prof. Dr. Ursula Gundert-Remy statt und behandelten u. a. folgende Themen:

- Behandlung von Vorhofflimmern – Sicherheitsaspekte bei der Auswahl der Antikoagulantien: Verordnungsentwicklung und aktuelle Spontanmeldungen, Kriterien für die Umstellung bzw. Ersteinstellung auf einen direkten Hemmer von Thrombin/Faktor Xa, Überprüfung des Gerinnungsstatus, Stand der Antidotentwicklung, praktisches Vorgehen bei Blutungen, Vorgehen in besonderen klinischen Situationen
- Fingolimod: Grand-mal-Anfall
- Kausalitätsbewertung bei Spontanmeldungen
- Clozapin: perforierte Appendizitis
- Metformin: Laktatazidose
- Depot-Progesteron: akuter thromboembolischer Verschluss mit Vorfußamputation
- Interferon beta: Morbus Raynaud
- Rizinusöl: Uterusruptur
- Emla® Pflaster: Erythema exsudativum multiforme
- Retigabin: Herzstillstand
- Abatacept, Prednisolon: Herpes zoster, Meningitis

Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit (ÄAAS)

Der Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit wird gemeinsam von der AkdÄ und dem BfArM unterhalten und tagt in regelmäßigen Sitzungen dreimal jährlich im Bonner Institut. Die AkdÄ ist mit vier Sachverständigen und weiteren fünf Stellvertretern aus den Reihen ihrer Mitglieder beteiligt. Geschäftsführung und Sitzungsleitung liegen beim BfArM. Der Ausschuss unterstützt die Arbeit des BfArM zur Abwehr von Arzneimittelrisiken und bei aktuellen Problemen der Arzneimittelsicherheit. Ergebnisse fließen unter anderem in die Risikokommunikation von AkdÄ und BfArM sowie in Maßnahmen im Rahmen des Stufenplans nach dem Arzneimittelgesetz ein.

Themen der Sitzungen waren im Jahr 2012 unter anderem:

- Dabigatran: risikominimierende Maßnahmen und Stand der Antidotentwicklung
- Fingolimod: plötzliche Todesfälle
- Patientenmeldungen: Organisation des Meldeverfahrens nach der neuen EU-Gesetzgebung
- verschreibungsfreie Hypnotika für Kleinkinder: Beurteilung von Doxylamin und Diphenhydramin
- Pregabalin: Abhängigkeitsentwicklung
- Pelargonium: Stufenplanverfahren
- Flupirtin: Fälle von akutem Leberversagen aus dem Spontanmeldesystem
- praktischer Umgang mit Qualitätsmängeln im Spannungsfeld verschiedener Verantwortlichkeiten – aktuelle Fallbeispiele
- verschreibungsfreie Hypnotika für Kleinkinder
- Flupirtin: Stand der Änderungsanzeige
- Protonenpumpeninhibitoren: Erkenntnisse zur Pathophysiologie der Hypomagnesiämie
- Laktatazidosen unter Metformin
- Romiplostim: Wirksamkeit von Risikominimierungsmaßnahmen
- Dopaminagonisten: Impuls-Kontrollstörungen bei Restless-Legs-Syndrom
- Aktuelles zum Pharmacovigilance Risk Assessment Committee
- Leitfaden der AkdÄ zu den neuen Antikoagulantien
- Agranulozytose unter Metamizol

Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel

Der gemeinsam von der AkdÄ und dem PEI eingerichtete „Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel“ tagt erstmalig seit 2012 in regelmäßigen Sitzungen zweimal jährlich im PEI in Langen. Die AkdÄ ist mit fünf Sachverständigen aus den Reihen ihrer Mitglieder beteiligt. Geschäftsführung und Sitzungsleitung liegen beim PEI. Der Ausschuss unterstützt die Arbeit des PEI zur Abwehr von Arzneimittelrisiken und bei aktuellen Problemen der Arzneimittelsicherheit. Ergebnisse fließen ein u. a. in die Risikokommunikation von AkdÄ und PEI sowie in Maßnahmen im Rahmen des Stufenplans nach dem Arzneimittelgesetz.

Themen der Sitzungen waren im Jahr 2012 unter anderem:

- monoklonale Antikörper und progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML)
- Impfstoff Pandemrix® und Narkolepsie
- Cochrane-Analyse zur Behandlung von kritisch kranken Patienten mit humanem Albumin
- Bevacizumab (Avastin®) und Anwendung am Auge – Änderung der Fachinformation
- Risikokommunikation (Rote-Hand-Brief) am Beispiel von Infusions- und Überempfindlichkeitsreaktionen nach monoklonalen Antikörpern
- Update Narkolepsie und A/H1N1v-Impfstoff Pandemrix®

Routinesitzung

Die AkdÄ nimmt regelmäßig an den halbjährlich stattfindenden Routinesitzungen nach dem Stufenplanverfahren teil. Die gesetzliche Grundlage für dieses Verfahren findet sich im Arzneimittelgesetz (§§ 62, 63 AMG). Dort ist die Organisation der Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittelrisiken beschrieben. Die Bezeichnung Stufenplan bezieht sich auf die Unterteilung dieses Verfahrens in zwei Gefahrenstufen, die die Verhältnismäßigkeit der Mittel im Vergleich zum bestehenden Risiko widerspiegeln sollen. Die Stufe II wird immer dann eingeleitet, wenn konkrete Maßnahmen zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit für unbedingt erforderlich gehalten werden. Als beteiligte Stelle im Verfahren ist die AkdÄ als sogenannte Stufenplanbeteiligte in den Informationsaustausch der Bundesoberbehörden (BfArM, PEI und Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR]), der Landesbehörden und der Verbände der pharmazeutischen Industrie mit einbezogen.

6.12.3 Risikokommunikation

Risikobekanntgaben im Deutschen Ärzteblatt

Risikobekanntgaben sind originäre Mitteilungen der AkdÄ im Deutschen Ärzteblatt, die in besonders gekennzeichneten Bereichen des Blattes erscheinen (Bekanntgaben der Herausgeber, blaue Randleiste). Für Mitteilungen zu Arzneimittelrisiken sind drei unterschiedliche Rubriken vorgesehen:

- Aus der UAW-Datenbank
- UAW-News – International
- UAW – Aus Fehlern lernen

Im Jahr 2012 sind drei Risikobekanntgaben erschienen.

Drug Safety Mail

Dieser Informationsdienst der AkdÄ weist zeitnah per E-Mail auf Risikoinformationen zu Arzneimitteln hin (z. B. Risikobekanntgaben, Rote-Hand-Briefe etc.). Im Berichtszeitraum wurden 44 Drug Safety Mails versandt. Derzeit werden mit der Drug Safety Mail etwa 9.900 direkte Abonnenten erreicht sowie ein Teil der im Krankenhaus tätigen Ärzte über eine Kooperation mit den Krankenhausapothekern durch zusätzliche Weiterleitung der Informationen.

6.13 Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Der Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der AkdÄ ins Leben gerufenes, umfangreiches Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Eine Koordinierungsgruppe aus Ärzten, Apothekern und Patientenvertretern wurde eingerichtet, um die Kommunikation zwischen den am

Prozess einer Arzneimitteltherapie Beteiligten zu gewährleisten, die Maßnahmen des Aktionsplans zu begleiten, den mitarbeitenden und betroffenen Institutionen zu berichten sowie die Fortschreibung des Aktionsplans zu koordinieren.

Über die Koordinierungsgruppe wurde der Aktionsplan AMTS für die Jahre 2010 bis 2012 erarbeitet. Beteiligt waren mit dem gemeinsamen Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit: Vertreter der Ärzteschaft, der Apothekerverbände, des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Patientenvertreter und das BMG. Der Aktionsplan und das wissenschaftliche Sekretariat werden mit Mitteln des BMG gefördert. Weiterführende Informationen finden sich unter http://www.akdae.de/AMTS/.

Im Rahmen des Aktionsplans wurde eine Spezifikation für einen einheitlichen patientenbezogenen Medikationsplan erarbeitet – als Grundlage für die Implementierung in Arzt-, Krankenhaus- und Apothekensoftware.

Mit dem Aktionsplan AMTS eng verbunden ist die Kongressreihe „Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie" – 2005 von Prof. Dr. Daniel Grandt (Klinikum Saarbrücken) mit Unterstützung der AkdÄ begründet und seitdem von ihr als Mitveranstalter getragen. Das BMG hat im Juni 2012 den Antrag der AkdÄ auf Zuwendung für den 4. Deutschen Kongress zur Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie positiv beschieden. Er wird im Juni 2013 im Berliner Congress Center (BCC) stattfinden. Weitere Informationen zum Kongress können abgerufen werden unter http://www.patientensicherheit2013.de. Im September 2012 hat der Kongressbeirat die Themen des Kongresses festgelegt:

- Steigerung der Adhärenz
- intersektorale und interprofessionelle Schnittstellen
- Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern
- ökonomische Aspekte der AMTS (Anreizsysteme)
- Stand der AMTS in Deutschland (Benennung der Defizite und Stärken in Deutschland)
- Qualitätsmanagement und AMTS
- AMTS in der Pädiatrie
- Polypharmazie (als Thema für niedergelassene Ärzte)

Memorandum AMTS-Forschung

Im Rahmen des Aktionsplans AMTS wurde von der Koordinierungsgruppe in Abstimmung mit den Experten der AkdÄ ein Memorandum zur Entwicklung der Forschung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapiesicherheit – Memorandum AMTS-Forschung – erarbeitet. Das Memorandum versteht sich als notwendige Präzisierung für das Aktionsfeld 4 „Versorgungsforschung" des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) für das Forschungsgebiet der AMTS. Im Memorandum wird die Notwendigkeit der Forschung auf dem Gebiet der AMTS begründet und auf die Besonderheiten der AMTS-Forschung hinsichtlich komplexer Ursache-Wirkungs-Beziehungen hingewiesen.

Resultat des Memorandums war 2012 eine Ausschreibung des BMBF zur Versorgungsforschung mit dem Themenschwerpunkt AMTS.

Forschungsförderung über den Aktionsplan AMTS

Über den Aktionsplan AMTS werden die folgenden Forschungsprojekte mit einem Fördervolumen von insgesamt etwa zwei Millionen Euro aus Mitteln des BMG gefördert:

1. AMTS in Alten- und Pflegeheimen
2. AMTS bei sektorenübergreifender Versorgung
3. Optimierung der AMTS bei der Versorgung onkologischer Patienten in spezialisierten Einrichtungen
4. Erhöhung der AMTS durch Förderung der Patientenkompetenz
5. Systematische Optimierung des Medikationsprozesses im Krankenhaus zur Förderung der AMTS
6. Patientenkompetenz in der Hausarztpraxis: orale Antikoagulation
7. Best-Practice-Strategien in Europa als Grundlage für die Optimierung von Arzneimittelverordnung, -anwendung und das Therapiemonitoring in Deutschland

Bei allen Studien werden auch Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit für die AMTS untersucht und diesbezügliche Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet. Weitere Informationen können auf der Website „Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland“ abgerufen werden (http://www.akdae.de/AMTS/).

Erfassung von Medikationsfehlern

Die Novellierung der Richtlinie 2001/83/EG der EU zur Pharmakovigilanz sieht eine verstärkte Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern vor. Innerhalb der Richtlinie findet dies seinen Ausdruck in der veränderten Definition für Nebenwirkungen in Artikel 1 sowie in der Verpflichtung für die Mitgliedstaaten nach Artikel 107a, Nebenwirkungen, die auf Medikationsfehler zurückzuführen sind, den für die Patientensicherheit zuständigen Organisationen zugänglich zu machen. Es wird beabsichtigt, dass diese Einrichtungen die von ihnen erfassten Medikationsfehler auswerten, um anschließend Strategien zu deren Vermeidung zu entwickeln.

Die AkdÄ wird im Rahmen eines Projektes Fragestellungen zur Erfassung, Auswertung und zum weiteren Umgang mit Medikationsfehlern bearbeiten. Hierfür wurde ein Konzept erstellt, das derzeit mit dem BMG abgestimmt wird.

6.14 Internet und Newsletter

Die Website der AkdÄ verzeichnet bis zu 1.600 Besucher pro Tag. Das Onlineangebot umfasst inzwischen ca. 2.400 Seiten Informationen, vor allem zu den Kernthemen Arzneimittelsicherheit und Arzneimitteltherapie.

Die gefragtesten Publikationen der AkdÄ auf der Website waren die jeweils neuesten Ausgaben von „Arzneiverordnung in der Praxis“, die „Therapieempfehlungen“ und der Leitfaden der AkdÄ „Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern – Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®)“.

Die AkdÄ versendet weiterhin in unregelmäßigen Abständen kostenfrei Informationen per E-Mail zu unterschiedlichen Themen. Interessenten können bis zu drei verschiedene Newsletterkategorien abonnieren, die auf aktuelle Aktivitäten, Termine und Publikationen der AkdÄ, auf Risikoinformationen zu Arzneimitteln und auf Informationen zu neu zugelassenen Arzneimitteln hinweisen. Etwa 20.600 Interessenten haben wenigstens eine Newsletterkategorie abonniert.

6.15 Beratung

6.15.1 Bundesärztekammer und Landesärztekammern

Die AkdÄ unterstützt den Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Meinungsbildung zu arzneimittelpolitischen Fragen und nimmt Stellung zu Grundsatz- und Einzelfragen, die ihr vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt werden. Im Berichtsjahr wurden folgende gemeinsame Stellungnahmen erarbeitet:

- Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf (Stand: 02.12.2011) für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung (Kabinettsbeschluss, Stand: 15.02.2012) für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Referentenentwurf einer Sechsundzwanzigsten Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (26. BtMÄndV, Stand: 24.02.2012) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Stellungnahme der Bundesärztekammer in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: „Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen“
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 30.03.2012 (BR-Drs. 91/12 [Beschluss]) und der dazugehörigen Gegenäußerung der Bundesregierung zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/9341) (als 16. AMG-Novelle vorbereitet) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (KOM [2012] 369) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern

Stellungnahmen sind auf der Website der AkdÄ eingestellt unter http://www.akdae.de/Stellungnahmen/.

6.15.2 Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen

Die AkdÄ war für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Fragen wirtschaftlicher Arzneibehandlung sachverständig beratend tätig und unterstützte im abgelaufenen Berichtsjahr die Abteilung „Arzneimittel" der KBV bei der Beantwortung von Einzelfragen, die an diese Abteilung von Vertragsärzten zur rationalen Arzneimittelverordnung gerichtet wurden (siehe auch Kapitel 6.6).

6.15.3 Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Sachverständigenbenennung

Die AkdÄ benannte im Jahr 2012 aufgrund einer bestehenden Kooperationsvereinbarung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu verschiedenen Themen Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis, die den G-BA bei der Vorbereitung von Beschlüssen über die Arzneimittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in arzneitherapeutischen und pharmakologischen Fragen beraten sollen.

Benehmensherstellung

Der G-BA kann nach § 92 Abs. 2a SGB V im Benehmen mit der AkdÄ, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) fordern, dass ergänzende versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels vom pharmazeutischen Unternehmen durchgeführt werden. Die AkdÄ hat 2012 eine Stellungnahme abgegeben zur Benehmensherstellung über die inhaltlichen Anforderungen an versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit von Gliniden.

6.15.4 Beratung von Ärzten

Die Geschäftsstelle der AkdÄ beantwortete zahlreiche telefonische und schriftliche direkt an die Geschäftsstelle gerichtete Anfragen zu unterschiedlichen medizinischen und pharmazeutischen Themen.

7. Gesundheitsförderung, Prävention und Umweltmedizin

7.1 Prävention

Das Jahr 2012 war in der Prävention dominiert von der Entwicklung einer Präventionsstrategie der Bundesregierung, von der Verbreiterung des „Rezeptes für Bewegung“ und von der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes.

7.1.1 Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie

Nachdem die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im April 2012 eigene Eckpunkte für eine nationale Präventionsstrategie „Glückliches Deutschland: Gesundheitsbewusstsein und Vorbeugung“ vorgelegt hatte, führte sie am 25.06.2012 im Deutschen Bundestag unter dem Titel „Prävention in Deutschland – Zwischen Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Aufgabe“ einen präventionspolitischen Kongress durch, bei dem die Bundesärztekammer auf dem Podium durch ihren Präsidenten, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, vertreten war. Dieser analysierte in seinem Vortrag in fünf Thesen den Ist-Zustand der Prävention und stellte notwendige Weiterentwicklungen aus Sicht der Ärzteschaft dar.

Der Vorsitzende des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Rudolf Henke, hat auf dem Kongress das Forum „Gesundheitsförderung in Unternehmen“ moderiert, in dem Vertreter des Verbandes der Betriebs- und Werksärzte (VDBW), der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sowie von Betrieben und Betriebskrankenkassen ihre Vorstellungen von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention vorstellten und diskutierten.

Am 13.12.2012 hat die Bundesregierung schließlich ihre „Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für eine Präventionsstrategie“ der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese sehen vor, dass beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine ständige Präventionskonferenz eingerichtet und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu einem „Nationalen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung“ ausgebaut werden soll. Die Beträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Primärprävention sollen verdoppelt und auf sechs Euro pro Versicherten aufgestockt werden. Von diesen sollen zwei Euro auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und ein Euro auf settingbezogene Maßnahmen entfallen, von letzterem Betrag sollen 50 Cent an die BZgA fließen.

Die verschiedenen Aktivitäten in der Prävention sollen durch die Entwicklung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungszielen gebündelt werden. Darüber hinaus sieht die Strategie eine Weiterentwicklung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen vor: Die Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhals- und Darmkrebs sollen in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit regelmäßigen Einladungen sowie mit Qualitäts- und Erfolgskontrollen umgestaltet werden. Der Kin-

dervorsorgeuntersuchungszeitraum soll auf das zehnte Lebensjahr angehoben und für Kinder mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsstand sollen in der Schule Gruppenvorsorgeuntersuchungen im Rahmen eines Modellversuchs eingeführt werden. Zudem sollen sowohl in die Kinderuntersuchungen als auch in den Gesundheits-Check-up 35 primärpräventive Diagnose- und Beratungselemente integriert und insgesamt die primärpräventive Beratungskompetenz des Arztes gestärkt werden. So soll dieser zukünftig Präventionsempfehlungen ausstellen können, die Einfluss auf die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen für Präventionsangebote haben sollen. Damit kommen die Eckpunkte insbesondere hinsichtlich der Stärkung des Arztes in der Primärprävention und Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen um primärpräventive Elemente den entsprechenden Forderungen der Bundesärztekammer entgegen.

7.1.2 Rezept für Bewegung

Das „Rezept für Bewegung" geht bereits in die Richtung einer Präventionsempfehlung. Es war von Bundesärztekammer und Deutschem Olympischen Sportbund (DOSB) im Vorfeld der Präventionsstrategie auch dem Bundesministerium für Gesundheit vorgestellt worden und dürfte somit für diese mit als Ideengeber gedient haben.

Das Rezept für Bewegung war nach regionalen Vorläufermodellen von Bundesärztekammer und DOSB 2011 bundesweit vereinheitlicht worden und wird inzwischen von neun Landesärztekammern und Landessportbünden umgesetzt, weitere Ärztekammern planen eine Umsetzung. Mit dem Rezept kann der Arzt eine schriftliche Empfehlung für mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgewiesene Bewegungsangebote aussprechen. Da in einigen Landesärztekammern die Frage aufkam, ob das seit 2011 vorliegende Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) „Wettbewerbsverstoß durch Ärzte: Verbot der Verweisung an bestimmte Hilfsmittelerbringer; Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Gewährung eines Vorteils – Hörgeräteversorgung II" auch auf das Rezept für Bewegung Anwendung finden könne, hat sich auch die Ständige Konferenz der Rechtsberater der Ärztekammern in ihrer Sitzung am 09./10.10.2012 der Thematik angenommen. Im Ergebnis wurde von der großen Mehrheit der vertretenen Rechtsberater der Landesärztekammern eine Anwendbarkeit des BGH-Urteils auf die im Rezept enthaltene ärztliche Bewegungsempfehlung verneint. Für 2013 ist eine Weiterentwicklung des Rezeptes geplant, um eine konsensuale Umsetzung in allen Landesärztekammern zu ermöglichen.

7.1.3 Vierte Präventionstagung der Bundesärztekammer

Aufbauend auf die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit hatte die Bundesärztekammer ihre vierte Präventionstagung am 13.03.2012 unter das Thema „Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen – gesellschaftlich verursacht? Ärztlich behandelbar?" gestellt. In den Vorträgen der Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Psychiatrie, Pädiatrie und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) wurde der Frage nachgegangen, ob sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ verändert hat und ob möglicherweise von einer „New Morbidity in Childhood" zu

sprechen ist. In den Beiträgen wurden neue Behandlungsansätze und gesellschaftliche Handlungsstrategien vorgestellt und diskutiert.

7.1.4 Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes

Das am 15.12.2011 vom Bundestag verabschiedete Bundeskinderschutzgesetz trat zum 01.01.2012 in Kraft. Darin ist in § 3 Abs. 4 festgelegt, dass das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit einer Bundesinitiative vier Jahre lang den Aus- und Aufbau von Netzwerken Frühe Hilfen und den Einsatz von Familienhebammen in den Ländern und Kommunen stärken soll. Hierfür sollen vom Bund für das Jahr 2012 30 Millionen Euro, für das Jahr 2013 45 Millionen Euro und für die Jahre 2014 und 2015 jeweils 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen hat das Bundeskabinett eine Verwaltungsvereinbarung beschlossen, die zum 01.07.2012 in Kraft getreten ist und die Antrags- und Förderbedingungen für die Gelder der Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und der Familienhebammen bis 2015 regelt.

Die Regelungen der Verwaltungsvereinbarung wurden in der Beiratssitzung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) am 12.06.2012 vom Staatssekretär des BMFSFJ, Lutz Stroppe, vorgestellt. Die Bundesärztekammer ist Mitglied des Beirats des NZFH.

7.1.5 gesundheitsziele.de

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de wurde zunächst als Initiative der Bundesregierung und der Länder im Jahr 2000 gegründet. Seitdem wurden in verschiedenen Arbeitsgruppen und unter Beteiligung von über hundert Mitgliedsorganisationen sieben nationale Gesundheitsziele bearbeitet. Die Bundesärztekammer ist im Steuerungskreis, im Ausschuss und in den meisten Arbeitsgruppen von gesundheitsziele.de vertreten.

Die AG 10 des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de hat im März 2012 nach dreijähriger intensiver Arbeit die Entwicklung des Gesundheitszieles „Gesund älter werden" beendet und den Dokumentationsband veröffentlicht. Dieses Gesundheitsziel nimmt sich den großen Herausforderungen des Alters und des Älterwerdens an und will eine bessere Gesundheitsförderung im Sinne einer Prävention sowie eine bessere Versorgung älterer Menschen im Krankheits- oder Pflegefall erreichen. In 13 Unterzielen werden dazu konkrete Handlungsfelder und Schwerpunkte benannt, die es aktiv zu gestalten gilt.

7.1.6 Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen am Beispiel des Patientenforums

Die Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen wurde mit der Gesundheitsreform 2000 eingeleitet und hat mit dem § 140f SGB V „Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten" Eingang in das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) gefunden, das seit dem 01.01.2004 in Kraft ist.

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) sieht vor, dass für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe maßgebliche Organisationen in Fragen, die die Versorgung betreffen, zu beteiligen sind. Ein Mitberatungsrecht besteht bisher bei der Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 91, dem Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b, den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung einen Beauftragten für die Belange der Patienten bestellt (§ 140h). Seine Aufgabe ist es, darauf hinzuwirken, dass die Interessen von Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung, auf objektive Informationen durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Unabhängig von den gesetzlichen Maßnahmen gibt es seit vielen Jahren bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Kooperationsstellen für Selbsthilfeorganisationen (KOSA) bzw. Patientenberatungsstellen. Das Leistungsspektrum reicht von der Bearbeitung von Patientenanfragen über die Durchführung von Informationsveranstaltungen und die Unterstützung bestehender Kooperationsberatungsstellen bis zum regelmäßigen Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen und Dachverbänden der Selbsthilfe. Diese Arbeit trägt dazu bei, vertrauensvoll miteinander umzugehen, Vorurteile abzubauen und dem einzelnen Bürger in Gesundheitsfragen Hilfestellungen zu bieten.

Im Jahr 2001 wurde auf Initiative von Dr. Ursula Auerswald, damalige Präsidentin der Ärztekammer Bremen, und basierend auf den langjährigen Erfahrungen der Patientenberatungsstelle der Ärztekammer Bremen, als eine weitere Arbeitsebene für Ärzteschaft und Patientenvertreter das Patientenforum gegründet.

Dem Patientenforum gehören an:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Bundesärztekammer
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Der Vorsitz obliegt in der Wahlperiode 2011/2015 Dr. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen.

Das Patientenforum verfolgt das Ziel, die Arbeit der KBV und der Bundesärztekammer gegenüber Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen transparent zu machen. Es versteht sich als Plattform für den Erfahrungsaustausch, die Förderung des gegenseitigen Verständnisses und der Kooperation von Ärzten und Patienten. Die Sichtweise der Patientenvertreter und Selbsthilfeorganisationen können so in stärkerem Maße bei der Arbeit der beiden ärztlichen Institutionen berücksichtigt werden, gemeinsame Arbeitsergebnisse als Empfehlungen in die Dachorganisationen der Patientenvertretungen eingebracht werden.

Neben regelmäßigen gemeinsamen Sitzungen ist das Patientenforum am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) beteiligt. Dies betrifft sowohl die Beteiligung

an der Erstellung von Leitlinien und Patienteninformationen als auch die Mitarbeit an der Entwicklung der methodischen Grundlagen. Nähere Einzelheiten hierzu sind im Kapitel 4.5 beschrieben.

Die Arbeit des Patientenforums soll dazu beitragen, dass die Folgen von Budgets, schleichender Rationierung und betonter Eigenverantwortung aufmerksam verfolgt werden, der Einzelne vor diesem Hintergrund die notwendige Stärkung und Unterstützung erfährt und dieser Weg von den Verantwortlichen im Gesundheitssystem begleitet wird.

Das Patientenforum tagte am 12. April 2012 und beriet sich zu den im Folgenden beschriebenen Themen.

Patientenrechtegesetz

Der Entwurf des Patientenrechtegesetzes (Stand April 2012) wurde beiderseits befürwortet. Es stelle im Wesentlichen eine Kodifizierung bestehender Regelungen dar und bekräftigt und manifestiert viele bereits ausgeübte Praktiken, so z. B. das Recht auf Behandlung nach Facharztstandard, die ausführliche Dokumentation, die Akteneinsicht, die Informationspflicht über Behandlungsfehler und die resultierenden Arzthaftungsregelungen.

Die Patientenvertreter bemerken allerdings, dass noch Weiterentwicklungsbedarf bestehe, z. B. sei im Rahmen der Beweislastumkehr bei „schweren Fehlern“ noch ungenügend geklärt, was ein „schwerer Fehler“ ist und wer darüber entscheidet. Zudem sei es immer noch schwierig, in Haftungsangelegenheiten eine angemessene Akteneinsicht zu erhalten.

Die sich zunehmend etablierende Fehlerkultur in der Ärzteschaft und der damit verbundene offensive und konstruktive Umgang mit Fehlern werden beiderseits begrüßt. Dies müsse jedoch auch mit entsprechenden Haftungsregelungen korrespondieren. Anderenfalls würde einer Kultur der „Defensivmedizin“ Vorschub geleistet werden, die einer guten Versorgung nicht dienlich wäre.

Verbot von Schönheitsoperationen für Minderjährige

Der Entwurf eines Positionspapiers (Stand April 2012) von CDU und CSU für ein Verbot von Schönheitsoperationen an Kindern und Jugendlichen, die keine medizinische Grundlage haben, wurde für unterstützenswert erachtet. Jugendliche könnten weder die Folgeschäden einer Schönheitsoperation abschätzen, noch kann davon ausgegangen werden, dass sie sich der Reichweite ihres Entschlusses bewusst sind. Zudem sei zu hoffen, dass ein solches Verbot das Umdenken in der Gesellschaft fördere, dass Schönheit nicht operativ herbeigeführt werden kann.

Sterbebegleitung

Das „Sterbehilfeurteil“ des Berliner Verwaltungsgerichts vom 30.03.2012 rückte die Diskussion um die ärztliche Sterbehilfe wieder in den Fokus. Die Position der Bundesärztekammer legt dar, dass die Sterbebegleitung eine ärztliche Aufgabe ist. Dazu kann auch das Beenden einer Therapie oder das Abstellen von Apparaturen gehören, jedoch nicht

die Assistenz beim Suizid. Ärzte sind dem Leben, nicht der Beendigung des Lebens verpflichtet. Für mögliche seltene Einzelfälle bedarf es keiner Norm. Diese müssten individuell entschieden werden und jederzeit eine standesrechtliche Prüfung bestehen. Die gewerbliche und organisierte Sterbehilfe gehört verboten. Dass dazu ein neuer Tatbestand im Strafgesetzbuch geschaffen werden soll, wird ausdrücklich befürwortet. In diesem Zusammenhang findet das Verständnis von „unerträglichem Leid" bei psychiatrischen Erkrankungen und das Selbstbestimmungsrecht Erwähnung. Diese Problematik dürfe in der Diskussion nicht außen vor bleiben.

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr hat auch nach langjähriger Anwendung keinerlei Steuerungsfunktion für die ambulante Versorgung gezeigt. Der mit der Gebühr verbundene hohe Verwaltungsaufwand ist somit nicht gerechtfertigt. Die Mitglieder des Patientenforums plädierten für eine Abschaffung der Praxisgebühr.

Organspende-Neuregelung

Dr. Wenker stellte dar, dass sie die Entscheidungslösung mit Informationspflicht für den richtigen Weg hält. Hier werde das Recht auf Selbstbestimmung gewahrt und gleichzeitig eine größere Verbindlichkeit geschaffen. Die schwierigen, von Ärzten zu führenden Gespräche mit den Angehörigen würden dadurch erheblich erleichtert.

Position der Bundesärztekammer zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, verwies diesbezüglich auf den SPD-Antrag für ein IGeL-Eindämmungsgesetz. Hier wurde u. a. der Vorschlag gemacht, dass IGeL nicht mehr am selben Behandlungstag mit GKV-Leistungen erbracht werden sollen. Dies wurde als nicht sinnvoll erachtet, da es die Patienten in unakzeptabler Weise belasten würde. Das Vorhaben, Patienten eine längere Bedenkzeit bei der Wahl der Behandlungen einzuräumen, sie umfassend zu informieren und das Aufsetzen eines schriftlichen Behandlungsvertrages entspräche hingegen auch den Forderungen des Ärztetages.

Das Angebot an IGeL ist massiv gewachsen und damit auch der nicht zu vertretende Wildwuchs. Aus diesem Grund ist die Informationsbroschüre der Ärzteschaft zu IGeL, die auf den Empfehlungen des 109. Deutschen Ärztetags 2006 in Magdeburg basiert, aktualisiert worden. Die Patientenvertreter wurden eingeladen, den Entwurf zu kommentieren.

Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV

Anhand einer Folienpräsentation wurden Auszüge der Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV von 2011, insbesondere die Auswertungen zu IGeL, vorgestellt. Die vollständigen Ergebnisse können unter folgender Adresse eingesehen und heruntergeladen werden: http://www.kbv.de/versichertenbefragung2011.html.

Aktualisierung der Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“

Die Patientenvertreter wurden eingeladen, bei der Überarbeitung der Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“ mitzuwirken.

Kurzinformationen für Patienten (KiP): Übersetzung in sechs Sprachen

Im Auftrag der KBV und der Bundesärztekammer erstellt das ÄZQ „Kurzinformationen für Patienten“ (KiP) zu wichtigen Krankheitsbildern. Die KiP entstehen auf Grundlage hochwertiger ärztlicher Leitlinien und nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und stellen die wichtigsten Empfehlungen zu Behandlung und Umgang mit der Erkrankung leicht verständlich dar. Zurzeit gibt es 24 KiP. Für einige liegen inzwischen Übersetzungen in Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch vor.

Die Versionen werden mit Hilfe von Dolmetschern und Ärzten, deren Muttersprache eine Fremdsprache ist, erstellt. Die Patientenvertreter nahmen die KiP-Versionen mit großem Interesse zur Kenntnis. Die KiP können unter der Adresse http://www.arztbibliothek.de/kurzinformation-patienten heruntergeladen werden.

Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe

In einer früheren Sitzung des Patientenforums wurde thematisiert, dass im Rahmen der Darlegung von Interessenkonflikten bei der Mitarbeit an NVL-Projekten bei beteiligten Patientenvertretungen Unstimmigkeiten und Intransparenz bezüglich der Finanzierung festgestellt wurden. Zwischenzeitlich haben sich die Patientenvertreter intensiv mit dieser Thematik befasst und u. a. auf folgende Publikation verwiesen: Klemperer D: Interessenkonflikte und Beeinflussung in der Selbsthilfe. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe. Wahrung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Interessenkonflikten. Eine Praxishilfe. Berlin, 2012; 14-23.

Die Publikation soll zum einen dazu beitragen, dass Betroffene für die Beeinflussung Dritter sensibilisiert werden, und zum anderen Fachwissen zu den Sachverhalten, z. B. den Verlust der Gemeinnützigkeit oder die steuerrechtlichen Konsequenzen, erlangen. Um die unerwünschten Auswirkungen von Zuwendungen Dritter zu vermeiden und damit „die Gelder der Industrie für die Selbsthilfe zu retten“, sollte Sponsoring über einen Pool erfolgen. Gelder wären Projekten und Aktivitäten somit nicht direkt zuzuordnen.

7.2 Sucht und Drogen

Nachdem im Februar 2012 zunächst Dr. Josef Mischo vom Vorstand zum Vorsitzenden des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer benannt worden war, hat er Dr. Christoph von Ascheraden nach dessen Wahl in den Vorstand der Bundesärztekammer auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 das Amt übergeben und ist weiterhin als sein Stellvertreter tätig.

Basierend auf der Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages „Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern“ (DÄT-Drs. VI-09) lag der Schwerpunkt der Ausschussarbeit im Jahr 2012 auf verschiedensten Aktivitäten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit substituierender Ärzte und damit zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgung Opiatabhängiger.

7.2.1 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die mit überwältigender Mehrheit auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 verabschiedete Entschließung „Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern“ (DÄT-Drs. VI-09) fordert eine Anpassung der betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben an den Stand der medizinischen Wissenschaft, eine Revidierung der Strafandrohungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) für Ärzte, die Schaffung von Mitgabemöglichkeiten für Betäubungsmittel durch den behandelnden Arzt zur Sicherstellung der Versorgung an Wochenenden und Feiertagen und eine adäquate Abbildung des mit der substitutionsgestützten Behandlung verbundenen Leistungsaufwands.

Um diesen Forderungen Nachdruck zu verleihen, hat der Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in einem Schreiben über die Forderungen des Deutschen Ärztetages informiert und darum gebeten, das Thema in die nächste Gesundheitsministerkonferenz einzubringen.

In einem Schreiben an den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, hat der Ausschuss zudem dargelegt, welche Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) er im Sinne einer adäquaten Leistungsabbildung der substitutionsgestützten Behandlung für erforderlich hält. Diese beziehen sich v. a. auf die Abrechnungsmöglichkeiten therapeutischer Gesprächsleistungen, fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für Take-home-Verordnungen und die Behandlung von Begleiterkrankungen. In einem Antwortschreiben hat die KBV angekündigt, die Anliegen der Bundesärztekammer in die innerärztlichen Gremien zur Beratung einzubringen, um anschließend darüber mit dem GKV-Spitzenverband verhandeln zu können.

Des Weiteren hat der Ausschuss das Betäubungsmittelreferat des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) um ein Gespräch gebeten, um ihm den nach Auffassung der Bundesärztekammer bestehenden betäubungsmittelrechtlichen Reformbedarf darzulegen.

In dem im Oktober im BMG stattgefundenen Gespräch haben die Vertreter der Bundesärztekammer auf die mit der Substitutionsbehandlung verbundene strafrechtliche Problematik sowie auf notwendige Novellierungsbedarfe der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) hingewiesen. Letztere bildet den Rechtsrahmen für die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“. Insofern ist deren Weiterentwicklung ohne entsprechende Anpassungen der BtMVV nicht möglich.

Erforderlich sind nach Auffassung der Bundesärztekammer u. a.

- eine Modifikation des in § 5 Abs. 1 BtMVV verankerten Abstinenzziels,
- eine Erweiterung der bestehenden Konsiliarregelung von drei auf fünf Patienten (§ 5 Abs. 3 BtMVV),
- die Schaffung eines begrenzten Dispensierrechtes für substituierende Ärzte für definierte Situationen (siehe § 5 Abs. 8 BtMVV und § 43 Abs. 3 AMG),
- eine Möglichkeit der Verlängerung des bislang auf sieben Tage begrenzten Take-home-Verordnungszeitraums unter festzulegenden Bedingungen (§ 5 Abs. 8 BtMVV),
- die Schaffung zusätzlicher Substitutionsoptionen mit oralem Diamorphin und retardiertem oralen Morphin (§ 5 Abs. 4 BtMVV) sowie
- die Abschaffung von Apothekenkontrollpflichten für substituierende Ärzte (§ 13 Abs. 2 BtMVV).

Grundsätzlich sei anzustreben, die BtMVV von solchen Vorgaben zu bereinigen, die ärztliche Behandlungsentscheidungen betreffen, und sie v. a. auf solche Regelungen auszurichten, die dem Schutz der Bevölkerung und der Patienten vor einem unsachgemäßen Umgang mit Betäubungsmitteln dienen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat der Bundesärztekammer die Einberufung eines Fachgesprächs zu den aufgeworfenen Fragen unter Beteiligung aller relevanten Verbände für Anfang 2013 zugesagt.

Substitutionsbehandlung bei im Haushalt mitlebenden Kindern

Nachdem in Bremen bei Haaranalysen von im Haushalt Substituierter mitlebenden Kindern Metaboliten von Substitutionsmitteln sowie von illegalen Drogen festgestellt worden waren und in Hamburg ein Kind durch die Einnahme eines Substitutionsmittels zu Tode gekommen war, war in der Öffentlichkeit die Take-home-Verordnungspraxis substituierender Ärzte kritisch diskutiert worden.

Die Bundesärztekammer hat daraufhin auf der Basis ihrer „Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ Hinweise und Erläuterungen zur Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern erstellt und am 23.11.2012 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch Arztebl 2012; 109[7]: A 2379).

In diesen weist die Bundesärztekammer auf die besonderen Aufklärungspflichten des Arztes vor einer Take-home-Verordnung hin und empfiehlt bei im Haushalt mitlebenden Kindern auch das Einholen von Schweigepflichtentbindungen gegenüber den Institutionen, die an der Betreuung und medizinischen Versorgung des Patienten und der im Haushalt mitlebenden Kinder beteiligt sind.

Novellierung der Datenübermittlung an das Substitutionsregister

Die Bundesärztekammer hat in enger Abstimmung mit den Landesärztekammern eine Stellungnahme zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine 27. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) – Änderung des § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – abgegeben.

Hintergrund war, dass im Vorfeld einige Landesärztekammern datenschutzrechtliche Bedenken hinsichtlich der gemäß § 5a Abs. 5 BtMVV von ihnen zweimal jährlich vorzunehmenden Meldungen der suchtmedizinisch qualifizierten Ärzte an das Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorgetragen hatten. Nach Auffassung der Landesärztekammern gehen die vom BfArM angeforderten Datensätze weit über die Vorgaben des Verordnungstextes des § 5a BtMVV, der nur die Namen und Adressen der qualifizierten Ärzte verlangt, hinaus.

Durch Intervention des Berliner Datenschutzbeauftragten beim BfArM sah sich das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst, in einem ersten Entwurf für eine Novelle des § 5a BtMVV die Datenerhebungskompetenzen des BfArM für das Substitutionsregister zu erweitern und die bestehende Erhebungspraxis auf eine entsprechende juristische Grundlage zu stellen.

In ihrer Stellungnahme hat die Bundesärztekammer einen vollständigen Verzicht des BfArM auf die Datenübermittlungen der Ärztekammern zu den suchtmedizinisch qualifizierten Ärzten vorgeschlagen. Stattdessen solle der Arzt bei seiner ersten Anmeldung von Patienten zur Substitutionsbehandlung dem BfArM lediglich einen Nachweis über die von ihm erworbene suchtmedizinische Qualifikation beifügen.

Zudem lehnt die Bundesärztekammer die in dem Verordnungsentwurf neu aufgenommene Meldepflicht für überbrückend in Krankenhäusern substituierte Patienten ab, die den bürokratischen Aufwand unnötig erhöhen und zu vermehrten Doppelmeldungen führen würde. Darüber hinaus äußert sie die Befürchtung, dass dadurch auch für stationär substituierende Ärzte zukünftig ein suchtmedizinischer Qualifikationsnachweis erforderlich werden könne, wodurch der Zugang zur stationären Versorgung für substituierte Patienten deutlich erschwert werden würde.

Novellierung der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Substitution mit Diacetylmorphin

Mit dem Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 20.07.2009 war die Möglichkeit geschaffen worden, schwerst Opiatabhängige unter bestimmten Voraussetzungen mit Diamorphin zu substituieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte daraufhin mit Beschluss vom 18.03.2010 die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) an die neue Gesetzeslage angepasst und bauliche und personelle Anforderungen an die Diamorphinvergabeeinrichtungen festgelegt. Diese hatten sich in der Praxis jedoch als zu hochschwellig und für die Träger potenzieller Einrichtungen nicht finanzierbar erwiesen, sodass die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der Versorgungslage für schwerst Opiatabhängige nicht realisiert werden konnte. Der G-BA hat nun am 28.06.2012 einen überarbeiteten Richtlinienentwurf vorgelegt, in dem die Strukturanforderungen an die Vergabeeinrichtungen reduziert werden.

Der G-BA kommt damit weitgehend den Forderungen entgegen, die die Bundesärztekammer bereits in ihrer Stellungnahme zum Richtlinien-Beschlussentwurf des G-BA aus dem Jahre 2010 vertreten hatte. Insofern konnte der nun überarbeitete Entwurf von ihr grundsätzlich positiv bewertet werden. In ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 09.08.2012 sowie in der Anhörung des G-BA am 29.11.2012 hat die Bundesärztekammer dies zum Ausdruck gebracht und weitere Modifikationen vorgeschlagen.

7.2.2 Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV)

Im Februar 2012 hatte das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf für eine 26. BtMÄndV vorgelegt, der die Aufnahme neuer Substanzen (insbesondere sogenannter „Designerdrogen") in die Anlage I sowie des flüssigen Tilidins in die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) sowie Änderungen der Höchstverschreibungsmengen für verschiedene Betäubungsmittel vorsah.

Über das Stellungnahmeverfahren konnte die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) eine Begrenzung der Verordnung von Flunitrazepam auf 30 Milligramm für einen Zeitraum von 30 Tagen bewirken. In ihrer Stellungnahme hat die Bundesärztekammer zudem eine Novellierung der auf Ärzte anwendbaren strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes gefordert. Ärzte, die Patienten im Rahmen einer eng kontrollierten Substitutionsbehandlung und für einen überbrückenden Zeitraum Betäubungsmittel überlassen, sollten zukünftig nicht mehr gemäß § 13 BtMG in Verbindung mit §§ 29 und 29a BtMG strafrechtlich verfolgt werden.

7.2.3 Novelle des Heilmittelwerbegesetzes im Rahmen der 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG)

Im Rahmen einer 16. AMG-Novelle beabsichtigte das Bundesministerium für Gesundheit zunächst auch eine Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Der entsprechende Referentenentwurf vom Dezember 2011 sah u. a. eine Streichung des in § 10 Abs. 2 HWG verankerten Werbeverbots „für Arzneimittel, die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen" vor.

Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Stellungnahme zum „Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften" vom 06.01.2012 gegen dieses Vorhaben mit dem Hinweis interveniert, dass viele psychotrop wirksame Arzneimittel ein nicht zu unterschätzendes Abhängigkeitspotenzial besitzen. Angesichts der bereits bestehenden hohen Medikamentenabhängigkeitsrate in Deutschland leiste das bestehende Werbeverbot für psychotrop wirksame Arzneimittel einen Beitrag dazu, dass medizinisch nicht begründete Bedürfnisse zu ihrer Einnahme erst gar nicht geweckt werden. § 10 Abs. 2 HWG zeuge somit von Umsicht gegenüber den genannten Suchtgefahren. In der Folge konnte ein Erhalt des bestehenden Werbeverbots in modifizierter Fassung bewirkt werden.

7.2.4 Anwendung von Cannabis in der Medizin

Ein bereits im Juni 2011 von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in den Bundestag eingebrachter Antrag (BT-Drs. 17/6127) sah vor, dass Patienten, die Cannabis aufgrund einer ärztlichen Empfehlung anhand festgelegter Indikationen verwenden, zukünftig für ihren Cannabiskonsum nicht mehr strafverfolgt werden sollen. Zudem solle schwerkranken Patienten der Zugang zu Medikamenten auf Cannabisbasis ermöglicht werden, wenn für sie keine andere Standardtherapie vorhanden sei.

Die Bundesärztekammer hatte im Vorfeld der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) am 02.05.2012 zu dem Antrag eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, in der sie auf der Basis von Studienergebnissen und klinischer Erfahrung den therapeutischen Einsatz cannabinoidhaltiger Arzneimittel in solchen Fällen befürwortet, in denen sich eine Standardtherapie als nicht ausreichend wirksam erweist.

Eine solche Therapie könne beispielsweise indiziert sein für Patienten mit neurologischen Krankheiten wie Multipler Sklerose mit spastischen Schmerzen und Patienten, die unter mehreren Symptomen wie Schmerzen, Appetitmangel, Übelkeit und Depressivität leiden, z. B. in der Palliativmedizin. Sie weist allerdings auch darauf hin, dass cannabinoidhaltige Arzneimittel nur eine geringe therapeutische Breite besitzen und in der Langzeitanwendung aufgrund von Nebenwirkungen von vielen Patienten abgelehnt werden. Aus diesen Gründen sollten Cannabinoide nicht als Arzneimittel der ersten Wahl eingesetzt werden. Die Bundesärztekammer und die AkdÄ sprechen sich in ihrer Stellungnahme zudem dafür aus, dass für Patienten, bei denen eine Therapie mit cannabinoidhaltigen Arzneimitteln indiziert ist, eine vollständige Kostenübernahme für den gesamten Zeitraum der Medikation über die Kostenträger sichergestellt werden muss. Eine Selbstmedikation mit ungeprüften und nichtstandardisierten Cannabisprodukten lehnen Bundesärztekammer und AkdÄ jedoch wegen des variierenden Wirkstoffgehalts und möglichen Kontaminationen ab.

In der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 09.05.2012 hat Prof. Dr. Lukas Radbruch, Facharzt für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Aachen und Mitglied der Arzneimittelkommission, die Bundesärztekammer und die AkdÄ als Sachverständiger vertreten.

7.2.5 Umfragen zum Stand der Interventionsprogramme für suchtkranke Ärzte und zu den Kostenübernahmen durch die ärztlichen Versorgungswerke

Eine Abfrage der Bundesärztekammer bei den Landesärztekammern vom 14.09.2012 hat ergeben, dass inzwischen 14 von 17 Kammern über ein strukturiertes Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte verfügen.

Hingegen zeigte eine 2012 von der Bundesärztekammer bei den Versorgungswerken der Landesärztekammern durchgeführte Befragung zu den beantragten und bewilligten Entwöhnungsmaßnahmen und Frühverrentungen, dass weiterhin große Unterschiede zwischen den Versorgungswerken hinsichtlich der Kostenübernahmen für Entwöhnungsmaßnahmen bei suchtkranken Ärzten bestehen. Die Mehrzahl der Versorgungswerke erstattet sowohl für eine Erst- als auch für eine Zweitmaßnahme 60 Prozent (und mehr) der Kosten. Grundsätzlich handeln die Versorgungswerke im Sinne des Nachrangigkeitsprinzips, d. h. nach vorheriger Prüfung der Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers. Beide Umfrageergebnisse waren auf einer Sitzung am 17.10.2012 den Suchtbeauftragten der Landesärztekammern vorgestellt worden. Die Bundesärztekammer hat wiederholt auf den Sitzungen der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ die unterschiedliche und für Betroffene intransparente Gewährungspraxis beanstandet.

7.3 Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“

Im Nachgang zur Stellungnahme des Ausschusses zur gesundheitlichen Bewertung von elektromagnetischen Feldern (Mobilfunk) konnte festgestellt werden, dass allein durch die Befassung mit dem Thema und dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren bei den Beteiligten eine sichtbare Signalwirkung bei den mit der schwierigen Materie befassten Bürgern und Experten entfaltet und ein wichtiger Beitrag zur Deeskalierung und Beruhigung geleistet werden konnte, auch wenn die Stellungnahme letztendlich nicht vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet wurde. Die Ausschussmitglieder sehen jedoch weiteren Forschungsbedarf im Bereich der gesundheitlichen Bewertung von elektromagnetischen Feldern.

Gemäß den Beratungen des Ausschusses zu dem Entschließungsantrag des 114. Deutschen Ärztetages 2011 (DÄT-Drs. VI-44) zur Forderung nach Unabhängigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO) hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, ein entsprechendes Schreiben an das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) gesandt. In seiner Antwort legte der Minister jedoch dar, dass er keine Anzeichen für eine Beeinflussung der WHO durch die IAEO feststellen könne und keinen Handlungsbedarf sähe. Die Ausschussmitglieder betonen, dass nach ihren Kenntnissen sehr wohl WHO-Studien vorlägen, zu deren Veröffentlichung die IAEO ihre Zustimmung verweigere. Die Haltung des Ministeriums wird von den Ausschussmitgliedern nicht mitgetragen.

Zum Entschließungsantrag VI-32 des 114. Deutschen Ärztetages 2011 „Lärmpegelbegrenzung bei Veranstaltungen für Jugendliche“ sprach sich der Ausschuss dafür aus, eine Überarbeitung der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Hörschäden durch Freizeitlärm von 1999 anzuregen, um insbesondere eine Überprüfung und Anpassung der Lärmpegelgrenzen zu erwirken. Des Weiteren empfiehlt der Ausschuss, 2013 ein Umweltforum zum Thema „Lärm in seinen unterschiedlichen Ausprägungen – Freizeitlärm, Fluglärm, Lärm am Arbeitsplatz“ durchzuführen.

Die Arbeit des Ausschusses zu einem seiner Schwerpunktthemen – der gesundheitlichen Bewertung der verschiedenen Energieformen –, umfasste im Berichtszeitraum ein erstes Review zu dem Entwurf eines Positionspapiers „Energiemix der Zukunft aus umweltmedizinischer Sicht“ des Ausschusses „Gesundheit und Umwelt“ der Ärztekammer Niedersachsen. Der Ausschuss wird darüber hinaus im Rahmen der Bewertung explizit auch die Erweiterung von Kenntnissen zu gesundheitlichen Folgen der Kernkraftgewinnung und Atomunfällen, wie sie im Antrag VI-45 des 114. Deutschen Ärztetages 2011 angemahnt werden, thematisieren.

Zur Standortbestimmung und Förderung der Umweltmedizin stellte der Ausschuss in seinen Beratungen fest, dass die Umweltmedizin nicht mehr über eine Zusatzbezeichnung in der Weiterbildung verankert ist, sondern über eine strukturierte curriculare Fortbildung abgebildet wird und in Aus- und Weiterbildung vor allem als Querschnittsthema in Erscheinung tritt. Zwar sei das Bekenntnis zur Umweltmedizin ungebrochen, jedoch seien in der Praxis kaum Aktivitäten zu verzeichnen, zumal die Beratung in umweltmedizinischen Belangen von den Krankenkassen nicht vergütet werde. Fortbildungsangebote mit umweltmedizinischen Themen stoßen kaum auf Resonanz. Um

trotzdem eine entsprechende Beratung und Versorgung anbieten zu können, sei es wichtig, die Universitäten zur Einrichtung von umweltmedizinischen Hochschulambulanzen zu animieren. Hierzu wurde auf die AG „Zukunft der Hochschulambulanzen" des Wissenschaftsrats verwiesen. Die systematische Vernetzung und gegenseitige Information und Unterstützung der Mitglieder der Ständigen Konferenz „Gesundheit und Umwelt" der Bundesärztekammer als wichtige Multiplikatoren stelle eine weitere Möglichkeit zur Wiederbelebung des Faches dar.

Mit Sorge wurde die Ausübung der Umweltmedizin in Arztpraxen betrachtet, die vielfach durch dubiose Diagnoseverfahren neue Umweltprobleme und -belastungen erst generieren, z. B. die Umweltbelastung durch Arsen. Hier bedarf es einer klaren Abgrenzung zur seriösen Umweltmedizin.

In diesem Zusammenhang wurde die zwischenzeitlich neu berufene Kommission „Umweltmedizin" am Robert-Koch-Institut begrüßt. Jedoch wurde auch festgestellt, dass diese Kommission der Intention, die Umweltmedizin zu stärken, nicht dienlich ist, da die Ausrichtung hier erkennbar epidemiologisch und nicht klinisch sei. Der Ausschuss sprach sich dafür aus, zu eruieren, inwiefern ggf. geeignete Unterstützung zur stärkeren, medizinischen Ausrichtung der Kommission geleistet werden könne.

Nach wie vor erachtet der Ausschuss die Befassung mit dem Thema „Niedrigstrahlung" für außerordentlich wichtig. Geplant wurde, zeitnah durch die Beteiligung an einer Fortbildungsveranstaltung zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Niedrigstrahlung im Rahmen der Wismut-Sanierung aktiv zu werden.

Des Weiteren wird sich der Ausschuss engagieren, um die einerseits vielversprechenden Einsatzmöglichkeiten der Nanotechnologie im medizinischen Bereich, aber auch ihre gesundheitlichen Gefahren und Risiken im Blick zu behalten.

Für Januar 2013 wurde eine Sitzung der Ständigen Konferenz „Gesundheit und Umwelt" geplant, in der als Themenschwerpunkt die umweltmedizinischen Aktivitäten in den Ländern erörtert werden sollen. Ein weiterer Tagesordnungspunkt wird ein Gastvortrag zu den Folgen von Antibiotikaeinsatz in der Tierproduktion sein.

8. Telematik im Gesundheitswesen

Telematik im Gesundheitswesen bezeichnet die Verbindung von Telekommunikation und Informatik mit der Zielsetzung, den Akteuren im Gesundheitswesen (Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, weiteren Leistungserbringern und Kostenträgern) relevante Informationen umfänglicher, schneller und für den jeweiligen Nutzungskontext aufbereitet zur Verfügung zu stellen. Zunehmende Spezialisierung ärztlicher Tätigkeit und damit einhergehende auch sektorenübergreifende Behandlungswege führen zu mehr ärztlicher Arbeitsteilung und zu mehr dezentraler Datenhaltung am jeweiligen Behandlungsort. Eine in den letzten Jahren schnell anwachsende Ausdifferenzierung von Versorgungsverträgen zwischen Ärzten oder Gruppen von Ärzten und Krankenkassen sowie spezifische Vertragsformen hinsichtlich der Versorgung von Versicherten der jeweiligen Krankenkassen erhöhen die zu verarbeitende Informationsmenge und Komplexität ärztlichen Handelns.

Diese Entwicklungen der letzten Jahre haben ärztliches Handeln verändert. Der Einsatz von IT im Gesundheitswesen hat hier nicht nur instrumentellen Charakter, um diese Veränderungen handhabbar zu machen. Vielmehr verändert der zunehmende Einsatz telematischer Instrumente und Methoden wiederum auch die ärztliche Berufsausübung. Die zielgenaue Bereitstellung von entscheidungsrelevanten Informationen hat auch Auswirkungen auf bzw. bildet die Grundlage für die Steuerungskompetenz im Gesundheitswesen.

Das herausragende telematische Projekt in Deutschland ist seit Jahren die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und einer Telematikinfrastruktur (TI) nach den §§ 291a und b SGB V. Wie in den Vorjahren waren auch im Jahr 2012 die Aktivitäten der Bundesärztekammer zur Telematik wesentlich durch dieses Projekt geprägt. Das von staatlicher Seite initiierte und massiv weiter vorangetriebene eGK-Projekt forderte von der Bundesärztekammer in ihrer Rolle als Gesellschafter der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) weiterhin erhebliche Anstrengungen zur Durchsetzung und Wahrung der Interessen von Ärzten und Patienten.

Die Bundesärztekammer ist gemäß § 291 ein Gesellschafter der gematik, der Gesellschaft für Telematik nach Maßgabe des § 291b. Die Aufgabe der Gesellschafter ist es, die für die Einführung und Anwendung der eGK erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur) zu schaffen. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe für die Bundesärztekammer erfolgt vor dem Hintergrund der heterogenen Beschlusslage der zurückliegenden Deutschen Ärztetage. Diese zeichnet sich durch eine ablehnende Haltung gegenüber der Einführung der eGK sowie durch zustimmende Beschlüsse zur Förderung der Telemedizin, der Etablierung einer TI, der Nutzung einer elektronischen Patientenakte in der Hand des Patienten etc. aus. Das Engagement der Bundesärztekammer in der gematik hat das Ziel, die seitens des Gesetzgebers vorgegebene o. g. Aufgabenstellung im Sinne einer Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, der Verbesserung der Qualität der Behandlung und der Erhöhung der Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten zu gestalten. Deshalb hat die Bundesärztekammer auch die Verantwortung für die Einführung des Notfalldatenmanagements (NFDM) auf der eGK übernommen – eine der Anwendungen des § 291a SGB V. Durch die Übernahme der Projektverantwortung verfolgt

die Bundesärztekammer das Ziel, diese Anwendung der eGK in den Dienst der Verbesserung der Versorgung von Patienten in Notfallsituationen zu stellen, indem die behandelnden Ärzte für sie relevante Vorbefunde zur Verfügung gestellt bekommen (siehe Kapitel 8.1.2), um so auf diesem Wege auch den Beschaffungsaufwand zur Einholung von Vorbefunden, Medikationen etc. deutlich zu reduzieren.

Weitere Schwerpunkte der Arbeit der Bundesärztekammer waren die Förderung der Telemedizin in Deutschland sowie die Anstrengungen zur flächendeckenden Herausgabe von elektronischen Arztausweisen (eArztausweisen) durch die Ärztekammern.

Unter dem Vorsitz von Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, berät der Ausschuss „Telematik" den Vorstand der Bundesärztekammer in allen Fragen, die mit der Anwendung von Kommunikations- und Informationstechnologien in der Medizin und der Gesundheitspolitik in Zusammenhang stehen. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf der Frage der technologisch-fachlichen Entwicklung, sondern in der medizinischen Anwendung dieser Technologien im gesamten Spektrum der Telematik im Gesundheitswesen. Im Berichtszeitraum hat sich der Ausschuss „Telematik" in seinen vier Sitzungen u. a. mit Anbietern von Telekonsultationsdiensten (siehe Kapitel 8.2.3) befasst.

8.1 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

8.1.1 Aufbau und Einführung einer Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen

Nach der im Jahr 2010 unter den Gesellschaftern der gematik konsentierten Neuausrichtung des Gesamtprojektes, wurden im Jahr 2012 die vereinbarten Gesellschafterprojekte weiter fortgesetzt. Der Schwerpunkt der Umsetzung lag dabei auf der sogenannten „Stufe 1 des Online-Rollouts". In dieser ersten Stufe sollen die Anwendungen Qualifizierte elektronische Signatur für Ärzte, sichere Internetanbindung für Arztpraxen, Versichertenstammdatenmanagement und eine Anbindungsmöglichkeit bereits vorhandener Bestandsnetze an die TI zunächst erprobt und dann bundesweit eingeführt werden. Die für diese Anwendungen benötigten umfangreichen Konzepte und Spezifikationen wurden soweit erstellt, dass ein europaweites Ausschreibungs- und Vergabeverfahren im Sommer 2012 gestartet werden konnte. In einer weiteren ergänzenden Ausschreibung wurde darüber hinaus die Bereitstellung einer Folgegeneration der in der TI verwendeten Chipkarten (eGK, elektronischer Heilberufsausweis [HBA] etc.) initiiert. Mit einem Vergabezuschlag für die beiden Ausschreibungen ist im zweiten Quartal 2013 zu rechnen. Die Testung ist ab dem Jahr 2014 geplant. Der Test soll in den zwei Testregionen, Nordwest (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) und Südost (Bayern und Sachsen), durchgeführt werden. Pro Testregion sollen jeweils mindestens 500 Ärzte/Zahnärzte und fünf Krankenhäuser teilnehmen.

Das Dezernat Telematik der Bundesärztekammer hat in diesem Prozess seine Anforderungen eingebracht und Anwendungen gefordert, die einen medizinischen Nutzen haben. Außerdem wurden die Spezifikationen der gematik zu den o. g. Themen aus fachlicher und technischer Sicht analysiert und mit dem Ziel kommentiert, Datenschutz und

Datensicherheit für Ärzte und Patienten zu gewährleisten sowie praktikable Prozesse mit möglichst wenig Aufwand in den Arztpraxen zu etablieren.

Parallel zu der Umsetzung der Stufe 1 wurden im Jahr 2012, soweit dies möglich war, die Anwendungen der Stufe 2 (NFDM, sichere Kommunikation der Leistungserbringer, Migration einer elektronischen Fallakte) weiter entwickelt, die in einem nächsten Schritt ebenfalls getestet und eingeführt werden sollen. Die ersten Vorarbeiten für eine Anwendung zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) mittels der TI wurden begonnen. Des Weiteren haben die Gesellschafter der gematik zwei weitere Projekte adressiert. Zum einen wurde ein Prüfauftrag auf Anregung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erteilt, ob und wie die eGK im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eingesetzt werden kann. Zum anderen soll auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Kompatibilität der TI zu dem Projekt Deutsches elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz (DEMIS) hergestellt werden. Ziel des DEMIS-Projekts ist die medienbruchfreie, elektronische Meldung übertragbarer Krankheiten an den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Begleitend zur Fortführung der Gesellschafterprojekte haben die Krankenkassen die Ausgabe der eGK weiter fortgesetzt. Bis zum Jahresende 2012 müssen mindestens 70 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten eine eGK von ihrer Krankenkasse erhalten (§ 4 Abs. 6 SGB V) haben.

8.1.2 Projektleitung „Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte“

Im Zuge der Projektleitung der Bundesärztekammer für das Projekt NFDM wurde von der Projektgruppe im Jahr 2012 in der zweiten Projektphase die Erstellung eines Pflichtenheftes weiter fortgesetzt. Aufgrund der angespannten Ressourcensituation und einer Priorisierung der Stufe-1-Projekte (s. o.) ist diese Phase allerdings noch nicht abgeschlossen. Im Juni 2012 wurde durch die Bundesärztekammer eine rechtliche Begutachtung von Einsatz und Nutzung der Anwendung NFDM in Auftrag gegeben. Die Beauftragung geht zurück auf einen Schlichterentscheid der gematik zum Lastenheft NFDM vom Juni 2011 und einen Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom April 2012.

Inhaltliche Grundlage für die juristische Begutachtung bildet dabei eine Prozessbeschreibung zum Einsatz des NFDM in der klinischen Praxis, die aufzeigt, wie die Verwendung des NFDM im klinischen Alltag idealtypisch gestaltet und wie das Zusammenspiel aller Beteiligten bei der Datenerstellung und -nutzung erfolgen sollte. Die Prozessbeschreibung wurde in mehreren Workshops mit klinisch tätigen Ärzten entwickelt und ebenfalls im April 2012 vom Vorstand der Bundesärztekammer freigegeben. Die Ergebnisse der juristischen Begutachtung werden im ersten Quartal 2013 vorliegen.

8.2 E-Health und telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung

Seit 2009 führt die Bundesärztekammer eine Initiative zur Förderung telemedizinischer Methoden in der Patientenversorgung durch. Die Initiative wurde aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung dieses Versorgungsbereichs ins Leben gerufen und stützt sich auf eine repräsentative Umfrage unter der deutschen Ärzteschaft (E-Health-Report 2010) sowie auf den Beschluss des 113. Deutschen Ärztetages 2010 „Voraussetzungen für gute Telemedizin" (DÄT-Drs. V-03). Die Initiative hat das Ziel, bestehende Umsetzungsbarrieren für sinnvolle telemedizinische Anwendungen abzubauen. Die Initiative wurde im aktuellen Berichtszeitraum weitergeführt.

Einen strukturierten Überblick über die Entwicklung telemedizinischer Methoden in der Patientenversorgung bietet der Anfang 2012 erschienene Report Versorgungsforschung, Band 4 (Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung, Herausgeber: Dr. Franz-Joseph Bartmann, Prof. Dr. Maria Blettner, Prof. Dr. Peter U. Heuschmann, erschienen im Deutschen Ärzte-Verlag, Köln, 2012). Der Buchband stellt die Ergebnisse des Symposiums „Telemedizin und Versorgungsforschung" zusammen, das im Rahmen des Programms zur Förderung der Versorgungsforschung der Bundesärztekammer im Februar 2011 durchgeführt wurde.

Unverändert gegenüber den vorangegangenen Berichtszeiträumen lässt sich in Deutschland weiterhin eine Zunahme an telemedizinischen Versorgungsmodellen beobachten. Herauszuheben ist dabei eine Zunahme an Telemonitoringprojekten zur besseren Versorgung von chronisch erkrankten Patienten, die von größeren gesetzlichen Krankenversicherern initiiert wurden. So wurde beispielsweise von der bayerischen AOK ein Telemonitoringprogramm für COPD-Patienten initiiert und in Niedersachsen ein AOK-Gesundheitsprogramm für herzinsuffiziente Patienten weiter vorangetrieben. Bei diesen Programmen lässt sich, wie bei vielen anderen telemedizinischen Programmen auch, eine zunehmende Rolle edukativer Elemente bei der telemedizinischen Patientenversorgung beobachten. So werden neben der Erfassung, Übertragung und Überwachung relevanter physiologischer Parameter zusätzlich durch sogenanntes Coaching in unterschiedlicher Form die Patienten mit krankheitsbezogenen Informationen versorgt – beispielsweise zur Ernährung, zu sportlicher Aktivität und zu sonstigen Verhaltensweisen.

Hinsichtlich der medizinischen inhaltlichen Gestaltung der Programme sowie der Patientenrekrutierung und -führung hat in diesem Zusammenhang die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin eine Entschließung gefasst, in der insbesondere bei sektorenübergreifenden und interdisziplinären Projekten die enge Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte eingefordert wird.

Das Spektrum der telemedizinischen Versorgungsmodelle in Deutschland ist weiterhin sehr heterogen, sowohl hinsichtlich der medizinischen Versorgungsinhalte als auch hinsichtlich der technischen Komponenten und der Organisation. Diese Heterogenität zeigt sich nicht nur zwischen verschiedenen telemedizinischen Projekten mit unterschiedlicher Patientenzielgruppe, sondern auch bei Projekten, die prinzipiell die gleiche Patientenzielgruppe bzw. die gleiche Zielsetzung adressieren. Einen orientierenden Überblick über dieses Spektrum bietet das über telemedizin.fokus.fraunhofer.de öffentlich zu-

gängliche Deutsche Telemedizinportal, das unter enger Mitarbeit der Bundesärztekammer im Rahmen der E-Health-Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt und im Berichtszeitraum freigeschaltet wurde (siehe Kapitel 8.2.2).

Trotz der geschilderten Zunahme von telemedizinischen Versorgungsmodellen ist weiterhin davon auszugehen, dass der Bedarf an telemedizinischer Versorgung weitaus größer und das Potenzial einer gesteigerten Behandlungsqualität durch telemedizinische Methoden in Deutschland bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist.

Als wesentliche Umsetzungsbarriere für eine telemedizinische Patientenversorgung besteht weiterhin die unzureichende Verankerung dieser Methoden in den Vergütungssystemen unseres Gesundheitssystems. Insbesondere im vertragsärztlichen Bereich besteht bisher keine Möglichkeit, den Mehraufwand im Zusammenhang mit dieser Art der Patientenversorgung adäquat abzubilden. Dieses Problemfeld wurde im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) adressiert: Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes zum 1. Januar 2012 hat der Bewertungsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Aufgabe erhalten, bis zum 31. Oktober 2012 zu überprüfen, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können. Das Ergebnis der Prüfung muss bis zum Ende des ersten Quartals 2013 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet sein (§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V). Hierbei sollen keine Versichertenpauschalen, sondern Einzelleistungen und Leistungskomplexe beschrieben werden. Zu dieser Aufgabe existiert beim G-BA eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes. Das Dezernat Telematik der Bundesärztekammer hat mit der KBV in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe die ärztlichen Positionen auf Grundlage der entsprechenden Ärztetagsbeschlüsse der Jahre 2010 und 2012 in diesem Prozess beraten.

8.2.1 Begleitsymposium zum Interdisziplinärem Forum – Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung und in der ärztlichen Fortbildung

Am 25. Februar 2012 hat die Bundesärztekammer im Rahmen des Interdisziplinären Forums ein Begleitsymposium zum Thema Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung und in der ärztlichen Fortbildung durchgeführt. Die Veranstaltung wendete sich an die Fortbildungsbeauftragten der Landesärztekammern sowie an Vertreter der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, in deren Fachgebiet ein hoher Verbreitungsgrad telemedizinischer Methoden zu beobachten ist. Neben der Darstellung des Anwendungsspektrums telemedizinischer Methoden in Deutschland sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte notwendig sind, um diese zu befähigen, telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung einzusetzen. In einem ersten Näherungsschritt sollten ggf. auch Fortbildungsinhalte identifiziert werden.

Im Bereich der ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung finden sich gegenwärtig keine strukturierten Vorgaben, die sich auf die Verwendung telemedizinischer Methoden in der Patientenversorgung beziehen. In der ärztlichen Fortbildung finden sich im Themenfeld E-Health vereinzelte Fortbildungsangebote. Diese beziehen sich jedoch meist auf spezifische Einzelaspekte und zielen häufig nicht auf die telemedizinische Patien-

tenversorgung ab. Diesem Mangel an Qualifikationsangeboten steht gegenüber, dass diese neuen Versorgungskonzepte bereits weit verbreitet sind und teilweise tief in ärztliche Versorgungsprozesse eingreifen.

Die Anwendung dieser Verfahren setzt bei Ärztinnen und Ärzten bestimmte Fähigkeiten voraus. Neben der medizinischen Kompetenz sind zusätzlich spezielle technische, kommunikative und rechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Durch die sehr heterogenen telemedizinischen Versorgungsmodelle werden den telemedizinisch tätigen Ärzten die genannten Fähigkeiten in sehr unterschiedlichem Maße abverlangt. Somit ist davon auszugehen, dass es keine einheitliche Qualifikationsmaßnahme geben kann, die alle telemedizinisch arbeitenden Ärzte gleichermaßen befähigt, ihre jeweiligen fachgebietsspezifischen Methoden einzusetzen. Hierin ist eine Analogie zum eher irreführenden Begriff Telemedizin zu sehen, bei dem es sich nicht um ein neues medizinisches Fachgebiet handelt, sondern um einen Überbegriff für eine Fülle unterschiedlicher Methoden aus diversen medizinischen Fachgebieten. Ziel des Begleitsymposiums war jedoch die Überprüfung, inwieweit fachgebietsübergreifende Qualifikationsinhalte identifizierbar sind, die gleichermaßen von allen Ärzten benötigt werden, die telemedizinische Methoden einsetzen.

Die Vertreter der Fachgesellschaften (Prof. Dr. Stefan Störk, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie; Prof. Dr. Peter Mildenberger, Deutsche Röntgengesellschaft; Prof. Dr. Heinrich Audebert, Deutsche Gesellschaft für Neurologie; Prof. Dr. Manfred Dietel, Deutsche Gesellschaft für Pathologie) haben im Rahmen des Symposiums einen Überblick über den jeweiligen Sachstand der Verbreitung telemedizinischer Anwendungen in ihrem jeweiligen Fachgebiet gegeben. Zusätzlich wurden durch Dr. Alexander Gruner, Justitiar der Sächsischen Landesärztekammer, berufsrechtliche, sozialrechtliche und haftungsrechtliche Aspekte telemedizinischer Methoden erörtert.

Als Ergebnis des Symposiums wurde festgehalten, dass bei den Fähigkeiten, die Ärzte beim Einsatz dieser Methoden benötigen, fachspezifische Inhalte dominieren, mitunter sei indikationsspezifische Spezialexpertise erforderlich. Die Qualifikation der Ärzte für telemedizinische Methoden sollte daher gebietsspezifisch erfolgen, fachgebietsübergreifende Konzepte bieten sich in diesem Bereich nicht an.

Rechtliche Aspekte sind für viele telemedizinische Anwendungsfelder von Bedeutung. Bei der Beleuchtung der unterschiedlichen juristischen Problemfelder zeigte sich, dass aufgrund der Neuartigkeit der Methoden und der sehr dynamischen Entwicklung die rechtlichen Grundlagen weiterentwickelt werden sollten. Hier wurde ein fachgebietsübergreifender Fortbildungsbedarf identifiziert. Ein basales technisches bzw. informationstechnologisches Grundwissen wurde als weiterer fachgebietsübergreifender Fortbildungsinhalt angeregt.

Im kommunikativen Bereich werden in vielen telemedizinischen Versorgungsmodellen hohe Anforderungen an Ärzte gestellt. Inwieweit sich hier fachgebietsübergreifende Fortbildungsinhalte identifizieren lassen, muss noch untersucht werden. Qualifikationsbedarf wird auch im Bereich nichtärztlicher Berufsfelder gesehen.

Zusammenfassend hat das Symposium auch aufgezeigt, das im Teilnehmerkreis ein sehr hohes Interesse an einer weiteren inhaltlichen Begleitung des Themengebiets Telemedizin besteht. Neben der ärztlichen Fortbildung sind insbesondere die medizinisch-inhaltlichen und die rechtlichen Aspekte auf ein sehr hohes Interesse gestoßen. In die-

sem Zusammenhang wurde eine Verstetigung des Zusammentreffens der eingeladenen Vertreter angeregt. Die Ergebnisse sind Grundlage der Weiterentwicklung der Förderinitiative.

8.2.2 E-Health-Initiative der Bundesregierung

Die E-Health-Initiative wurde im Juli 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ins Leben gerufen. In verschiedenen Teilprojekten wird seither unter Beteiligung der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der gesetzlichen Krankenkassen sowie von Vertretern von Industrieverbänden und Fachgesellschaften das Ziel verfolgt, telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung zu verankern.

Im Berichtszeitraum war die Bundesärztekammer an den im Folgenden beschriebenen Projekten der Initiative beteiligt.

Teilprojekt Informationsdatenbank – Deutsches Telemedizinportal

Anlässlich der Industriemesse Medica wurde Ende 2012 eine über das Internet frei zugängliche Informationsdatenbank aktueller und abgeschlossener Telemedizinprojekte freigeschaltet. Das Informationsangebot richtet sich an Initiatoren telemedizinischer Versorgungsmodelle sowie an interessierte Ärzte und Patienten, die ein entsprechendes Versorgungsangebot suchen. Die Datenbank enthält Informationen zum Versorgungsmodell, zum adressierten Patientenkollektiv, zur Finanzierung und zu technischen Aspekten. Die Datenbank wurde inhaltlich intensiv von der Bundesärztekammer mitgestaltet. Im laufenden Betrieb werden die Inhalte der Datenbank von einem Fachbeirat unter Beteiligung der Bundesärztekammer einer Qualitätssicherung unterzogen.

Kriterienkatalog zur Unterstützung der gezielten Planung, Durchführung und Evaluation von telemedizinischen Projekten

Im Gesamtkontext einer gemeinsam getragenen E-Health-Strategie wurde von der Initiative im Berichtszeitraum ein Kriterienkatalog entwickelt. Er stellt Aspekte zusammen, die bei der Planung, Initiierung und Evaluation von neuen Telemedizinprojekten beachtet werden sollen, um den Projekten eine bessere Integration in die Regelversorgung zu ermöglichen. Dabei werden insbesondere Empfehlungen hinsichtlich der Evaluationsmethoden und Studienziele benannt, aber auch strukturelle Empfehlungen für diese Projekte beschrieben. Als wesentlicher Bestandteil der Ergebnisse der E-Health-Initiative wurde der Katalog anlässlich des diesjährigen IT-Gipfels (s. u.) der Öffentlichkeit präsentiert. Insgesamt hat das Papier vorwiegend den Charakter eines politischen Statements. Angesichts des derzeit aktuellen Prozesses der Verankerung telemedizinischer Leistungen in den Vergütungssystemen (s. o.) kann das Papier jedoch künftig die Rolle einer Grundlage für regulatorische Prozesse bekommen.

IT-Gipfel 2012 in Essen

Die Bundesärztekammer konnte bei der Planung dieser Veranstaltung ein Exponat aus dem Bereich E-Learning in der Medizin vermitteln. An der Charité wurde für die pädiatrische Ausbildung ein Simulationsprogramm zur Diagnostik und Therapie an Säuglingen entwickelt. Das sehr realistisch gestaltete Programm läuft auf einem tischgroßen, berührungsempfindlichen Tablett-PC („überdimensionales iPad") und stellt die Behandlungssituation an Säuglingen sehr realistisch nach. Die Arbeit der Initiative soll im Jahr 2013 fortgeführt werden.

8.2.3 Telekonsultationszentren

Im Berichtszeitraum stellte die inhaltliche Auseinandersetzung mit Telemedizinzentren unterschiedlicher Ausprägung eine wesentliche Rolle.

Im Ausschuss „Telematik" haben Mitarbeiter der Internet-Plattform „DrEd" über ihr Projekt referiert. Deutsche Ärzte beraten hier unter Umgehung von § 7 Abs. 4 (Muster-) Berufsordnung (MBO) von Großbritannien aus Patienten und verschreiben Medikamente in Form von Privatrezepten bei einem von vorneherein eng gefasstem Indikationsspektrum. Der Ausschuss besuchte im Berichtszeitraum das Schweizer Zentrum für Telemedizin MEDGATE, das mit ca. 220 Mitarbeitern medizinische Telekonsultationsleistungen anbietet. Die medizinische Beratung läuft im Wesentlichen über das Telefon. Rund 4,5 Millionen Schweizer und somit die Hälfte der Bevölkerung haben in erster Linie über ihre Krankenversicherung Zugang zu diesem inhaltlich sehr breiten Angebot, das ein großes allgemeinmedizinisches Versorgungsspektrum abbildet. Das Versorgungsmodell wurde vom gesamten Ausschuss insgesamt als qualitativ hochwertig eingeschätzt. Vor dem Hintergrund der Spezifikation des schweizerischen Gesundheitssystems ist es gelungen, die Telekonsultationsdienstleistung zum Nutzen für Patienten, Ärzte und Versicherungen zu platzieren. Als wesentlicher Erfolgsfaktor wurde die Tatsache identifiziert, dass MEDGATE keinerlei medizinische Daten der dort betreuten Patienten an die Krankenversicherung weitergibt. Lediglich der Kontakt als solcher und eine ggf. erfolgende Zuweisung an einen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus werde den Versicherern – ohne Personenbezug – gemeldet. Festzuhalten ist allerdings auch bei diesem Versorgungsmodell, dass es mit der MBO für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht vereinbar ist.

Dr. Franz-Joseph Bartmann und Mitarbeiter des Dezernats Telematik besuchten im Berichtszeitraum des Weiteren die ife Gesundheits-AG in Nehmten (Schleswig-Holstein). Die Firma betreibt als unabhängiges Telearztzentrum für die Techniker Krankenkasse (TK) einen medizinischen Informationsservice (TK-ÄrzteZentrum, TK-FamilienTelefon, TK-ReiseTelefon, TK-TransplantationsHotline, TK-ZweitmeinungsTelefon etc.). Größtenteils sind dort nebenberuflich tätige Ärzte engagiert. Das Unternehmen unterzieht sich umfangreicher Qualitätsmaßnahmen bei der Beratung, u. a. durch regelmäßige unangekündigte Kontrollanrufe durch eine externe Qualitätssicherung.

8.2.4 Ärzte in sozialen Medien

Die Nutzung sozialer Medien ist für viele Millionen Menschen weltweit selbstverständlich geworden – so auch Ärzte, Medizinstudenten und Patienten. Bestimmte Aspekte sozialer Medien erfordern aus ärztlicher Sicht jedoch besondere Aufmerksamkeit. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat sich in einem Beschluss zu diesem Thema positioniert (DÄT-Drs. VI-07) und in Anlehnung an ein Statement des Weltärztebundes Empfehlungen für Ärzte und Medizinstudenten zum Umgang mit sozialen Medien zusammengestellt (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen_Aerzte_in_sozialen_Medien.pdf). In den Empfehlungen werden die positiven Aspekte sozialer Medien wie beispielsweise die Förderung eines gesunden Lebensstils durch Aufklärung und Information, die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Patienten sowie die Minderung der Isolation von Patienten anerkannt. Gleichzeitig wird auf kritische Aspekte hingewiesen: So können diese Medien beispielsweise kein Ersatz für eine direkte persönliche Beratung durch einen Arzt sein. In der Empfehlung wird u. a. auch intensiv auf datenschutzrechtliche Probleme sowie auf die besondere Schutzbedürftigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung aufmerksam gemacht.

Auf diesen Empfehlungen aufbauend soll eine praktische Anleitung für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit sozialen Medien entwickelt werden.

8.2.5 Apps im Gesundheitswesen – Entwicklung von Mobile Health

In den letzten Jahren erfahren Smartphones und Tablets zunehmende Verbreitung. Im App-Store von Apple sind mehrere Tausend Apps in der Rubrik „Medizin“ enthalten, ähnlich wie im PlayStore von Google für die Androidplattform. Inzwischen spielen Apps eine zunehmende Rolle als Informationsquelle der Patienten in medizinischen Fragestellungen, in der täglichen Arbeit von Ärzten sowie in komplexen Szenarien von Telemonitoring und Telemedizin. Die Nutzung von mobilen Geräten in der Medizin (entweder in der unmittelbaren Patientenversorgung oder unterstützend) wird auch unter dem Begriff „mHealth“ für Mobile Health subsumiert. Dabei erlauben spezialisierte Apps eine umfassende Information von Patienten über medizinische Sachverhalte bis hin zum Zugriff auf spezielle Informationen über seltene Erkrankungen oder die Kommunikation mit Selbsthilfegruppen und Foren. Über die Nutzung der Sensoren von Smartphones sowie über die Kopplung mit entsprechenden Produkten können Messwerte (z. B. für Blutdruck, Gewicht, Blutzucker usw.) erfasst und archiviert werden und bei Bedarf dem Arzt offline oder auch online bereitgestellt werden (Telemonitoring). Apps, die an Ärzte adressiert sind, erlauben einen umfassenden mobilen Zugriff auf medizinische Informationen (z. B. Lehrbücher oder Leitlinien) und auf Patientendaten. Viele Hersteller von Krankenhausinformationssystemen, Praxisverwaltungssystemen oder Systemen, die in der Radiologie eingesetzt werden, bieten inzwischen auch Apps für die mobile Erfassung und den mobilen Zugriff auf Patientendaten an. Dabei gilt aber zu bedenken, dass ein mobiler Zugriff für Ärzte auf Patientendaten auch von Risiken hinsichtlich der Sicherheit dieser Daten begleitet wird.

Das Dezernat Telematik der Bundesärztekammer beobachtet die Entwicklung im Bereich Apps in der Medizin. Ziel ist es, die Implikationen dieser Entwicklung auf die un-

mittelbare Patientenversorgung zu begleiten, unter besonderer Berücksichtigung der Sicherheit der medizinischen Daten, die mit Hilfe von Apps erfasst, gespeichert oder übertragen werden. Es ist davon auszugehen, dass sich die Arbeit des Dezernates Telematik zukünftig stärker mit dieser Entwicklung zu beschäftigen hat.

8.3 Elektronischer Arztausweis

Der eArztausweis bzw. der elektronische Heilberufsausweis (HBA) für Ärzte stellt die Basis für eine sichere Kommunikation zwischen den Ärztinnen und Ärzten sowie zwischen Ärzten und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen dar. Mit Hilfe des eArztausweises kann sich der Arzt gegenüber der Telematikplattform und anderen Computersystemen sicher ausweisen (Authentizität), er kann Dokumente rechtssicher elektronisch unterschreiben (Integrität und rechtskonforme Willenserklärung) sowie Daten für den elektronischen Versand sicher ver- und entschlüsseln (Vertraulichkeit). Weiterhin können Ärzte gemäß § 291a Abs. 5 SGB V nur in Verbindung mit einem eArztausweis auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zugreifen.

Die für die Herausgabe der eArztausweise notwendigen kammerseitigen Strukturen konnten weiter ausgebaut werden. Ein Vollausbau der kammerseitigen Strukturen ist in keiner Landesärztekammer erzielt worden, da die dafür notwendige Nachfrage nach eArztausweisen – auch in dem zurückliegenden Berichtszeitraum – dies angesichts der damit verbundenen Kosten nicht rechtfertigen würde.

Die folgenden Abschnitte fassen ausgewählte Aktivitäten hinsichtlich der Herausgabe des eArztausweises im Berichtszeitraum zusammen.

Auch in diesem Berichtszeitraum erfolgte seitens des Dezernats Telematik eine intensive fachliche Unterstützung der Ärztekammern bei Aufbau und Betrieb der Strukturen für die Herausgabe von eArztausweisen. In drei Projektgruppensitzungen mit Vertretern aller Landesärztekammern erfolgte ein Informations- und Erfahrungsaustausch. Dieser wird mit Hilfe eines elektronischen Forums unterstützt.

Die notwendigen Voraussetzungen (Aufbau der technischen und organisatorischen Strukturen) für die erfolgreiche Herausgabe von eArztausweisen durch die Landesärztekammern sind ausführlicher im Tätigkeitsbericht 2010 zusammengefasst. Im Tätigkeitsbericht 2011 werden der Stand der Schulungen und Prüfungen der Landesärztekammern hinsichtlich des KammerIdent-Verfahrens sowie ausgewählte Erweiterungen an dem Verfahren ausführlich dargelegt. In diesen Feldern gab es keine wesentlichen Änderungen, lediglich im Rahmen der Pflege und Fortschreibung der Konzepte und Spezifikationen.

Bezüglich des KammerIdent-Verfahrens – also der Identifizierung des antragstellenden Arztes durch seine Ärztekammer – haben allerdings zwei Landesärztekammern im Berichtszeitraum die anstehende Re-Bestätigung für die Anwendung der signaturgesetzkonformen Beantragungsprozesse nicht nachvollzogen, sondern die Re-Bestätigung vorübergehend ausgesetzt. Dies erklärt sich mit der auch weiterhin geringen Nachfrage nach eArztausweisen und den gegenüberstehenden Kosten für die Bereithaltung der Struktur seitens der Kammern sowie der Bestätigungskosten. Somit können mit Ab-

schluss des Berichtszeitraumes neun Landesärztekammern das KammerIdent-Verfahren antragstellenden Ärzten als Identifizierungsoption anbieten (siehe Übersicht der Bestätigungsstelle TüV-IT unter http://www.tuvit.de/47337.asp). Das KammerIdent-Verfahren ist so angelegt, dass auch die Kammern, die jetzt vorübergehend das Verfahren aussetzen, jederzeit durch eine Wiederholung der Re-Bestätigung schnell und unkompliziert das Verfahren ihren Ärzten wieder anbieten können.

Am Stand der Vertragskontrahierungen der Kammern („Rahmenvertrag") mit dem auch weiterhin einzigen, zugelassenen Zertifizierungsdiensteanbieter medisign GmbH sowie die „Vereinbarung der Ärztekammern und der Bundesärztekammer über die Durchführung der Herausgabe von elektronischen Heilberufsausweisen" gab es im Berichtszeitraum keine wesentlichen Änderungen zum Vorjahr. Damit sind auch weiterhin insgesamt 14 Kammern aus rechtlicher Sicht für die Ausgabe der eArztausweise bereit.

Auf Grundlage eines Beschlusses des Vorstandes der Bundesärztekammer erfolgten im Berichtszeitraum Angebotsverhandlungen mit externen Medienagenturen. Der letztendlich beauftragte Bieter soll auf Basis der erfolgten Vorarbeiten (Kommunikationsleitfaden, siehe Tätigkeitsbericht 2011) die Umsetzung der verschiedenen Kommunikationsmaßnahmen inhaltlich und medial aufbereiten. Hiermit soll den Ärztekammern ausgearbeitetes Material und u. a. ein Medienpool an die Hand gegeben werden, mit dem die Kammern ihre Mitglieder detailliert informieren können, um den Beratungs- und Betreuungsaufwand – für den eigentlichen Antragsprozess und die spätere Aktivierung und Nutzung der Karte – möglichst gering zu halten. Ein wesentlicher Teil der Aktivitäten im Berichtszeitraum betraf die Initiierung und Durchführung einer im Juli 2012 gestarteten Ausschreibung der aktuellen Kartenplattform durch die gematik. Der Bekanntmachungstext zu diesem weiteren EU-weiten Vergabeverfahren ist unter http://goo.gl/vFjoR verfügbar.

Ziel dieser Ausschreibung ist im Wesentlichen die Sicherstellung der Verfügbarkeit von signaturgesetzkonformen Karten gemäß der aktuellen Kartenspezifikation Generation 2. Heilberufsausweise dieser zweiten Generation sind einerseits abwärtskompatibel zu den bereits im Feld befindlichen eGK und sie unterstützen auch elliptische Kurven als zukünftiges Verfahren der asymmetrischen Kryptografie in der Gesundheitstelematik.

Weiterhin wird über diese Ausschreibung die Verfügbarkeit von zwei weiteren Zertifizierungsdiensteanbietern, die diese Generation-2-Karten in einem vergleichbaren Antrags- und Freigabeverfahren für alle Sektoren des Gesundheitswesens anbieten werden, sichergestellt. Die Karten dieser beiden neuen Zertifizierungsdiensteanbieter werden ebenfalls durch die jeweils zuständigen Landesärztekammern herausgegeben.

Der Hintergrund für die o. g. Ausschreibung der Generation-2-Karten und Zertifizierungsdiensteanbieter in verschiedenen Losen ist die Sicherstellung der Verfügbarkeit der technischen Komponenten und Dienste für die Test- und Erprobungsmaßnahmen des Online-Rollout Stufe 1 (siehe Kap. 8.1.1).

Auf Grund der Mitwirkungsleistungen des Dezernats Telematik im Kommentierungs- und Ausschreibungsverfahren der gematik wurde entgegen der Planungen für 2012 der angedachte Workshop mit den Industrie- und Lösungsanbietern zu Fragen des eArztausweisbasierten Identitätsmanagements nicht durchgeführt. Dieses Ziel steht für den kommenden Berichtszeitraum damit erneut auf der Agenda, um durch eine Erhöhung

der Anwendungsmöglichkeiten einen größeren Nutzen für den eArztausweisinhaber zu generieren.

Rückblickend lässt sich zusammenfassen, dass eine Reihe von Ärztekammern derzeit schon den elektronischen Arztausweis ausgeben; bundesweit sind es bisher ca. 3.000 Karten. Die Herausgabestrukturen haben ihre grundsätzliche Reife und Nutzbarkeit nachgewiesen. Jetzt müssen die Kammern in der operativen Phase diese Strukturen weiter ausbauen, fein abstimmen und bereithalten. Neben der Unterstützung der Ärztekammern beim Aufbau und Betrieb dieser Strukturen und Prozesse und der Weiterentwicklung und Etablierung des KammerIdent-Verfahrens wurde im Berichtszeitraum der Fokus der Aktivitäten im Wesentlichen auf die Etablierung weiterer Zertifizierungsdiensteanbieter – die gemäß der Vorgaben der Ärztekammern von diesen für die Ausgabe von eArztausweisen zugelassen werden können – gelegt. Es wird erwartet, dass sich durch den Wettbewerb der Anbieter die monatlichen Kosten für die Ärzte reduzieren lassen. Die Ärztekammern bauen aus diesem Grund das sogenannte marktoffene Zulassungsmodell weiter aus.

8.4 Begleitung von Gesetzgebungsvorhaben und weiteren Regulierungsvorschriften

Das Dezernat Telematik der Bundesärztekammer hat im Berichtszeitraum die folgenden Gesetzgebungsverfahren und Regulierungsvorschriften fachlich begleitet.

8.4.1 Anpassung des § 291a SGB V durch das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz

Die Bundesärztekammer verantwortet als Gesellschafter der gematik das Projekt Notfalldatenmanagement (NFDM). In diesem Rahmen wurden auch fachliche Grundlagen für eine Speicherung von Hinweisen auf den Aufbewahrungsort einer Organspendeerklärung, einer Patientenverfügung oder einer Betreuungsvollmacht sowie für eine künftige Speicherung der Organspendeerklärung selbst auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geschaffen. Mit dem Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz hat der Gesetzgeber auch auf Anregung der Bundesärztekammer die rechtliche Grundlage für die Speicherung der o. g. Hinweise und Erklärungen geschaffen. Die neu geschaffene gesetzliche Grundlage enthält allerdings auch Regelungen, die seitens des 115. Deutschen Ärztetages 2012 abgelehnt wurden, da dieser die Gefahr sieht, dass das Ziel einer Erhöhung der Organspendebereitschaft in der Bevölkerung konterkariert wird. So ist ein Schreibrecht der Krankenkassen für die Organspendeerklärung des Versicherten auf der eGK vorgesehen, welches eine bedenkliche zentrale Speicherung von höchst persönlichen Informationen der Versicherten bei den Krankenkassen bedeuten könnte. Außerdem stellen das o. g. Schreibrecht der Kassen sowie weitere organisatorisch-technische Regelungen (Zugriff auf Hinweise und Erklärungen mittels sogenannter PIN@Home) unnötige Sicherheitsrisiken dar. Die Bedenken der Bundesärztekammer wurden in einem nichtöffentlichen Fachgespräch im Bundestagsausschuss für Gesundheit vorgetragen. Die Position der Bundesärztekammer wurde vom

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der Verbraucherzentrale Bundesverband unterstützt. Das Gesetz ist jedoch mit den seitens der Bundesärztekammer kritisierten Passagen in Kraft getreten.

8.4.2 Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Die Bundesärztekammer hat im Vorfeld der Vierten Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der eGK fachliche Grundlagen entwickelt, insbesondere für eine Testung der qualifizierten elektronischen Signatur bei medizinischen Anwendungen im Rahmen der Testmaßnahmen der eGK. Diese wurden in der Verordnung berücksichtigt. So werden zusammen mit der administrativen Anwendung des Versichertenstammdatenmanagements auch medizinisch sinnvolle Anwendungsgrundlagen im Rahmen der Verordnung priorisiert getestet, wie die qualifizierte elektronische Signatur (z. B. für elektronische Arztbriefe), der Zugang zu bestehenden Netzen in ärztlicher Hand mit laufenden Anwendungen (bspw. das KV-Safenet) oder ein sicherer Internetzugang.

8.4.3 Technische Richtlinie BSI-TR-03138 (TR-RESISCAN) des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik zum ersetzenden Scannen

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat eine Überarbeitung der Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis beschlossen (DÄT-Drs. VI-60 [Beschluss]) und dabei eine rechtssichere Archivierung als explizites Ziel genannt. Rechtlich und technisch problematisch ist bisher allerdings das sogenannte ersetzende Scannen, bei dem ein Papierdokument elektronisch erfasst (gescannt) und archiviert und anschließend das Original vernichtet wird. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) hat im Berichtszeitraum eine technische Richtlinie für das ersetzende Scannen geschrieben. Die Bundesärztekammer hat diese in ihrer Entstehungsphase technisch kommentiert und Vorschläge mit dem Ziel unterbreitet, dass das ersetzende Scannen nach TR-RESISCAN ordnungsgemäß mit möglichst wenig Aufwand und Kosten und unter Wahrung der Sicherheit auch von kleineren Arztpraxen umsetzbar und praktikabel wird.

8.5 Öffentlichkeitsarbeit zum Themenkomplex Telematik/Telemedizin

Im Berichtszeitraum haben Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses „Telematik“ der Bundesärztekammer, und die Mitarbeiter des Dezernats Telematik an einer Reihe von Veranstaltungen in Form von Vorträgen und Podiumsdiskussionen teilgenommen und die Position der Ärzteschaft in telematischen und telemedizinischen Sachfragen erläutert und multipliziert.

Tabelle 1: Veranstaltungen in 2012

Datum	Veranstaltung	Thema	Vortrag/ Podium
26.01.2012	CAST-Workshop, Darmstadt	Public-Key-Infrastrukturen	V
09.02.2012	SmartCard-Workshop, Darmstadt	Notfalldaten und Datenerhalt mit der elektronischen Gesundheitskarte	V
10.02.2012	Fachgespräch DIE LINKE, Berlin	Alles auf eine Karte: Sicherheit für Gesundheitsdaten?	V
06./09.03.2012	CeBIT, Hannover	Health & Vitality, Telematik eGK	V
		Telemedizin Session Medizinische Patienten-Beratung über das Internet: Themen, Qualität und Geschäftsmodelle	P
13.03.2012	Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst", Berlin	Telemedizin in der Notfallmedizin	V
15.03.2012	Gesundheitskongress des Westens, Köln	Wie wird die Qualität telemedizinischer Leistungen durch die BÄK bewertet?	V
11.04.2012	Symposium Tele-Rehabilitation, Frankfurt (Oder)	Telemedizin in der Neurologie – Netzwerke und Regelversorgung	V
24./26.04.2012	ConhIT, Berlin	Versorgungsstrukturgesetz – Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in Deutschland	P
		Expertenforum: Digitale Signaturprozesse	V
01.05.2012	66. Fort- und Weiterbildungswoche, Seminar „Telemedizin und leitliniengerechte Patientenversorgung", Borkum	„Telemedizinische Methoden in der stationären Patientenversorgung – Beispiele und Erwartungen der deutschen Ärzteschaft"	V
04./05.05.2012	Heiligendammer Gespräche, Hamburg	Situation der Telemedizin in Deutschland	V
09.05.2012	2. Telemedizin-Fachtagung Bayern „Telemedizin – Zukunft der Gesundheits-versorgung", Ebersberg	Welche Handwerkzeuge braucht der Arzt, um telemedizinisch tätig zu sein?	V
05./06.06.2012	eHealth-Conference, Saarbrücken	Telemedizin in Deutschland – in der Patientenversorgung angekommen	V
		Telemedizin – Chance für gesund älter werden?	P
		Block 2: Telemedizin und Telematik in Deutschland – Bedarf, Potenziale, Hürden	P
14.06.2012	Hauptstadtkongress „Mit eHealth Brücken bauen?", Berlin	Telemedizinlandschaft Deutschland: Stärken, Schwächen, Optionen, Gefährdungen	V
06.07.2012	58. Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen, Kühlungsborn	Das Konzept des Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte	V
10.07.2012	Informationsaustausch mit japanischer Delegation, BMG, Berlin	Ausgabe Heilberufsausweis	V
		Notfalldatensatz	V

Tabelle 1: Veranstaltungen in 2012 – Fortsetzung

Datum	Veranstaltung	Thema	Vortrag/ Podium
30.08.2012	Gesundheitswirtschaftskongress, Hamburg	Studio Forum – Sprechstunde Dr. Google: Patient wird Konsument?	P
07.09.2012	Fachhochschule Flensburg	25 Jahre Fachbereich eHealth	V
12.09.2012	IT-Trends, Essen	Notfalldatenmanagement	V
		HBA-Spezifikation – Möglichkeiten und Perspektiven	V
18.09.2012	Exchange of Information with a Japanese Delegation of the Ministery of Health, Labour and Welfare, Berlin	E-Health in Germany	V
12.10.2012	Europäischer Gesundheitskongress, München	Leben retten durch die Gesundheitskarte? Die Wiedergeburt einer großen Hoffnung – Was würde die Gesundheitskarte so richtig erfolgreich machen? Eine Darstellung aus Ärztesicht	V
22.10.2012	Parlamentarischer Abend des NDGR, Landesvertretung SH, Berlin	Gesetz(t): Telemedizin. Versorgung. Was geht?	P
25./26.10.2012	3. Nationaler Fachkongress Telemedizin, Berlin	Konsequenzen aus der nationalen e-Health-Strategie für die deutsche Ärzteschaft	V
		Telemedizin und Leitliniengerechte Patientenversorgung	P
06.11.2012	Joint AIM – ETHEL Telehealth Study Visit to Berlin and Potsdam, Berlin	Telemedicine – Physicians Activities and Position	V
14.11.2012	Medica Media, Health IT Forum, Düsseldorf	Telemedizinzentren: Nationale und Internationale Entwicklungen, Statement aus Sicht der BÄK	P
21.11.2012	Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin, Berlin	Telemedizinische Anwendungen für Hausärzte	V
21.11.2012	Conference Hall, GIZ IGSSP 21, Jor bagh, New Delhi	Provider of Health Care	V
06.12.2012	Augsburger Perspektiven, Klinikmanagement und regionale Versorgung; Telemedizin: Informations- und Kommunikationstechnik, ein Hilfsmittel für die Versorgung in strukturschwachen Regionen, Augsburg	Telemedizin in Deutschland: Stand und Perspektiven – unter besonderer Berücksichtigung der bayerischen Gegebenheiten	V

Veröffentlichungen

Im Berichtszeitraum wurden folgende Beiträge von Dr. Bartmann und den Mitarbeitern des Dezernats Telematik publiziert:

Albert J: Medizinische Anwendung – Verbesserung der Notfallversorgung. In: ersatzkasse magazin; 3/42012, 20-21

Bartmann F-J: Experten-Statements, Gesundheit – eHealth als Chance für das Gesundheitswesen von morgen. In: Trendbook „eHealth"; Microsoft Deutschland, Faktor 3 AG, Hamburg, 2012; 6

Bartmann F-J: Telemedizin und Telematik in Deutschland – Konkrete Bedarfs-Szenarien. In: eHealth Conference 2012. GesundheIT – digital, besser, effizienter. GVG, Bd. 71, Köln, 2012; 43-49

Bartmann F-J, Blettner M, Heuschmann P U: Herausgeber Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. In: Report Versorgungsforschung, Bd. 4. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2012

Butz N: 10 Jahre elektronische Gesundheitskarte. In: KBV KONTAKT, Patienten-Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Ausgabe 24, März 2012, 4

Butz N: Zusammenfassung Podiumsdiskussion Telemedizin und Telematik in Deutschland – Bedarf, Potentiale, Hürden. In: eHealth Conference 2012 GesundheIT – digital, besser, effizienter. GVG, Bd. 71, Köln, 2012; 51-54

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): IT Kompakt – Informationsdienst zur Telematik im Gesundheitswesen, Nr. 17, Dezember 2012, Download unter http://www.baek.de/downloads/IT_KOMPAKT_2012.pdf

Schenkel J, Endres M: Teleneurologie. In: Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung; Report Versorgungsforschung, Bd. 4, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2012; 53-61

Schenkel J, Albert J, Butz N: Die elektronische Gesundheitskarte als Ablageort der Erklärung zu Organ- und Gewebespende? In: Transplantationsmedizin im Fokus, Bd. III, Förderung der Organspende, Bestandsaufnahmen und Bewertung, Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2012; 115-118

Schenkel J, Butz N: Telemedizin und Telematik in Deutschland – vom Graswurzelprojekt zur Infrastruktur. In: Thesenpapier zur Gesundheitstelematik, Ziele, Strategien und Impulse wichtiger Stakeholder für eine funktionelle Gesundheitstelematik in Deutschland. In: TeleTrust – Bundesverband IT-Sicherheit e. V. Der IT-Sicherheitsverband, 2012; 38-41

Schenkel J et al.: Kostenanalyse telemedizinischer Schlaganfallbehandlung – Veränderung der stationären Behandlungskosten und Pflegekosten am Beispiel des Telemedizinischen Projekts zur integrierten Schlaganfallversorgung in Bayern (TEMPiS). In: Gesundheitswesen 2012, eFirst, 03.08.2012, Download unter https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1321779

9. Ärztliche Honorierung

9.1 Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Auch im Berichtsjahr 2012 wurden die Arbeiten an der Weiterentwicklung der GOÄ mit unverminderter Kraft vorangetrieben. Im Frühjahr 2012 wurden neue überarbeitete Bewertungsversionen für alle Gebührenpositionen der novellierten GOÄ fertiggestellt. Einer Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) folgend, mit dem PKV-Verband zu einer Einigung hinsichtlich Struktur und Inhalten des Gebührenverzeichnisses, der Bewertungssystematik und des Bewertungsmodells zu kommen, wurden die Verhandlungen mit dem PKV-Verband sowohl auf der Ebene der Geschäftsführungen als auch der Spitzenvertreter intensiviert und im August 2012 eine mehrtätige Klausurtagung durchgeführt. Leider konnte keine Übereinkunft erzielt werden. Eine Verabschiedung oder gar Inkraftsetzung einer neuen GOÄ noch vor der Bundestagswahl 2013 wird daher voraussichtlich nicht mehr möglich sein.

Bereits ab Mitte des Jahres 2011 wurden zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband auf der Basis einer Verständigung über die Notwendigkeit betriebswirtschaftlich fundierter Kalkulationsgrundlagen für die einzelnen Gebührenbewertungen Verhandlungen über Bewertungsmodelle anhand betriebswirtschaftlicher Eckwerte (kalkulatorisches Arztgehalt) sowie GOÄ-Spezifika (Gebührenrahmen) geführt.

Im Frühjahr 2012 wurde auf Spitzenebene ein „Letter of Intent“ mit Akzeptanz von Gebührenverzeichnis und Bewertungssystematik gemäß Bundesärztekammer-Modell unter Aufnahme methodischer PKV-Elemente konsentiert. Im Verlauf der darauf folgenden Verhandlungen wurde eine Fülle von Beratungsthemen, wie

- Kalkulationsmodell,
- Einzelleistungen versus Pauschalierungsleistungen,
- Zielleistungsprinzip,
- Zeitbezug von Leistungen,
- Gebührenrahmen und dessen Spannweite,
- Möglichkeit von Analogbewertungen,
- Wahlarztkette,
- Schnittstellen zum DRG-System,
- persönliche Leistungserbringung,
- Einschätzungen zu Auswirkungen einer GOÄ-Novellierung auf die Honorarentwicklung und die PKV-Forderung nach einer „Risikosteuerung“ sowie die
- Etablierung von Entscheidungsstrukturen zur Novellierung und weiteren Systempflege der GOÄ

erörtert. Leider konnte keine Einigung über eine geeignete Gremien- und Beschlussstruktur für die Novellierung der GOÄ erzielt werden. Die Bundesärztekammer möchte die Analogbewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ erhalten und lehnt ein staatliches privatärztliches Bewertungsinstitut ab; stattdessen wird ein zentraler Ausschuss für Gebührenordnungs- und Bewertungsfragen befürwortet.

Die nachträglich wieder eingebrachte Forderung einer „abweichenden Kollektivvereinbarung“ (im Sinne einer Öffnungsklausel unter anderem Namen) und die zwischenzeit-

liche Rücknahme der im „Letter of Intent“ vereinbarten Verhandlungsbasis durch den PKV-Verband führten zu einer Unterbrechung der Gespräche. Vor diesem Hintergrund wurde von der Bundesärztekammer zuletzt die Forderung nach einer Punktwertanhebung als Inflationsausgleich erhoben.

Ärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften waren von Beginn an zur Weiterentwicklung der GOÄ kontaktiert und beteiligt worden. Nachdem im Jahr 2011 eine Vielzahl von GOÄ-Informationsveranstaltungen und Fachgesprächen zu einzelnen Teilabschnitten und Kapiteln der novellierten GOÄ mit den betreffenden Fachverbänden durchgeführt worden war, wurden deren Änderungsvorschläge zu Legenden und kalkulatorischen Bewertungsgrundlagen der Leistungen in das novellierte Gebührenverzeichnis eingepflegt. In der Folge wurde für die im Frühjahr 2012 neu erstellte Bewertungsversion eine nochmalige Überprüfung und Überarbeitung im Detail im Sinne eines umfassenden Qualitätssicherungsprozesses unter Beteiligung externer unabhängiger GOÄ-Fachexperten durchgeführt. Dieser abschließende Überprüfungs- und Überarbeitungsprozess soll 2013 abgeschlossen werden.

Im Berichtszeitraum 2012 wurde eine Vielzahl von Terminen für Verhandlungen und Arbeitsgespräche zur Weiterentwicklung der GOÄ wahrgenommen. Zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der Privaten Krankenversicherung wurden insgesamt zwölf ausführliche Gespräche geführt. Darüber hinaus wurde im Rahmen einer dreitägigen Klausurtagung eine Verhandlungseinigung angestrebt. Im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses für die novellierte GOÄ fanden vier mehrtätige Workshops sowie sieben Fachgespräche mit externen unabhängigen Sachverständigen statt. Außerdem gab es mehrere Gesprächsrunden beim BMG und eine Vielzahl von Kontakten mit Vertretern von Berufsverbänden und Fachgesellschaften.

9.2 Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer

Den Schwerpunkt der Arbeiten des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Dr. Theodor Windhorst und des stellvertretenden Vorsitzenden, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, bildete im Berichtszeitraum erneut die Vorbereitung der Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (vgl. Kapitel 9.1).

Daneben wurden die im Jahr 2011 aufgenommenen und im Berichtszeitraum weitergeführten Verhandlungen zwischen der Bundesärztekammer und der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) zu einer Neuvereinbarung der Vergütung von Gutachten und Befundberichten für die gesetzliche Rentenversicherung vom Ausschuss „Gebührenordnung“ engmaschig begleitet (vgl. hierzu Tätigkeitsbericht 2011, Kapitel 9.2).

Bei den im Frühjahr 2012 stattgefundenen Verhandlungen zeigte die DRV Bund nach wie vor keine Bereitschaft, auf die Forderungen der Bundesärztekammer nach einer deutlich besseren Vergütung von ärztlichen Gutachten und Befundberichten einzugehen. Stattdessen gab die DRV Bund der Bundesärztekammer Ende Juli 2012 zur Kenntnis, dass sie den Rentenversicherungsträgern empfohlen habe, ab dem 01.10.2012 einen Neuvorschlag zur „Vergütung ärztlicher Leistungen (Gutachten und Befundberichte) für

die gesetzliche Rentenversicherung“ (vgl. http://www.baek.de/downloads/VerguetungRentenversicherung2012.pdf) zur Anwendung zu bringen, obwohl dieser Neuvorschlag bei den stattgefundenen Verhandlungen von der Bundesärztekammer abgelehnt worden war, da mit diesem Vorschlag das seit Jahren völlig unzureichende Vergütungsangebot der gesetzlichen Rentenversicherung für Gutachten und Befundberichte nicht nur fortgeschrieben, sondern weiter verschlechtert wird. Mit einem vom Ausschuss „Gebührenordnung“ mitgetragenen Positionspapier der Bundesärztekammer (vgl. http://www.baek.de/downloads/BAEKPositionVerguetungRentenversicherung2012.pdf), welches direkt auf die einseitige Vergütungsempfehlung der DRV Bund Bezug nimmt, werden die von der Bundesärztekammer als angemessen eingestuften Vergütungssätze für ärztliche Gutachten im Detail dargelegt.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ sprach sich dafür aus, auf die einseitige Vorgehensweise der DRV Bund mit der Bekanntgabe einer Handlungsempfehlung der Bundesärztekammer zu reagieren, ohne hierdurch die grundsätzliche Bereitschaft der Bundesärztekammer zum Abschluss einer gemeinsam mit der DRV Bund getragenen Vergütungsempfehlung in Frage zu stellen. Mit der vorgenannten Handlungsempfehlung der Bundesärztekammer sollen die Ärzte umfassend über die gebührenrechtlichen Möglichkeiten zur Erzielung einer adäquaten Honorierung für ärztliche Gutachten und Befundberichte für die gesetzliche Rentenversicherung informiert werden. Auf die für Anfang 2013 vorgesehene Veröffentlichung der Handlungsempfehlung wird die Bundesärztekammer vorläufig verzichten, wenn die DRV Bund wieder an den Verhandlungstisch zurückkehrt.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ befasste sich im Berichtszeitraum des Weiteren mit der im Zuge des am 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vorgeschriebenen Ausweitung der Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V auf Sonder-Intraokularlinsen. Im Ergebnis der Erörterungen sprach sich der Ausschuss dafür aus, eine Abrechnungsempfehlung für die Implantation von Sonder-Intraokularlinsen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ zu erarbeiten. Des Weiteren war sich der Ausschuss darin einig, den seit Jahren nicht mehr in Anspruch genommenen Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer um die Übernahme der in diesem Zusammenhang notwendigen, zeitaufwändigen Arbeiten zu bitten. In Vorbereitung der Anberaumung einer Sitzung des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen befürwortete der Ausschuss „Gebührenordnung“ zunächst die Durchführung einer Sitzung der ärzteseitigen Vertreter des Zentralen Konsultationsausschusses, welche am 28.08.2012 unter Beteiligung von Vertretern des Berufsverbandes der Augenärzte sowie eines unabhängigen Sachverständigen stattfand. Während der Sitzung dieses Gremiums wurden mehrere Varianten von analogen Abrechnungsempfehlungen im Zusammenhang mit der Implantation von Sonder-Intraokularlinsen diskutiert. Der Ausschuss „Gebührenordnung“ sprach sich dafür aus, dass die definitive Beschlussfassung von Abrechnungsempfehlungen im Zusammenhang mit der Implantation von Sonder-Intraokularlinsen durch den Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, also unter Beteiligung der Vertreter des PKV-Verbandes, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums des Innern, erfolgen sollte. Als Termin für die erste Sitzung (Wahlperiode 2011/2015) des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen wurde der 29.01.2013 festgelegt.

Die Reaktivierung des seit dem Spätjahr 2005 nicht mehr tagenden Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer ist aus Sicht des Ausschusses „Gebührenordnung" als Startsignal für die Schaffung eines privatärztlichen (Bewertungs-)Ausschusses zu verstehen, in dessen Aufgabenspektrum auch die Begleitung der Erarbeitung einer neuen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie die kontinuierliche Pflege und Weiterentwicklung einer fertiggestellten GOÄ fallen sollte.

Im Berichtszeitraum wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer, unter Berücksichtigung entsprechender Vorschläge des Ausschusses „Gebührenordnung", diverse Abrechnungsempfehlungen beschlossen (vgl. http://www.aerzteblatt.de/archiv/125775/Abrechnungsempfehlungen-der-Bundesaerztekammer?s=Abrechnungsempfehlungen und http://www.aerzteblatt.de/archiv/133349/Abrechnungsempfehlungen-der-Bundesaerztekammer?s=Abrechnungsempfehlung).

Neben zahlreichen weiteren Themen befasste sich der Ausschuss „Gebührenordnung" im Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer im Berichtszeitraum mit den drei nachfolgenden Vorstandsüberweisungen des 115. Deutschen Ärztetags 2012:

- TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, DÄT-Drs. VI-34: GOÄ-Laborkapitel
- TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, DÄT-Drs. VI-73: GOÄ als ärztliche Gebührenordnung
- TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, DÄT-Drs. VI-107: Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung

Des Weiteren befasste sich der Ausschuss noch einmal mit einer Vorstandsüberweisung des 114. Deutschen Ärztetags 2011:

- TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, DÄT-Drs. VI-86: Aufnahme einer Regelung für das Aufsuchen eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Kontext der bevorstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Die Ergebnisse der Beratungen des Ausschusses „Gebührenordnung" zu den vorgenannten Vorstandsüberweisungen sind den Kapiteln 13.2.1 und 13.2.2 zu entnehmen.

9.3 GOÄ-Anwendungsfragen

Trotz der notwendigen Priorisierung und Fokussierung auf Aufgaben im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurden im Berichtszeitraum wiederum zahlreiche telefonische und schriftliche Anfragen von Landesärztekammern, Gerichten, ärztlichen Berufsverbänden etc. zur Auslegung der derzeit anzuwendenden GOÄ sowie zu Analogbewertungen beantwortet. Bereits wie in den letzten Jahren war auch im Berichtszeitraum die Mehrzahl der an die Bundesärztekammer herangetragenen Auskunftsersuchen letztendlich der Tatsache einer nicht mehr zeitgemäßen und nur noch sehr schwer handhabbaren GOÄ geschuldet. So können ärztliche State-of-the-Art-Leistungen nur noch bedingt nachvollziehbar unter der gebührenrechtlich obligaten Bezugnahme auf Gebührenpositionen der aktuell

geltenden GOÄ abgebildet werden. Eine Vielzahl von Anfragen betrafen – wie bereits in den Vorjahren – auch im Berichtszeitraum wieder die Bereiche der Abrechnung der ärztlichen Leichenschau sowie die Honorierung von ärztlichen Gutachten und Befundberichten im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung (siehe auch Kapitel 9.2).

9.4 Informations- und Erfahrungsaustausch mit den Landesärztekammern zur GOÄ

Am 04.06.2012 fand im Hause der Bundesärztekammer der Erfahrungs- und Informationsaustausch zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zwischen den auf Landesärztekammerebene für GOÄ-Auslegungsfragen zuständigen Mitarbeitern und Dezernat 4 der Bundesärztekammer statt. Zu den insgesamt rund 60 abrechnungsrelevanten Themen gehörten u. a. Folgende:

- Mehrfacher Ansatz der GOÄ-Nr. A 5861 (radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger)
- Abrechnung der Spineliner-Behandlung
- Abrechnung der GOÄ-Nr. 750 neben der GOÄ-Nr. 612 analog
- Abrechnung der Elastographie der Prostata
- Mehrfachabrechnung der Nr. 678 GOÄ
- Analoger Ansatz der Nr. 1809 GOÄ für eine radikale systematische Lymphadenektomie und Freidissektion zahlreicher Gefäße
- Abrechnung der Nrn. 2405 und 2454 GOÄ
- Ansatz der Nr. 3285 GOÄ für die OP eines Leistenbruchs – lateral – neben der Nr. A 3289 GOÄ medial
- Analoger Ansatz der Nr. 262 GOÄ für eine transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus der Aorta, dem rechten Vorhof, dem rechten Ventrikel und aus der Pulmonalarterie zur Bestimmung der Sauerstoffsättigung
- Analoger Ansatz der Nr. 661 GOÄ für eine ambulante Atemflussauswertung, Auswerten der Compliancedaten
- Analoger Ansatz der Nr. 865 GOÄ im Rahmen einer stationären wahlärztlichen Behandlung für die Besprechungen mit dem (selbst nicht liquidationsberechtigten) psychotherapeutisch tätigen Psychologen
- Analoger Ansatz der Nr. 3321 GOÄ für eine präoperative Planskizze im Rahmen einer OP
- Berechnung „Freier Leichtketten“ in Serum und Urin
- Doppelabrechnung der Nr. 1382 GOÄ bei Glaukomoperation
- Abrechnung der extrakorporalen Stoßwellentherapie der rechten und linken Schulter
- Abrechnungsmöglichkeit der Gewebedopplerechokardiographie
- Gebührenrechtliche Einordnung von Hydrojet und SpineMed
- Abrechnung von MRT-Untersuchungen der Kiefergelenke
- Abrechnung der 3D-/4D-Mammasonographie
- Abrechnung der photodynamischen Diagnostik (PDD) und photodynamischen Therapie (PDT) von Hautläsionen
- Abrechnung der Sauerstofftherapie
- Abrechnung der Anlage einer Tübinger Hüftorthese

- Abrechnung der dynamischen Fußdruckmessung
- Abrechnung der extrakorporalen Beckenbodenstimulation
- Auslagenersatz gemäß § 10 GOÄ – Hochdruckinjektion
- Abrechnung IPSS-Test und IIEF-Test
- Abrechnung der Schmerzbehandlung des Schultergelenks mit Suplasyn
- Abrechnung der ultratiefen Rektumresektion
- Abrechnung einer Kälteanästhesie
- Abrechnung der Beratung zur Patientenverfügung
- Abrechnungsmöglichkeit der Supervision durch den „Projektverantwortlichen Arzt" beim Mammographie-Screening
- Abrechnung des Schnelltests M2-PK Quick (Stuhltest im Rahmen der Darmkrebsvorsorge)

9.5 GOÄ-Datenbank

Die GOÄ-Datenbank stellt eine über 4.400 Dokumente umfassende Referenzquelle zu primär honorarrechtlichen Fragen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) dar. So beinhaltet sie unter anderem sämtliche gebührenrechtliche Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie eine Vielzahl von höchstrichterlichen Urteilen mit Bezug zur Gebührenordnung für Ärzte. Der Zugriff auf die GOÄ-Datenbank steht neben der Bundesärztekammer auch den Landesärztekammern über ein geschütztes EDV-Netzwerk zur Verfügung. Für die Landesärztekammern besteht über diesen Zugangsweg zudem die Möglichkeit, eigene Dokumente in den Datenbestand einzupflegen.

9.6 GOÄ-Service/-Internetauftritt

Ärztinnen und Ärzte, aber auch die an der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der ärztlichen Berufs- und Honorarpolitik interessierte Öffentlichkeit erhalten über den vom Honorardezernat der Bundesärztekammer fachlich betreuten Internetauftritt „Gebührenordnung" die Möglichkeit, sich mit den relevanten Hintergrundinformationen vertraut zu machen (http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108). Hierzu gehören Informationen zur aktuellen Honorarpolitik, zu Abrechnungsempfehlungen, zur Anwendung des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG), zu separaten Honorarvereinbarungen mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern sowie zu zahlreichen weiteren einschlägigen Themenfeldern. Darüber hinaus wird auch der von der Bundesärztekammer vertretene und in regelmäßigen Abständen im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte GOÄ-Ratgeber vorgehalten.

10. Fachberufe im Gesundheitswesen

Einführung und Ausblick

Das Feld der Gesundheitsberufe umfasst neben den 18 gesetzlich und vier durch Ausbildungsordnungen geregelten Berufen auch eine große Zahl von Qualifikationen auf der Ebene des Landesrechts, vor allem im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Hinzu kommen zunehmend Studiengänge des tertiären Sektors, überwiegend mit Bachelorabschluss, insbesondere in der Pflege und in den Berufen im Heilmittelbereich, sowie von verschiedensten Bildungsträgern häufig unkoordiniert entwickelte Fortbildungen im Krankenhaus. Zusätzlich machen die vielen an den Übergängen zu Pädagogik, Sport, Handwerk, Technik, Hauswirtschaft, Wellness, Hygiene, Management und Körperpflege angesiedelten Qualifizierungsmöglichkeiten das Feld mittlerweile in hohem Maße unübersichtlich. Zu den Aufgaben der Bundesärztekammer gehört es, die Entwicklungen zu beobachten und aktiv zu begleiten oder zu gestalten, wie im Berichtsjahr bspw. bei der Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte zur Betriebswirtin, der Berufsentwicklung und Akademisierung der Fachberufe, der Anerkennung ausländischer Qualifikationen und der Entwicklung neuer Qualifizierungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Dies geschieht häufig gemeinsam mit den Landesärztekammern bzw. diese unterstützend und koordinierend und/oder in Kooperation mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens oder des Bildungssektors.

Wichtiges Augenmerk in dem sich ständig weiter differenzierenden und spezialisierenden Feld der Berufe gilt den Schnitt- und Nahtstellen zum Arzt sowie der Identifikation von Zuständigkeiten, Überschneidungen, Qualifikationsbedarfen und Kooperationsmöglichkeiten. Damit sollen die Gefahren, die sich aus der weiter wachsenden – z. T. ökonomisch bedingten – Arbeitsteilung ergeben können, kompensiert und die Erfordernisse einer zugleich komplex organisierten wie „ganzheitlichen" Patientenversorgung, in der medizinische und pflegerische Versorgungsqualität rund um den Patienten an erster Stelle stehen, angemessen zur Geltung gebracht werden. Bereits das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 stieß ergänzende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an, mit denen der Gesetzgeber glaubte, Grenzen zwischen den Professionen und Sektoren überwinden zu können. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2006 sowie das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 zielten auf eine stärkere Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung nach SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Bereich der Integrierten Versorgung sowie durch die Einführung einer zusätzlichen Verwaltungs- und Beratungsebene in Form von Pflegestützpunkten und Pflegeberatern. Zugleich wurde die Möglichkeit eröffnet, Tätigkeiten wie z. B. das Case Management und die Versorgungssteuerung den Krankenkassen oder anderen Gesundheitsberufen bzw. heilkundliche Tätigkeiten Pflegekräften zuzuweisen. Dies könnte gewachsene, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen, das Primat der medizinisch orientierten Betreuung und die Qualität der medizinischen Versorgung nach Facharztstandard gefährden. Im Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ist nunmehr eine erweiterte Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen in Arztpraxen vorgesehen: Durch eine Änderung des § 28 Abs. 1 wurde für die Partner des Bundesmantelvertrages die Möglichkeit geschaffen, für die ambulante Versorgung beispielhaft festzulegen, bei welchen Tätigkeiten andere Personen ärztliche

Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Die Bundesärztekammer ist durch Stellungnahmerecht in die Erstellung des Delegationskataloges eingebunden.

Die Bundesärztekammer hat in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum von nur sechs Jahren mit der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (2006), mit zehn Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte (2007–2011), dem Aufstiegsberuf „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ (2009) und einer Musterprüfungs- und Fortbildungsregelung für eine „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ im Berichtsjahr wichtige Beiträge zur Stärkung der ambulanten Versorgung geleistet. Flankiert wurde dies durch Maßnahmen im Tarifbereich, insbesondere bei der Altersversorgung.

Tabelle 1: Fachberufe im Gesundheitswesen – Übersicht über die Tätigkeitsfelder bei der Bundesärztekammer

Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten	Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen	Tarifangelegenheiten des Praxispersonals
• Geschäftsführung von Ausschuss und Ständiger Konferenz Medizinische Fachberufe • Ausbildungsverordnung Medizinische Fachangestellte: Begleitung der Umsetzung in den Landesärztekammern (Musterprüfungsordnung, Aufgabenpool, Broschüren, Erfahrungsaustausch) • Mustercurricula zur Fortbildung • Aufstiegsfortbildungen zur Fachwirt/in für ambulante medizinischen Versorgung und zur Betriebswirt/-in im Gesundheitswesen mit Musterprüfungsordnungen • Gemeinsamer Aufgabenpool von Ärztekammern für die Abschlussprüfung • E-Learning/Blended Learning • Abstimmung mit dem Bundesverband der freien Berufe und anderen Spitzenorganisationen in Berufsbildungsfragen • Ausbildungsplatzsituation/ Rekrutierung von Auszubildenden • Statistiken zur Berufsbildung • Nationaler Ausbildungspakt • Anerkennung ausländischer Qualifikationen	• Geschäftsführung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen mit 40 Mitgliedsverbänden • Sitzungsorganisation und -gestaltung der jährlichen Fachberufekonferenz • Berufspolitische und fachliche Kontakte zu den Verbänden der Fachberufe/Teilnahme an Veranstaltungen • Begleitung von Gesetzgebungsverfahren gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG • Beobachtung der Akademisierung/ Bologna Prozess • Europäische Entwicklungen in der Bildung • Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) • Auskünfte und Beratung zu Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe • Delegation ärztlicher Leistungen • Beobachtung von Kooperationsformen • Kooperation mit den Pflegeberufen • Projektentwicklung zur Kooperationsverbesserung • Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung • Beobachtung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung bei den Heilmittelerbringern • Beobachtung der Heilmittelversorgung • Direktzugang für Physiotherapeuten • Elektronische Berufeausweise/Beruferegister • Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ des BMG • Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ des BMG bei der DKG	• Geschäftsführung der AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten) • Geschäftsführung von Tarifverhandlungen • Gehalts-, Manteltarifvertrag, Tarifvertrag betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung) • Veröffentlichung von Tarifverträgen • Auskünfte und Beratung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Steuerberatern, Anwälten und weiteren Stellen zu Tarifverträgen • Beobachtung der Entwicklung der Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen • Begleitung von Statistischen Erhebungen zur Personal- und Gehaltsstruktur in Arztpraxen **Altersversorgung/ Pensionskasse der Gesundheitsberufe** • Weiterentwicklung und Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung in Praxen • Mitwirkung im Beirat Pensionskasse der Deutschen Ärzteversicherung

Parallel hierzu ist die Entwicklung neuer Konzepte und Modellversuche im Nachgang zum Sachverständigenratsgutachten 2007 zur „Stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte“ kritisch-konstruktiv zu begleiten. Hinsichtlich sektoren- und/oder berufsgruppenübergreifender Modelle sind absehbare Nachteile zu vermeiden und die Zusammenarbeit mit Anbietern von Leistungen, die die ärztliche Versorgung flankieren können, zu suchen. Dazu hat die Bundesärztekammer durch Gutachten/Projekte zum Case Management, zur Delegation in der stationären Versorgung, zur Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen und zur Evaluation von Fortbildungscurricula in der jüngsten Vergangenheit wichtige Beiträge geleistet. Das in der Konferenz der Fachberufe 2011 erarbeitete Papier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ ist Grundlage eines gemeinsamen Schnittstellenprojektes mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Mit einem Projektpartner wurde die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums zum Case Management vorbereitet. Die Bundesärztekammer arbeitet in zwei Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den Themen „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ und „Weiterentwicklung der Heilberufe“ mit.

Ein besonderes Augenmerk muss auch zukünftig auf der vernetzten medizinisch-pflegerischen Versorgung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen liegen, um den großen Herausforderungen zu begegnen, die aufgrund der demografischen, medizinischen und ökonomischen Entwicklung einschließlich des prognostizierten Fachkräftemangels auf alle westlichen Industriestaaten zukommen.

10.1 Entwicklungen in der beruflichen Bildung

10.1.1 Modernisierung des Berufsbildungssystems

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und die Ärztekammern beteiligen sich an dem im Oktober 2010 erneut verlängerten „Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland (2010 - 2014)“. Damit bringen die freien Berufe zum Ausdruck, dass sie sich in die Diskussion um bildungspolitische Entwicklungen einschalten und angesichts des demografischen Wandels, der in den nächsten Jahren zu einem Rückgang der Schulabgängerzahlen führen wird, verstärkt um die Fachkräftesicherung kümmern wollen. Qualitativ orientierte Förderungsmaßnahmen werden zukünftig im Vordergrund stehen. Der BFB steuert und koordiniert die Beteiligung der freien Berufe am Pakt. Für die Ärzteschaft ist Dr. Cornelia Goesmann, bis Mai 2011 Vizepräsidentin und Vorsitzende der Fachberufegremien der Bundesärztekammer, Mitglied im Paktbeirat.

In der Vergangenheit ist es in den freien Berufen gelungen – trotz weiterhin schwieriger Rahmenbedingungen –, das hohe quantitative Niveau an Ausbildungsplätzen zu halten. Laut alljährlicher Statistik zum 30. September für den Berufsbildungsbericht der Bundesregierung wurden in den freien Berufen in 2012 insgesamt 43.014 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge registriert. Das bedeutet ein Plus von 0,9 Prozent. Die Statistik weist bei den Medizinischen Fachangestellten einen Rückgang von 0,7 Prozent aus.

Die Spitzenorganisationen der deutschen Wirtschaft, Bundesregierung und Bundesländer sowie die Gewerkschaften befassen sich derzeit mit der notwendigen Modernisierung des deutschen dualen Berufsbildungssystems in Anbetracht demografischer, wirtschaftlicher, technologischer und internationaler Entwicklungen durch zahlreiche qualitative und quantitative Maßnahmen (siehe hierzu ausführlich Tätigkeitsbericht 2008, S. 340).

Mit der Nationalen Qualifizierungsoffensive „Aufstieg durch Bildung" hat die Bundesregierung seit 2008 Qualifizierung und Bildung zu einem neuen Themen- und Programmschwerpunkt gemacht, um Deutschland als Wirtschaftsnation in Zeiten der Globalisierung besser zu positionieren. Die Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2009 hebt insbesondere für die duale Berufsbildung die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Flexibilisierung und Modularisierung unter Wahrung des Berufeprinzips hervor. Durch vergleichende Kompetenzmessung soll die Ausrichtung auf den internationalen Wettbewerb unterstützt werden. (Weitere Informationen unter www.freie-berufe.de/Ausbildungspakt bzw. www. bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.1.2 Deutscher Qualifikationsrahmen

Seit 2005 stellen die europäischen Entwicklungen im Bildungsbereich ein wichtiges Themenfeld dar, das die Bundesärztekammer, teilweise gemeinsam mit dem Bundesverband der Freien Berufe (BFB), intensiv begleitet. Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) vom April 2008 soll im Sinne eines Metarahmens für nationale Qualifikationsrahmen die Vergleichbarkeit von Abschlüssen und Qualifikationen in der allgemeinen, der hochschulischen sowie der beruflichen Bildung in allen Mitgliedstaaten ermöglichen.

In Deutschland wurde auf der Basis des EQR zwischen 2007 und 2009 unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Kultusministerkonferenz (KMK) und der Sozialpartner der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) erarbeitet. Er stellt eine nationale bildungsübergreifende Matrix zur Einordnung von Qualifikationen anhand von Lernergebnissen dar und dient als Instrument zur Vergleichbarkeit von Qualifikationen sowie zur Verbesserung der Durchlässigkeit von allgemeiner und beruflicher Bildung. Das achtstufige Modell beschreibt für formale Qualifikationen die Lernergebnisse (Outcomes) für die einzelnen Niveaustufen in vier Säulen: Fachkompetenz, untergliedert nach Wissen und Fertigkeiten, sowie Personale Kompetenz, untergliedert nach Sozialkompetenz und Selbstkompetenz. Der DQR wurde im März 2011 verabschiedet. Die Geltung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG bleibt unberührt.

Mit Beschluss vom 31.01.2012 wurden alle drei- bis dreieinhalbjährigen Ausbildungsberufe, damit auch die Medizinische Fachangestellte und zugleich alle Gesundheitsfachberufe nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, Niveau 4 des DQR zugeordnet. Allgemeinbildende Abschlüsse wurden von der Zuordnung ausgenommen. Zukünftig sollen alle neuen Qualifikationsnachweise der zuständigen Stellen den Verweis auf das EQR-Niveau enthalten. (Weitere Informationen unter www.deutscherqualifikationsrahmen.de.)

10.2 Medizinische Fachangestellte

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) gehört zu den derzeit rund 350 anerkannten Ausbildungsberufen in Deutschland. Hierfür wurde nach § 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) im Jahre 2006 eine Ausbildungsordnung erlassen, die die Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen von 1985 abgelöst hat. Nach § 71 BBiG sind für die Berufsbildung der Gesundheitsdienstberufe die Ärztekammern die jeweils für ihren Bereich zuständige Stelle. Sie haben demnach zahlreiche gesetzlich geregelte Aufgaben wahrzunehmen, die aus dieser originären Zuständigkeit erwachsen.

10.2.1 Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation

Zum Zwecke der Planung und Ordnung der Berufsbildung gemäß §§ 87 und 88 BBiG erfolgt alljährlich eine Umfrage des Statistischen Bundesamtes bei den zuständigen Stellen. Das aktuelle Berichtsjahr 2011 war das fünfte Berichtsjahr nach der Umstellung der Berufsbildungsstatistik auf Individualdaten (siehe ausführlich hierzu Tätigkeitsbericht 2008, S. 355ff., sowie Tätigkeitsberichte 2009 bis 2011 zum Umsetzungsprozess). Die auf diesen Auswertungen beruhende nachfolgende Tabelle 2 liefert Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen zum Stichtag 31.12.2011.

Die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze zum 31.12.2011 beträgt über alle Ausbildungsjahre bundesweit 39.090 und ist damit im Vergleich zum Vorjahresniveau um 0,2 Prozent gesunken. In den neuen Bundesländern ist ein Rückgang um drei Prozent zu verzeichnen. Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse in 2011 ist bundesweit im Vergleich zum Vorjahr um 3,4 Prozent gestiegen.

Insgesamt sind die Ausbildungszahlen zwischen 1992 und 2011 um 26 Prozent zurückgegangen. Die Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin mit 6,2 Prozent Anteil an allen weiblichen Auszubildenden liegt bundesweit auf Rang 4 der zahlenmäßig bedeutsamsten Ausbildungsberufe für Frauen. Derzeit erlernen auch 477 junge Männer diesen Beruf.

Die Statistiken belegen, dass die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren stabil geblieben ist. Bei den in 2011 14.532 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 18,7 Prozent Hauptschülerinnen, 65 Prozent Realschülerinnen und 13,3 Prozent Abiturientinnen unverändert. Demgemäß sind nur rund 13 Prozent der Auszubildenden 16 Jahre und jünger, rund 21 Prozent sind 17 Jahre alt, 45 Prozent sind 18 bis 20 Jahre alt und rund 21 Prozent noch älter. Nichtsdestotrotz wird auch in der Ärzteschaft seit mehreren Jahren über mangelnde Ausbildungsreife der Jugendlichen geklagt, womit im Wesentlichen ein Defizit in grundlegenden Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben, Rechnen, aber auch bei Konzentration und Verhalten gemeint sind. Häufig wird hierin mit ein Grund für teilweise nachlassendes Ausbildungsengagement gesehen. Der Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen ist bezogen auf die Neuabschlüsse mit 23,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen; 80 Prozent aller Vertragslösungen finden innerhalb des ersten Ausbildungsjahres statt, davon über die Hälfte innerhalb der Probezeit. Mit 3.582

Tabelle 2: Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2011 nach Ländern (Stichtag 31.12.2011) im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte

Auszubildende								neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse	Teilnehmer an Abschlussprüfungen	
Landesärztekammer	insgesamt	weiblich	männlich	davon im Ausbildungsjahr			ausländische Auszubildende		insgesamt	davon bestanden
				1.	2.	3.				
Baden-Württemberg	5.208	5.172	36	1.884	1.731	1.593	660	2.229	2.124	2.085
Bayern	7.629	7.560	69	2.655	2.679	2.295	567	3.087	2.781	2.433
Berlin	1.560	1.503	57	558	531	471	144	567	525	495
Bremen	492	486	6	150	159	183	75	159	132	132
Hamburg	960	951	9	291	327	342	138	324	312	300
Hessen	2.862	2.826	36	969	903	987	414	975	942	828
Niedersachsen	4.359	4.311	48	1.485	1.533	1.341	267	1.512	1.323	1.308
Nordrhein	5.142	5.091	48	1.791	1.812	1.539	597	1.875	1.683	1.593
Rheinland-Pfalz	2.073	2.058	15	711	675	684	153	729	729	687
Saarland	579	570	6	204	201	171	51	216	150	135
Schleswig-Holstein	1.392	1.374	15	471	492	426	42	513	441	426
Westfalen-Lippe	4.599	4.566	33	1.566	1.509	1.524	441	1.596	1.620	1.515
gesamt (West)	**36.855**	**36.468**	**378**	**12.735**	**12.552**	**11.556**	**3.549**	**13.782**	**12.762**	**11.910**
Brandenburg	495	468	27	153	183	159	6	153	171	168
Mecklenburg-Vorpommern	339	327	12	108	111	120	3	108	126	126
Sachsen-Anhalt	369	357	15	108	117	144	9	102	129	123
Sachsen	678	648	30	252	219	207	9	255	246	183
Thüringen	363	345	15	126	123	114	6	129	99	99
gesamt (Ost)	**2.244**	**2.145**	**99**	**747**	**753**	**744**	**33**	**747**	**771**	**699**
Bundesgebiet	**39.099**	**38.613**	**477**	**13.482**	**13.305**	**12.300**	**3.582**	**14.529**	**13.533**	**12.609**

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2011 noch bestanden haben.

(9,2 Prozent) ist der Anteil der ausländischen Auszubildenden gegenüber dem Vorjahr annähernd gleich geblieben.

Der Anteil der Ausbildungsverhältnisse der freien Berufe an den Gesamtausbildungsverhältnissen in Deutschland hat sich mit 7,6 Prozent zum 31.12.2011 gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. Noch im Jahr 1992 betrug der Anteil allerdings 10,6 Prozent, und dies bei einer deutlich niedrigeren Zahl von selbstständigen Freiberuflern (Zuwachs zwischen 1992 und 2011 um knapp 90 Prozent). Die Zahl der arbeitslosen Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen hat sich seit 2007 von 18.076 auf 11.035 in 2011 um 23 Prozent verringert. Die Zahl der offenen Stellen ist zwischen 2009 und 2011 bundesweit um 17,4 Prozent gestiegen. Dies spricht für einen wachsenden Arbeitskräftebedarf.

Seit 2004 beteiligen sich die Ärztekammern zunehmend am Programm „Geförderte Einstiegsqualifizierungen für Jugendliche“ – EQJ. Einstiegsqualifizierung als Maßnahme des § 235b SGB III (Arbeitsförderung) ist ein betriebliches Langzeitpraktikum von mindestens sechs bis maximal zwölf Monaten und dient als Brücke in die Berufsausbildung. Mit einer Übergangsquote in die betriebliche Berufsausbildung von über 60 Prozent haben sich betriebliche Einstiegsqualifizierungen in den vergangenen Jahren auch bei den freien Berufen als ein erfolgreiches Instrument zur beruflichen Integration junger Menschen und zur Stabilisierung und Ausweitung betrieblicher Berufsausbildung erwiesen. Es gilt nicht nur für Jugendliche, die noch nicht im vollen Umfang ausbildungsreif sind, sondern auch für bis zum 30.09. als unversorgt geltende Jugendliche sowie solche unter 25 Jahren, die nicht mehr der allgemeinbildenden Schulpflicht unterliegen. In 2012 wurden von mittlerweile 17 Landes- bzw. Bezirksärztekammern insgesamt 234 EQ-Verträge registriert. Die Resultate werden von den teilnehmenden Kammern positiv beurteilt. (Weitere Informationen unter www.destatis.de sowie www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung > Ausbildungszahlen.)

10.2.2 Rekrutierung von Auszubildenden

Angesichts der absehbaren personellen und strukturellen Entwicklungen im Gesundheitswesen ist die Sicherung der Personalressourcen in der ambulanten medizinischen Versorgung unter den Aspekten Rekrutierung und Qualifizierung ein wichtiges Thema. Es zeichnet sich ab, dass wegen des prognostizierten Rückgangs der Schulabgängerzahlen bei gleichzeitig veränderten Versorgungsbedarfen eine zunehmende Konkurrenz um geeignete Bewerber/innen entsteht. Die Ärztekammern als für die Aus- und Fortbildung zuständige Stellen setzen sich vorausschauend mit dieser Entwicklung auseinander und suchen nach Lösungsmöglichkeiten. Diese sind in einem umfassenden Diskussionspapier aus dem Jahr 2010 „Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung“ dokumentiert. Das Papier enthält weiterführende Daten und Analysen zum Arbeitskräftebedarf, zur Morbiditätsentwicklung, zu Kosten und Nutzen der Ausbildung und zum Berufsbild der MFA sowie eine Übersicht über Finanzierungsmöglichkeiten von Rekrutierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen. Darüber hinaus werden umfassende Handlungsempfehlungen für vorausschauende, die niedergelassenen Ärzte unterstützende Maßnahmen zur Rekrutierung von Personal vorgeschlagen. Hierzu gehören Maßnahmen zur Erhöhung der Ausbildungsqualität, zur Verbesserung der externen und der internen Öffentlichkeitsarbeit sowie von Serviceleistungen, zur Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA und zur Beteiligung an Projekten/Maßnahmen/Förderprogrammen auf Landesebene. Die Entschließung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden (DÄT-Drs. V-11) verpflichtet die zuständigen Stellen zur Umsetzung. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben dies auch am 13.12.2012 erneut unterstrichen. Den Ärztekammern steht für Werbemaßnahmen ab 2013 der von der Sächsischen Landesärztekammer erstellte Film „ Medizinische Fachangestellte – Beruf mit Perspektive“ zur Verfügung.

10.2.3 Ausbildungsverordnung und ihre Umsetzung

Seit dem 01.08.2006 ist die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26.04.2006 in Kraft (Bundesgesetzblatt I Nr. 22 vom 05.05.2006). (Zur ausführlichen Darstellung des Novellierungsverfahrens seit 2004, insbesondere der Kontroverse zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite zur Dauer und Struktur der praktischen Prüfung, zu den Beschlüssen der Gremien und des Vorstands der Bundesärztekammer siehe Tätigkeitsbericht 2005, S. 425ff.)

13.536 Medizinische Fachangestellte haben 2011 die Abschlussprüfung abgelegt; davon haben 93 Prozent die Prüfung bestanden. Die neue Berufsbezeichnung bzw. die veränderten Inhalte spiegeln die medizinischen, technischen, strukturellen und wirtschaftlichen Anforderungen in der medizinischen Versorgung wider: Das Krankheitsspektrum, die Patientenstruktur und das Patientenverhalten haben sich verändert; es gibt mehr ältere, multimorbide, chronisch kranke Patienten, ein gestiegenes Informations- und Anspruchsniveau und neue Koordinierungsbedarfe. EDV und Telematik durchdringen alle Anwendungsbereiche. Der medizinisch-technische Fortschritt verändert permanent die medizinische Behandlung. Medizinische Erfordernisse und wirtschaftliche Rahmenbedingungen erfordern neue Organisations- und Kooperationsformen; Arbeits- und Betriebsorganisation sowie Verwaltung werden mit den Instrumenten des Qualitätsmanagements modernisiert und effektuiert. Die Medizinische Fachangestellte als kompetente Mitarbeiterin des Arztes in verschiedenen Betriebsformen ist ausführend und gestaltend in alle Behandlungs- und Verwaltungsprozesse eingebunden. Ihr Qualifikationsprofil ist deshalb inhaltlich auf die veränderten Anforderungen in der Patientenversorgung ausgerichtet.

Zwar wurde der Übergang bisher erfolgreich gestaltet, doch muss die Umsetzung auch weiterhin intensiv und verantwortlich begleitet werden, damit die Neuordnung die gewünschten Ergebnisse hervorbringt. (Zu den zahlreichen Umsetzungsaktivitäten siehe ausführlich die Tätigkeitsberichte 2007, S. 375ff., 2008, S. 347ff. und 2009, S. 345ff., sowie Kapitel 10.2.2, 10.2.4 und 10.2.8 im vorliegenden Band). Die neuen Regelungen zur praktischen Prüfung stellen die Prüfungsaufgabenerstellungsausschüsse, die Prüfungsausschüsse und die Kammern weiterhin vor erhebliche organisatorische, personelle und finanzielle Herausforderungen. Gerade an den Prüfungsergebnissen wird sich aber sehr viel stärker als bisher die Qualität der Ausbildung in den Arztpraxen ablesen lassen.

Medizinische Fachangestellte als Mitarbeiterinnen des Arztes zu dessen Unterstützung und Entlastung erfahren zunehmend Beachtung und Anerkennung als wichtige Säule des Gesundheitswesens. Dies belegt auch die Neufassung des § 28 Abs. 1 SGB V mit erweiterten Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) 2011. Das Qualifizierungs- und Kooperationskonzept der Bundesärztekammer zur Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne des ambulanten therapeutischen Teams wird im politischen und fachlichen Umfeld zunehmend wahrgenommen, z. B. beim Sachverständigenrat, in Bundes- und Landesministerien und bei den Krankenkassen. Hierzu trägt sicher auch die Öffentlichkeitsarbeit der Bundesärztekammer, z. B. zum Fortbildungskonzept (siehe Kapitel 10.2.4) bei.

10.2.4 Fortbildungscurricula für die ambulante Versorgung und Förderung der Fortbildung

Als Beitrag zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Berufs haben Fachberufegremien und Vorstand der Bundesärztekammer zwischen 1996 und 2010 insgesamt 15 Mustercurricula für die spezialisierende Fortbildung beschlossen, die unter Beteiligung der betroffenen Fachkreise und des Verbandes medizinischer Fachberufe erarbeitet bzw. novelliert wurden. (Eine Auflistung der Curricula mit Entstehungsdaten enthalten z. B. die Tätigkeitsberichte 2008, S. 349f., und 2010, S. 392f.). Sie haben einen Umfang von 40 bis 271 Stunden, sind modular aufgebaut bzw. gegenseitig anrechenbar und zielen auf Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten in wichtigen medizinischen Versorgungsbereichen. Die Ziele sind in Form von komplexen Handlungskompetenzen formuliert und – wo möglich – handlungs- und kompetenzorientiert und auf Arbeits- und Geschäftsprozesse hin ausgerichtet. Die Curricula sind nicht als obligatorische Maßnahmen, sondern als sinnvolle und zweckmäßige Angebote zu verstehen, um mit bundesweiten Standards die erforderlichen Voraussetzungen für einheitliche Qualifikationen des Personals zu schaffen. Sie können im medizinischen Wahlteil oder im Pflichtteil des Aufstiegsberufs „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ eingesetzt werden und tragen zur Aufwertung und Berufsbildentwicklung der MFA maßgeblich bei.

Auf der Basis eines umfassenden Kommunikationskonzeptes zur Förderung der Fortbildung und durch ein gemeinsames, übergreifendes PR-Konzept auf Bundesebene soll vor allem den Ärztekammern und ihren Fortbildungseinrichtungen seit 2010 die Öffentlichkeitsarbeit erleichtert und der flächendeckende Ausbau der Maßnahmen vorangetrieben werden. Darüber hinaus sollen die Materialien für die Rekrutierung von Auszubildenden eingesetzt werden.

Im Mittelpunkt steht eine Broschüre mit vielfältig hieraus generierbaren Medien und Bausteinen in Form eines Medienpools:

- Broschüre „Weiter geht’s – fortbilden und durchstarten – Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte“
- Internetseite www.fortbildung-mfa.de einschließlich passwortgeschütztem Medienpool
- Videofilm „Medizinische Fachangestellte – fortbilden und durchstarten“

Internetseite, Medienpool (inkl. Flyer, Grafikdownload für Poster, Musterartikel etc.) und Videofilm wurden auf dem 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel vorgestellt bzw. zum 01.06.2011 freigeschaltet und im Berichtsjahr weiter ausgebaut und aktualisiert. Die Broschüre wurde vom Deutschen Ärzte-Verlag in einer Erstauflage von 42.300 Stück (bis 31.12.2012 ca. 59.000 Exemplare) an die Ärztekammern ausgeliefert. Die Materialien stellen ein umfassendes Medienpaket zum breiten Einsatz im Rahmen von Bildungsmessen, Fortbildungs- oder Kammerveranstaltungen, Ausbildungsbörsen, Berufsschulunterricht sowie für die Pressearbeit dar. Sie wurden seitdem vielfach einer breiten Fachöffentlichkeit bekannt gemacht. Seit Juli 2012 steht als ergänzender Service ein elektronischer „Fortbildungskalender“ in Form einer Übersicht über alle Kammerangebote zu größeren Fortbildungsmaßnahmen zur Verfügung; dieser wird ab 2013 zweimal jährlich aktualisiert.

Neben den Curricula der Bundesärztekammer bzw. der Kammersystematik hat sich in den letzten Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Qualifizierungskonzepte für Medizinische Fachangestellte im hausärztlichen Bereich entwickelt. Dabei sind die Unterschiede z. B. zu VERAH des Hausärzteverbandes, aber auch zu weiteren Konzepten wie AGnES I und II, MoPra, EVA, MoNi sowie deren voneinander abweichenden vertraglichen Verankerungen und Vergütungen in der Ärzteschaft, in den Kammern/KVen sowie in der Fachöffentlichkeit kaum noch kommunizierbar. Besonders gravierend ist die Parallelität von VERAH und den Curricula der Bundesärztekammer. Eine wechselseitige Anerkennung, aber auch die Anerkennung der Nichtärztlichen Praxisassistentin nach § 87 Abs. 2b SGB V (siehe Kapitel 10.2.5) ist deswegen wichtig, weil dies Voraussetzung für die flächendeckende kurz- bis mittelfristige Abrechenbarkeit delegierbarer Leistungen ist, und zwar sowohl in Hausarzt-/Selektivverträgen wie auch im Bundesmantelvertrag/Delegationsvereinbarung. Deshalb wurden im Berichtsjahr erneut Möglichkeiten einer wechselseitigen Anerkennung/Anrechnung diskutiert. Es bestand Übereinstimmung, dass es dabei nicht auf Gleichartigkeit der Qualifikationen in allen Punkten, sondern auf deren Gleichwertigkeit bei der Umsetzung von Versorgungszielen ankommen sollte. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe" haben am 13.12.2012 der Weiterführung der Gespräche zugestimmt und hierfür inhaltliche Kriterien festgelegt.

10.2.5 „Nichtärztliche Praxisassistentin" nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom Mai 2008 ermöglicht gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen ... in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes ...". Das hierfür entwickelte 271-stündige Mustercurriculum der Bundesärztekammer auf Basis der Delegationsvereinbarung aus dem Jahr 2009 umfasst verschiedene andere Musterfortbildungscurricula in Gänze oder in Teilen sowie zusätzliche neue Elemente. Die anrechnungsfähigen Elemente der BÄK-Curricula machen ca. zwei Drittel aus. Dabei sind die beiden Musterfortbildungscurricula „Ambulante Versorgung älterer Menschen" und „Patientenbegleitung und -koordination" mit zusammen 84 Stunden komplett enthalten. Die Qualifizierungskonzepte EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) in Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie HELVER (Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung) in Schleswig-Holstein sind mit dem Curriculum kompatibel. Diese werden mit guter Resonanz als freiwilliges Angebot auch in ausreichend versorgten Regionen angeboten. Für die Zukunft wird darauf gesetzt, dass die Praxisassistentin auch für die Regelversorgung als Modell dient, wie z. B. in zwei Modellregionen in Niedersachsen seit Herbst 2012. Für die Förderung von Fortbildungsmaßnahmen könnten die Kammern verstärkt auf Mittel des europäischen Sozialfonds (ESF) sowie die Agenda 2020 mit den Maßnahmebündeln zu „New Skills for New Jobs" und „Youth on the Move" zugreifen. Umso wichtiger ist es, dass bei zunehmender Verbreitung eine Durchlässigkeit zu anderen Maßnahmen – z. B. auch der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) – besteht, um Mobilität und Anrechenbarkeit zu gewährleisten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beabsichtigt Verhandlungen zur Ausweitung der Delegationsvereinbarung. Mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist vereinbart, dass die Auswirkungen der Einführung dieser Hilfeleistung bis zum

31.12.2011 fortlaufend analysiert und geprüft werden, um die Leistungen zu ändern oder zu verbessern, ggf. auch auf weitere Fachgebiete, insbesondere in der Kinderheilkunde, zu erweitern. (Siehe hierzu www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.2.6 Aufstiegsfortbildung nach § 54 BBiG „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Fachwirte für ambulante medizinische Versorgung stellen unter den geänderten Strukturbedingungen (Morbidität, Altersstruktur, Vernetzung, Arbeitsteilung, Entlastung für den Arzt, Effizienzsteigerung, Finanzierung) eine attraktive Aufstiegsmöglichkeit zur Führungskraft in kleinen und mittleren Betrieben mit Durchführungsverantwortung im Bereich Verwaltung und mit einem gleichzeitigen medizinischen Schwerpunkt dar (300 Stunden Pflichtteil, 120 Stunden medizinischer Wahlteil). (Siehe ausführlich hierzu z. B. Tätigkeitsbericht 2009, S. 349f.) Der Pflichtteil besteht aus einer spezifischen Kombination unterschiedlicher Qualifikationen, die erforderlichenfalls jeweils einzeln erworben bzw. nachgewiesen werden müssen, nämlich in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Ausbildung und Medizinproduktegesetz.

Die Fortbildung wurde im Berichtsjahr in zehn Kammerbezirken angeboten. In 2011 haben 90 Prozent der 171 Teilnehmer die Prüfung bestanden. In 2011 hat die Bundesärztekammer englische und französische Musterübersetzungen der Prüfungszeugnisse gemäß § 56 Berufsbildungsgesetz zur Verfügung gestellt. Seit 2010 erfolgt eine Erfassung der Prüfungen beim Statistischen Bundesamt im Rahmen der jährlichen Berufsbildungsstatistik mit einer eigenen Kennziffer.

Durch die Fachwirtin ist ein weiterer systematischer Baustein der Berufsentwicklung der MFA grundlegend modernisiert und zukunftsfest ausgestaltet worden. Nach Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) in 2009 wird mit erfolgreicher Fachwirteprüfung die Hochschulzugangsberechtigung erworben. Seit einem von der Ärztekammer Nordrhein in 2011 organisierten Erfahrungsaustausch (z. B. zu Fragen zur Durchführung, zu den Zulassungsvoraussetzungen, zur Qualitätssicherung, zur Projektarbeit, zu den Wahlmodulen und zu den Prüfungen) stellt diese allen Ärztekammern eine interne Informationsmöglichkeit auf ihrer Lernplattform zur Verfügung. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/ Fortbildung.)

10.2.7 Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen

Es besteht ein wachsender Bedarf nach hoch qualifizierten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen mit besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten im Managementbereich. Insbesondere die neuen Kooperationsstrukturen im ambulanten Bereich und die Vernetzung ambulant/stationär verlangen zunehmend nach Personal, das den Arzt bei organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Führungsaufgaben entlastet. Im zahnärztlichen Bereich zeichnet sich eine parallele Entwicklung ab. Fortgebildete Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sind aufgrund ihrer Berufserfahrung mindestens genauso gut für diese Funktionen geeignet wie vergleichbar fortgebildete Mitarbeiter/in-

nen aus überwiegend kaufmännischen/verwaltenden Disziplinen oder Bachelorabsolventen. Der Erfolg der Fortbildungsmaßnahme „Praxismanagerin“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein, gestartet in 2001, belegt dies. Deshalb wurde hieraus unter Federführung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) eine moderne kompetenzorientierte Fortbildung „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ entwickelt und bis heute als Landesregelung mit sehr großem Erfolg durchgeführt. Allein in Schleswig-Holstein haben seit 2001 339 Teilnehmerinnen die Abschlussprüfung bestanden.

Durch die neue Fortbildungsverordnung nach § 53 BBiG „Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) vom 04.08.2011 wird die schleswig-holsteinische Regelung (gleichzeitig die entsprechende Landesverordnung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) zum 01.01.2012 mit Übergangsbestimmungen bis 2015 außer Kraft gesetzt. Die neue Bundesverordnung vereinheitlicht ca. 50 unterschiedliche IHK-Fachwirtekonzepte/-kurse, die bisher jährlich rund 1.600 Absolventen hervor bringen, zu 25 Prozent mit der Vorqualifikation Medizinische Fachangestellte. Zusammen mit dem insgesamt mindestens 2.000 Stunden umfassenden „allgemeinen“ IHK-Betriebswirt (zweite Führungsebene in der Unternehmensleitung) liegen nunmehr zwei attraktive, durchlässige Aufstiegsfortbildungen vor, die auch für MFA, die Leitungsfunktionen in größeren ambulanten Einrichtungen anstreben, zukünftig von großer Bedeutung sein dürften. Auch der bisherige Erfolg der „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ der Ärztekammern weist auf eine hohe Akzeptanz und veränderte Karriereoptionen bei der Zielgruppe hin. Ein (flächendeckendes) Ärztekammerangebot für eine weitere Aufstiegsebene als „Branchenlösung“ fehlt bisher allerdings. Deshalb hat auf dringende Empfehlung von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 01.12.2011 der Vorstand der Bundesärztekammer am 15./16.12.2011 beschlossen, eine bundeseinheitliche Musterfortbildungsregelung „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ durch eine Projektgruppe der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein und weiteren interessierten Ärztekammern zu erarbeiten. Beteiligt waren ebenfalls die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und die Fachhochschule Bielefeld. Im Berichtsjahr fanden hierzu Sitzungen am 02.02., 08.03., 08.05., 28./29.09. und am 22.11.2012 sowie zusätzliche Telefonkonferenzen statt, in denen das Berufsbild, das Tätigkeitsspektrum, Umfang und Struktur der Fortbildung sowie die Prüfungsregelungen mit allen Beteiligten konsentiert wurden. Am 13.12.2012 haben Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ dem Entwurf einer (Muster-)Fortbildungsprüfungsordnung zugestimmt sowie die noch laufende Erarbeitung eines ergänzenden Curriculums/Stoffkatalogs begrüßt. (Weitere Informationen auf den Internetseiten der Ärztekammer Schleswig-Holstein [www.aeksh.de] und der Fachhochschule Bielefeld [www.fh-bielefeld.de])

10.2.8 Zentraler Aufgabenpool für Prüfungen

Da durch die neue MFA-Ausbildungsverordnung für alle Kammern die Erarbeitung und Verfügbarkeit komplexer handlungsorientierter schriftlicher Prüfungsaufgaben in der Abschlussprüfung notwendig wurde, kam es in 2008 – zunächst unter Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein – zu einer vertraglich geregelten Kooperation von elf Kammern zwecks Aufbau eines Aufgabenpools. Nach der Katalogisierung der Prüfungs-

fragen für die drei schriftlichen Prüfungsbereiche sowie technischen Regelungen für den Datenbankzugang wurden ab 2009 ergänzend Expertenteams aus Sachverständigen und Aufgabenautoren aller Kammerbereiche zur Begutachtung und Weiterentwicklung der eingereichten Fragen gebildet und in mehreren dezentralen Veranstaltungen professionell geschult. Seit dem Jahr 2010 hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe das Projektmanagement inne, seit der zweiten Jahreshälfte 2011 auch die EDV-technische Betreuung des webbasierten Aufgabenpools. Die Steuerungsgruppe definierte die exakten Anforderungen an Prüfungsaufgaben bzw. an den Prüfungssatz und verständigte sich auf Qualitätsmerkmale, die für die Abschlussprüfung Winter 2010/11 erstmalig umgesetzt wurden. Etabliert wurden zudem ein einheitlicher Bewertungsschlüssel und eine Musterpraxis. 2011 wurde ein Lastenheft zu den funktionalen und nichtfunktionalen Anforderungen an den zentralen Aufgabenpool erstellt. Als Zwischenprojekt wurde in Nordrhein-Westfalen erstmalig die Abschlussprüfung Winter 2011/12 erfolgreich mit identischen Aufgaben geschrieben. Im Berichtsjahr war die Verbesserung der Programmierung für die Prüfungsdurchführung ein Arbeitsschwerpunkt. Als Alternative zur Anwendung und Erweiterung des bekannten Lernmanagementsystems „ILIAS“ wurde die Prüfungssoftware „IMS“ des Prüfungsverbundes Medizin, die an 27 Medizinischen Fakultäten etabliert ist, geprüft und am 08./09.11.2012 durch Vertreter des Kompetenzzentrums „Prüfungen für die Medizin“ auf der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern vorgestellt. IMS wurde von den Geschäftsführungen als gut geeignet auch für das Prüfungssystem der MFA eingeschätzt. Zum weiteren Vorgehen und zur Entscheidungsfindung sind Sitzungen der Steuerungsgruppe sowie in den Landesärztekammern geplant, um der Ärztekammer Westfalen-Lippe ein Meinungsbild übermitteln zu können.

10.2.9 Verbesserung der Feststellung und Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz) ist durch Beschluss des Bundesrates von 04.11.2011 zum 01.04.2012 in Kraft getreten. Es regelt im Artikel 1 (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG) einen individuellen Rechtsanspruch auf Prüfung sowie Verfahren und Kriterien zur Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Ausbildungs- und sonstiger Qualifikationsnachweise sowohl für reglementierte wie nichtreglementierte Berufe. Zu den nichtreglementierten Berufen zählen alle Berufe nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) einschließlich der Medizinischen Fachangestellten. Hier ist es zwar bundesweit bisher nur zu einer geringen Anzahl von entsprechenden Anfragen gekommen, die Nachfrage könnte aber zukünftig zunehmen.

Das Gesetz soll der besseren Verwertung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen im deutschen Arbeitsmarkt dienen, die qualifikationsnahe Beschäftigung fördern und damit zur Sicherung des Fachkräfteangebots angesichts der demografischen Entwicklung und des prognostizierten Fachkräftemangels sowie zur besseren Integration in Deutschland lebender Migranten beitragen.

Das Anerkennungsverfahren ist analog zum Verfahren nach der Richtlinie 2005/36/EG geregelt und enthält Vorgaben für vorzulegende Nachweise und Unterlagen, einzuhaltende Bearbeitungsfristen (die allerdings erst nach achtmonatiger Übergangsfrist zum

01.12.2012 in Kraft getreten sind), die Form der Entscheidung, Verfahren bei fehlenden Nachweisen sowie Statistikvorschriften. Von der nach § 8 Abs. 5 BQFG vorgesehenen Möglichkeit, dass die ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben von einer anderen zuständigen Stelle wahrgenommen werden („gemeinsame Stelle"), haben zahlreiche Landesärztekammern Gebrauch gemacht, indem sie in 2012 mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen haben. Neben Westfalen-Lippe sind nunmehr Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg (teilweise) zuständige Stellen. Eine erste statistische Erhebung nach § 17 BQFG als Grundlage für ein Monitoring der Verfahren (§ 18 BQFG) wird Anfang 2013 durchgeführt.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) hat zur Unterstützung der Verfahren mit dem Ziel der Standardisierung und der Bundeseinheitlichkeit der Anerkennungen eine Informationsplattform entwickeln lassen, die ab 2013 in den Regelbetrieb übergehen soll. Die Plattform wurde von Arbeitsgruppen erstellt, in denen auch verschiedene Ärztekammern mitwirkten. Von besonderer Bedeutung war die Erarbeitung eines idealtypischen Verfahrensablaufs. Für die Begutachtung ausländischer Nachweise soll weiterhin auf die Expertise der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen der Kultusministerkonferenz (KMK) zurückgegriffen werden können.

10.3 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

10.3.1 Kooperation mit den Fachberufen

Der interprofessionelle Dialog wird u. a. in der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer" seit nunmehr 23 Jahren regelmäßig geführt. Gemäß dem Ziel der im Jahr 1989 gegründeten Konferenz, die interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu verbessern, wurden bereits in der Anfangsphase „Zehn Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen" beschlossen (1989) und Vereinbarungen zwischen Bundesärztekammer und fünf Verbänden der Pflegeberufe zur „Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeberufen" (1993) sowie zum Thema „Kooperationsmodelle" erarbeitet (1994). In jeder Sitzung hatte sich die Konferenz bisher mit den jeweils geplanten Gesundheitsreformen und den in diesem Zusammenhang stets neu ins Gespräch gebrachten Varianten zur Kostendämpfung und der zunehmenden Rationierung zu beschäftigen.

Die möglichen Konsequenzen der Empfehlungen des Gutachtens „Kooperation und Verantwortung" des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2007 sowie die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 vorgesehenen Kompetenzerweiterungen bei der Pflege und den Physiotherapeuten sind seitdem wichtige Themen. Während nach Auffassung des seit 2011 neuen Vorsitzenden Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, (Stellvertretender Vorsitzender: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Hamburg) im Kontext einer geforderten neuen Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe eine erweiterte Delegation im Sinne von Arztentlastung und -unterstützung sowie haftungsrechtliche und budgetäre Fragen eine wichtige Rolle spielen, begrüßen die Fachberufevertreter

die Öffnung zu mehr Eigenständigkeit der Leistungserbringung durch die neuen Bestimmungen in § 63 Abs. 3b und c SGB V und fordern neue Modelle der Zusammenarbeit auf dieser Grundlage. Seit 2009 wurde die Thematik in den Themenfeldern Prozessverbesserung, Versorgungsverbesserung und Kommunikationsverbesserung bearbeitet. Ergebnisse hieraus sind zum einen das Papier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen" aus dem Jahr 2010, publiziert im März 2011, in dem es um die zentrale Frage der Prozesskoordinierung geht. („Wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?") Verbesserung in der Arbeitsteilung auf das gemeinsame Ziel der Behandlung bzw. Versorgung hin sind demnach trotz der uneinheitlichen und teilweise widersprüchlichen rechtlichen Festlegungen in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern bereits heute im Bereich der Koordination, Integration und Steuerung von Leistungen sowie des Managements innerhalb und zwischen den Sektoren möglich. Hierfür bedarf es Anstrengungen aller Beteiligten und einer neuen Vertrauens- und Zusammenarbeitskultur zwischen den Professionen.

Das zweite erfolgreiche Projekt besteht seit 2011 in einer neuen Datenbank zu den Gesundheitsberufen innerhalb des Internetauftritts der Bundesärztekammer. Ziele sind Information und Werbung für die Gesundheitsberufe, indem die Kernkompetenzen der Berufe, die Ausbildungsziele und die Zusammenarbeit/Schnittstellen mit anderen Berufen dargestellt und ein Vergleich nach verschiedenen Fragestellungen zwischen den Berufen ermöglicht werden. Sie unterscheidet sich wegen der Selbstgestaltung durch die Verbände von anderen Plattformen, z. B. der Bundesagentur für Arbeit. Für die Pflege der Informationen sind die Verbände zuständig. Die Meldungen wurden durch die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr umgesetzt.

Im „Lagebericht" der 24. Sitzung der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer" am 21.03.2012 berichtete Gertrud Stöcker, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege – auch im Namen des Deutschen Hebammenverbandes – über den derzeitigen Stand des Novellierungsverfahrens zur Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG: Die seit 1980 bzw. 1987 unveränderte Richtlinie bedürfe dringend einer Modernisierung, nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits Ende der 80er-Jahre und dann in der WHO-Konferenz im Jahr 2000 in München Veränderungen bei der Pflegeausbildung und den pflegerischen Tätigkeiten angemahnt habe. Der Vorlage eines Diskussionsvorschlages am 19.12.2011 durch die Kommission sei ein eineinhalbjähriger Prozess der Vorbereitung voraus gegangen. Ziel der Maßnahmen seien die Mobilität, die Patientensicherheit sowie die automatische Anerkennung.

Die Kommission plane

- eine Anhebung der Zugangsvoraussetzung auf zwölf Jahre Allgemeinbildung,
- die Berechnung der Ausbildungszeiten in Credit Points sowie
- eine spätere Aktualisierung der Inhalte durch Beschreibung von Handlungskompetenzen.

In 25 von 27 EU-Mitgliedstaaten gebe es bereits eine zwölfjährige Schulausbildung als Zugangsvoraussetzung; es sei deshalb eine qualifizierte Mehrheit für diesen Vorschlag bei alleiniger Gegnerschaft von Luxemburg und Deutschland zu erwarten. Für eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen oder entsprechende Äquivalente votierten alle pflegerischen Verbände in Deutschland. Dr. Kaplan unterstrich aus Sicht der Berufe,

aber auch der Patienten die Zielsetzungen einer möglichst umfassenden Mobilität und einer hohen Qualität sowie Kompetenz. Die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen auf zwölf Jahre führe wegen des bestehenden Fachkräftemangels jedoch evtl. zu einem „Flaschenhals" sowie zu einer indirekten grundständigen Akademisierung der Pflege- und Hebammenberufe. Er verwies auf Österreich, Belgien und die Niederlande, in denen die Ausbildung in parallelen Systemen auf verschiedenen Ebenen erfolge. Die Frage möglicher Äquivalente sei zu klären. Es komme primär auf die Zusammenarbeit der Berufe und das Erzielen von Synergieeffekten durch Arbeitsteilung an.

Thematischer Schwerpunkt der Sitzung waren die neuen Ausbildungswege bei den Gesundheitsfachberufen in den verschiedenen Berufsfeldern. Anke Ohmstede vom Dachverband für Technologen/innen und Analytiker/innen in der Medizin stellte aktuelle Ansätze vor, die technischen Assistenzberufe sowohl berufsgesetzlich als auch curricular im Sinne eines Common Trunks zusammenzuführen. Neben der MTA – Röntgen, MTA – Labor und MTA – Funktionsdiagnostik kommen hierbei der Operationstechnische Assistent, der Anästhesietechnische Assistent und der Pharmazeutisch-technische Assistent in den Blick. Bislang seien die Gemeinsamkeiten der Ausbildungsinhalte noch gering, allerdings durchaus ausbaufähig, vor allem, was die sozialen und kommunikativen Kompetenzbereiche betreffe. Da die Tätigkeiten in den praktischen Einsatzbereichen sehr unterschiedlich seien, müsse es bei einer hinreichenden Trennschärfe der Ausbildungsinhalte bleiben. Ziel bei der Weiterentwicklung der Berufe sei vor allem eine deutliche Verbesserung der vertikalen wie horizontalen Durchlässigkeit sowie eine Attraktivitätssteigerung durch eine Teilakademisierung.

Dr. Martina Stöver, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, informierte über Stand und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung. Auf Grund der Entwicklung in der Gesundheitsversorgung reklamierte sie als zukünftige Tätigkeitsfelder für die Pflege die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, die Gesundheitsförderung und Prävention, das Telemonitoring, Assistent-Living-Konzepte, Case- und Care-Management und Koordinationsaufgaben. Sie leitete daraus ein Bündel von strategischen Maßnahmen zur Qualifizierung der Pflegeberufe ab, nämlich eine Reform der Pflegeausbildung, die Akademisierung der Erstausbildung, die Entwicklung neuer Weiterqualifizierungen sowie durchlässige Qualifikationsstufen. Für akademisch ausgebildete Pflegekräfte sah sie einen Bedarf bei ca. zehn Prozent der Fachkräfte (100.000 bis 125.000). Damit würden eine Kompetenzerweiterung, zusätzliche Aufstiegschancen und zugleich die europäische Angleichung ermöglicht. Darüber hinaus sah sie in Studienergebnissen Belege für einen Zusammenhang von Qualifikation und Outcome in der Langzeitpflege, wobei besonders Pflegekräften mit Hochschulausbildung im Sinne eines Qualifikationsmixes eine große Bedeutung zukomme.

Prof. Ursula Walkenhorst, Hochschule für Gesundheit in Bochum, Professorin im Studiengang Ergotherapie, referierte über Strukturen und didaktisch-methodische Begründungen für die Bachelorstudiengänge Pflege- und Hebammenwesen, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, die im Wintersemester 2010/2011 starteten. In der Endausbaustufe 2015 seien Plätze für 1.300 Studierende geplant. Der entscheidende Zusatznutzen bestehe im Aufbau von Wissenschaft und Forschung und in der Verbesserung interprofessioneller Versorgungsqualität durch einen berufsspezifischen Beitrag. Hierfür seien zusätzliche berufliche Kompetenzen im Bereich der Begründungs- und Reflexionsfähigkeit, der evidenzbasierten, theoriegeleitenden Denk- und Handlungswei-

sen, der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, auch im interprofessionellen Kontext, sowie in der Fähigkeit zur Lösung komplexer Probleme auf verschiedenen Ebenen zu vermitteln, zu denen auch Konzepte für weitergehende Versorgungsfragen gehörten. Für die Tätigkeitsfelder der Zukunft qualifiziere die bisherige berufsfachschulische Ausbildung nicht ausreichend. Ziel des Studiums sei der „reflektierende Praktiker", der in der Hochschule von Beginn an sowohl wissenschaftlich als auch (durch Kooperations- und Ausbildungsverträge mit regionalen Gesundheitseinrichtungen) praktisch ausgebildet werde. Das Studium sei stark durch interprofessionelle Lehr- und Lernformen sowie auf Verknüpfungspunkte zum Medizinstudium ausgerichtet. Die 25. Fachberufekonferenz im Jahr 2013 wird sich mit „Fachkräftebedarf und Fachkräftesicherung in den Gesundheitsberufen" beschäftigen.

Gemeinsam mit zahlreichen Verbänden der Fachberufekonferenz führte die Bundesärztekammer am 03.11.2012 eine weitere erfolgreiche multiprofessionelle Tagung zum Thema „Parkinson-Patienten – Förderung von Teilhabe und Lebensqualität durch effektive Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe" durch. Die Reihe beruht auf einem Konzept interprofessioneller Fortbildung, in dem das Schnittstellenmanagement, das Case Management, die Vernetzung und die Kooperation sowie die Steuerungsfunktion des Arztes im Vordergrund stehen. Die Veranstaltung ist die Fortsetzung des Interdisziplinären Zentralkongresses für die Fachberufe im Gesundheitswesen (IZFG) der Bundesärztekammer, der zwischen 1971 und 2008 in Augsburg durchgeführt wurde. Die erste Pilotveranstaltung nach neuer Konzeption fand zum Thema „Schlaganfallpatienten" im Jahr 2010 in den Räumen der Bundesärztekammer statt. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Institutionen/Gremien > Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen.)

10.3.2 Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm hat sich programmatisch sowohl in den gesundheitspolitischen Leitsätzen (Ulmer Papier) als auch in einem eigenen Tagesordnungspunkt „Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen" mit einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung befasst. Durch Entschließungen des 113. und 114. Deutschen Ärztetages 2010 und 2011 zur rechtssicheren Weiterentwicklung von Kooperation und Delegation und zur selbstständigen Heilkundeausübung durch Pflegekräfte wurde diese Positionierung, insbesondere der notwendige Ausbau des Delegationsprinzips, unterstrichen (DÄT-Drs. I-19 bzw. V-15).

Das Ulmer Papier stellt fest:
„Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen.

Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen sowie Positionen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen entwickelt."

Die Bundesärztekammer hat unter diesen Prämissen Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrats 2007 zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe kritisch-konstruktiv aufgegriffen. Prüfkriterien für neue Formen des Zusammenwirkens sind Qualifikation, Qualität und Sicherheit der Versorgung, Haftungsrecht, Zufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. In zahlreichen Stellungnahmen, z. B. gegenüber den Gesundheitsministerien der Länder und dem Sachverständigenrat, zu Gesetzentwürfen und in zahlreichen Veranstaltungen und Sitzungen auch im Berichtsjahr wurde zunächst eine Folgenabschätzung vor allem in medizinischer, ökonomischer und rechtlicher Hinsicht gefordert, insbesondere im Hinblick auf die Einführung weiterer Versorgungsebenen.

Unbestritten machen Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. der gesellschaftliche Wandel, die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, die demografische Entwicklung, das geänderte Krankheitsspektrum, die gestiegene Komplexität der medizinischen Versorgung, die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und das geänderte Selbstverständnis der Berufsangehörigen und der Patienten eine Anpassung von Strukturen sowie neue Versorgungskonzepte notwendig. Allerdings darf dabei eine Übertragung ärztlicher Kompetenzen, wie z. B. Diagnose- und Indikationsstellung, Therapieentscheidung und -planung, nicht zur Disposition stehen. Nur eine aufeinander abgestimmte Professionsentwicklung der Berufe im Gesundheitswesen, die die Gegebenheiten des gesellschaftlich akzeptierten deutschen Versorgungssystems ausreichend berücksichtigt, kann zur Bewältigung der anstehenden Fragen beitragen. In diesem Zusammenhang müssen Strukturen und Prozesse an geänderte Bedarfe angepasst werden: Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte sind auf Langfristigkeit auszurichten, Prävention, Rehabilitation, Palliativversorgung gewinnen gegenüber der akutmedizinischen Versorgung an Bedeutung, psychosoziale Hilfen und Pflege sind zu integrieren und zu regionalisieren, die sektorenübergreifende Versorgung, die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, die Organisation von Prozessen sowie die Aufgabenverteilung und die Delegation ärztlicher Leistungen sind zu optimieren. Von möglichen Entlastungseffekten könnte auch die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, profitieren. Multiprofessionellen Teams in der ambulanten Versorgung kommt hierbei eine noch wichtigere Rolle als bisher zu. Vorrangig ist es, die Zusammenarbeit von Hausärzten mit Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Pflegekräften in ihrer umfassenden Aufgabenstellung nach § 73 Abs. 1 SGB V unter Berücksichtigung der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen neu zu justieren. Dabei muss es um Kompetenzsteigerung, Schärfung von Profilen sowie Spezialisierung im Kontext von Kooperation gehen. Zur Arztunterstützung und -entlastung bei der Durchführung komplexer Aufgaben soll die MFA stärker für delegierbare und koordinierende Aufgaben eingesetzt werden (siehe Kapitel 10.2.5 bis 10.2.7). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt in seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens" konkrete Hinweise auf in diesem Sinne erweiterte Funktionen und Kompetenzen der MFA im (haus-)ärztlichen Team.

Die Bundesärztekammer setzt sich auf Basis von Gesprächen mit möglichen Projektpartnern seit 2009 für eine Umsetzung der Ärztetagentschließung zur „Stärkere(n) Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management" aus 2008 (DÄT-Drs. III-03) ein. 2011/2012 wurden hierfür von allen Beteiligten gemeinsam mit einem interessierten Projektträger konkrete Vorarbeiten geleistet. Für das Jahr 2013 ist nunmehr die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums auf Basis des Deutschen Qualifikationsrahmens durch ein wissenschaftliches Institut im Auftrag des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) ins Auge gefasst. Grundlage der Initiative der Bundesärztekammer ist das 2008 veröffentlichte gleichnamige wissenschaftliche Gutachten, das sie 2007 in Auftrag gegeben hatte. Danach ist eine verstärkte sektoren- und berufsübergreifende Koordination und Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern bzw. bestimmten Patientengruppen notwendig und wünschenswert, wobei dem Case Management oder Versorgungsmanagement im Sinne eines effektiven, einzelfallorientierten Prozessmanagements ein immer höherer Stellenwert zukommt. Der Ärztetag plädierte hinsichtlich der Frage, wer zum Case Manager prädestiniert ist, für eine genaue Analyse der Case-Management-Funktionen und differenzierte dabei zwischen zwei Arbeitsbereichen, nämlich dem medizinisch-therapeutischen Bereich und dem Management- bzw. Koordinierungsbereich: Der medizinisch-therapeutische Arbeitsbereich, der die Initiierung, die Steuerung und die Übernahme der Therapie- und Ergebnisverantwortung umfasst, sei genuine Aufgabe des Arztes, insbesondere des Hausarztes. Bei der Durchführung und Steuerung des Case-Management-Prozesses werde der Arzt im Sinne einer professionsübergreifenden Versorgung im Delegationsverfahren von zusätzlich qualifizierten Gesundheitsfachberufen wie der MFA, aber auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pflegern sowie psychosozialen Berufen unterstützt. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Ambulante Versorgung > Delegation ärztlicher Leistungen > Gutachten.)

Am 22.03.2012 ist die „Richtlinie des über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V" des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten, nachdem der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA im September 2011 und das Plenum im Oktober 2011 dem Richtlinienentwurf zugestimmt hatten und die abschließende Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ohne Änderungen erfolgt ist.

Die Bundesärztekammer war Mitglied in der Arbeitsgruppe „Modellversuche nach § 63 Abs. 3c SGB V" des G-BA, die zwischen November 2009 und August 2011 zu elf Sitzungen zusammenkam. § 63 Abs. 3c SGB V regelt, dass „Modellvorhaben ... eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen können". Der G-BA hatte den gesetzlichen Auftrag erhalten, in Richtlinien festzulegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von selbstständigen Heilkundetätigkeiten auf die Angehörigen von Kranken-/Altenpflegeberufen im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. In der Arbeitsgruppe setzte sich die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dafür ein, sowohl im Paragrafenteil der Richtlinie als auch bei den vorgesehenen Katalogen der übertragbaren Tätigkeiten im ambulanten und stationären Bereich als unverzichtbare

Eckdaten die ärztliche Diagnose, Indikation und Gesamtverantwortung bzw. den jeweiligen Umfang der Verantwortung von Pflegeberufen rechtssicher festzuschreiben. In ihrer Stellungnahme von Mai 2011 zum Entwurf der Richtlinie hatte die Bundesärztekammer Regelungen im Paragrafenteil und im Besonderen Teil (Tätigkeitskataloge) abgelehnt, die die Entscheidungsmöglichkeit der Pflegekräfte darüber, ob sie eine ärztlich indizierte Maßnahme durchführen, bzw. die im Rahmen von Assessmentverfahren vorgesehenen eigenverantwortlichen diagnostischen Tätigkeiten betreffen. Die Modellvorhaben werden derzeit von den Krankenkassen und den Pflegeverbänden gemeinsam entwickelt und umgesetzt. Eine Evaluation soll frühestens in fünf Jahren erfolgen. Die Bundesärztekammer wird die Modellversuche kritisch begleiten.

10.3.3 Beteiligung in Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Bundesärztekammer ist seit dessen Gründung im Jahr 2010 im Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ vertreten. Mitglieder sind Vertreter der Ärzteschaft, der Verbände der Fachberufe, der Gewerkschaften, der Wissenschaft und der Gesundheitsministerien der Länder. Seine Zielsetzung ist umfassend und auf Dauer angelegt: Es sollen angesichts veränderter Versorgungsbedarfe und -bedingungen Empfehlungen zu beruflichen Strukturen, Kompetenzen und Professionen erarbeitet werden und dabei Fragen der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit, der Zusammenführung, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Berufsgesetzen und Ausbildungsregelungen diskutiert werden.

Im Berichtsjahr hat die Bundesärztekammer an vier Sitzungen des Expertengremiums zur Vorbereitung einer gemeinsamen bundesrechtlichen Ausbildungsregelung für Operationstechnische Assistenten und Anästhesietechnische Assistenten (OTA/ATA) teilgenommen (Vertreter: Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe). Hierbei ging es um inhaltliche und strukturelle Gestaltungsmöglichkeiten einer integrierten Lösung für beide Berufe, für die erstmalig ein Berufsgesetz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG geschaffen werden soll. Auch für Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen/MTA-R; Labor/MTA-L; Funktionsdiagnostik/ MTA-F) und die Pharmazeutisch-technischen Assistenten/PTA wird seit 2011 über eine mögliche Zusammenführung der bisher getrennten Berufsgesetze diskutiert.

Die Bundesärztekammer hat auch im Berichtsjahr im Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ mitgewirkt (Geschäftsführung: Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG]). Der Beirat ist aus dem zweiten Pflegegipfel des Bundesministeriums für Gesundheit im April 2009 hervorgegangen; er kam seit September 2009 zu insgesamt 14 Sitzungen zusammen. Im Berichtsjahr tagte er am 17.04., 04.07. und 08.10.2012; er hat seine Arbeit offiziell am 31.12.2012 beendet. Mitglieder des Beirates waren Vertreter der Pflege, der Ärzteschaft und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Der Beirat hat eine Internetplattform zur Darstellung und Verbreitung wegweisender Modelle zur Aufgabenneuordnung und Prozessgestaltung im Krankenhaus, zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie für ein lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege entwickelt. Die Internetplattform www.pflege-krankenhaus.de wurde am 20.04.2011 offiziell frei geschaltet. Auch über das offizielle Projektende hinaus wird die Internetplattform im Jahr 2013 noch zugänglich sein, wenngleich keine neuen Modelle mehr eingestellt werden.

10.3.4 Direktzugang zur Versorgung durch Physiotherapeuten

In der Heilmittelerbringung obliegen (Differenzial-)Diagnose, Indikation und Verordnung sowie die Gesamtverantwortung dem Arzt, dem Heilmittelerbringer obliegen in diesem Rahmen die eigenverantwortliche Befunderhebung, die Maßnahmenauswahl für die Therapie sowie die Durchführungs- und Haftungsverantwortung. Die deutschen Physiotherapieverbände fordern gegenüber der Bundesärztekammer und dem Bundesgesetzgeber eine Erweiterung ihrer Kompetenzen, und zwar durch

- eine Änderung des Heilkundebegriffs bzw. den Wegfall des Arztvorbehalts einschließlich einer Abschaffung des Heilpraktikergesetzes,
- einen Abbau von „Doppelstrukturen" im Bereich der Diagnostik sowie
- „freiere" Vergütungsformen und eine andere Basis der selbstständigen Leistungserbringung.

Zur Begründung verweisen die Physiotherapieverbände auf Versorgungsstrukturen nach dem Modell des „First Contact Practitioner" z. B. in den Niederlanden und in Australien – hier beschränkt auf privatversicherte Selbstzahler –, sowie auf die Ergebnisse von Studien zur verbesserten Versorgung und höheren Patientenzufriedenheit bei Direktzugang. Sie fühlen sich in ihrem Drängen nach einer neuen Aufgabenverteilung durch das Sachverständigenratsgutachten 2007 ermutigt. Durch den Direktzugang sollen auch die Schnittstellen und die Kooperation mit dem Arzt neu geregelt werden, und es soll in Folge zu einer Aufwertung des Physiotherapeutenstatus im internationalen Vergleich kommen. Hierfür benötige der First Contact Practitioner eine „erweiterte" Zulassung durch eine staatliche Abschlussprüfung (auch für akademisch ausgebildete Physiotherapeuten). Darüber hinaus wird eine Beschränkung der Indikationsbereiche für den Direktzugang auf den Bereich von Muskel- und Skeletterkrankungen für notwendig erachtet.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 26.08.2009 kann Physiotherapeuten die Erlaubnis zur Ausübung einer auf die Physiotherapie beschränkten Heilpraktikertätigkeit erteilt werden, wenn eine zusätzliche Qualifizierung durchlaufen wurde. Hierbei geht es nicht um eine Kenntnisprüfung medizinischer Inhalte, sondern um die Schließung der sogenannten „normativen Lücke", bei der der Physiotherapeut nachweisen muss, dass er die Abgrenzung zur ärztlich-heilkundlichen Tätigkeit im Sinne der Gefahrenabwehr kennt. Eine dem Arzt gleichgestellte Kompetenz zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und zur Erstdiagnose wurde vom Bundesverwaltungsgericht ausdrücklich verneint. Physiotherapeuten könnten qua Berufsgesetz nur auf ärztliche Indikation, Anordnung und Verordnung tätig werden.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist der Direktzugang im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abzulehnen, da dieser die im SGB V vorgesehene Steuerungsfunktion des Arztes für nachfolgende Behandlungen unterläuft bzw. zumindest in den von den Physiotherapeuten vorgeschlagenen Indikationsbereichen umkehrt. Dadurch würden unmittelbar der Arztvorbehalt für diagnostische Entscheidungen und die Indikationsstellung berührt bzw. die bisherige Differenzierung von Diagnostik durch den Arzt und Befunderhebung durch den Physiotherapeuten aufgelöst. Die Konsequenzen für die bisher bei den Ärzten liegende Budgetverantwortung sind völlig offen. Die derzeitig klare Aufgabenstellung – (Differenzial-)Diagnostik/Indikationsstellung für

Heilmittel (z. B. Physiotherapie) durch den Arzt, Befunderhebung und Therapie durch den Heilmittelerbringer (z. B. Physiotherapeuten) – stellt keine überflüssige oder kostenträchtige Doppelstruktur dar, sondern ist eine notwendige und nur partielle Überschneidung beider Arbeitsfelder, wie sie sich bei einer arbeitsteiligen Vorgehensweise am Patienten zwangsläufig ergibt. – Die Entwicklungen im Selbstzahlerbereich sind kritisch zu beobachten.

Die Vorschriften des § 63 Abs. 3b SGB V nach Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Mai 2008 ermöglichen Modellvorhaben, in denen Physiotherapeuten „... die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt." Modellversuche zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern finden ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung statt. Die Bundesärztekammer beobachtet die Modellversuche im Sinne einer sinnvoll erweiterten beruflichen Kompetenz. Eine bessere Abgrenzung und Kooperation könnte durch interprofessionelle Leitlinien erreicht werden.

Für die Zukunft ist zu überlegen, wie der zweifellos hohen professionellen Kompetenz der Heilmittelerbringer durch adäquate Kooperationsstrukturen eventuell stärker Rechnung getragen werden kann, z. B. um eine raschere Versorgung mit Anschlussheilbehandlungen zu ermöglichen. Die Bundesärztekammer hat hierzu im Berichtsjahr den Dialog mit den Physiotherapieverbänden fortgeführt.

10.4 Tarifangelegenheiten des Praxispersonals

Im Jahre 1968 wurde die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Seit dem 01.04.1969 wurden 36 Gehaltstarifverträge, 13 Manteltarifverträge und seit 2002 drei Tarifverträge zur Altersversorgung und Entgeltumwandlung mit dem Verband medizinischer Fachberufe und zeitweise weiteren Gewerkschaften abgeschlossen. Die Geschäftsstelle wurde wegen der überregionalen Bedeutung und der ordnungspolitischen Funktion bei der Bundesärztekammer angesiedelt. Seit dem Jahr 2007 ist die Vorsitzende der AAA Dr. Cornelia Goesmann, Hannover; die Stellvertreter sind Dr. Gunter Hauptmann, Saarbrücken, und Dr. Max Kaplan, Pfaffenhausen. In der Mitgliederversammlung am 15.12.2011 wurden die Vorsitzenden für weitere vier Jahre in ihrem Amt bestätigt.

Durch die Bestimmungen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) 2010 zur ärztlichen Vergütung und die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom Oktober 2010 erfolgten erneut restriktive Budgetbegrenzungen für 2011/2012. Damit konnten deutliche Gehaltssteigerungen für die rund 328.000 in der ambulanten Versorgung tätigen Medizinischen Fachangestellten (MFA), um diese an der Leistungserbringung in den Praxen stärker partizipieren zu lassen, im Berichtsjahr nicht realisiert werden, was angesichts ihrer notwendigen stärkeren Einbeziehung in die Aufgaben der ambulanten Versorgung umso bedauerlicher ist. Die Steigerungen bei den Gehältern gemäß Tarifabschluss vom 01.03.2012 beliefen sich trotzdem auf linear 2,9 Prozent. Die Ausbildungs-

vergütungen stiegen um monatlich 50 Euro in allen drei Ausbildungsjahren auf nunmehr 610 Euro, 650 Euro und 700 Euro an. Die Tarifpartner diskutierten allerdings mit Blick auf die Tarifrunde 2013 intensiv die Neustrukturierung der Gehaltstabelle, um die vielfältigen Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten sowie Aufgabenerweiterungen der MFA zukünftig besser abbilden zu können. Zugleich sollen Berufsjahrgruppen neu gestaltet werden, um Altersdiskriminierungstatbestände abzubauen. Um für diese Weiterentwicklung mit belastbaren Daten zur Beschäftigten- und Gehaltsstruktur untermauern zu können, führt das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) auf Veranlassung der AAA zwischen Dezember 2012 und Januar 2013 eine Online-Befragung im Rahmen des jährlichen Praxis-Panels (ZI-PP) durch.

Mit Inkrafttreten zum 01.01.2013 wurde darüber hinaus am 30.11.2012 ein Änderungstarifvertrag zum Manteltarifvertrag abgeschlossen. Danach stehen MFA künftig 28 Urlaubstage und ab dem vollendeten 55. Lebensjahr 30 Urlaubstage zu. MFA im Alter von unter 30 Jahren haben somit zwei Tage mehr Urlaub im Jahr. Bei den 30- bis 40-Jährigen ändert sich nichts, und statt wie bisher ab 40 erhalten MFA künftig erst ab 55 Jahren 30 Tage Urlaub. MFA, die vor Inkrafttreten des Änderungstarifvertrags 40 Jahre alt geworden sind, behalten im Sinne des Bestandsschutzes den Urlaubsanspruch von 30 Tagen.

Die Änderung war notwendig geworden, weil das Bundesarbeitsgericht am 20. März 2012 (9 AZR529/10) eine Staffelung von Urlaubstagen „aus Altersgründen" bereits ab dem 30. oder 40. Lebensjahr als „unmittelbare, nicht gerechtfertigte Diskriminierung" untersagt hatte. Der Manteltarifvertrag wurde deshalb in diesem Punkt angepasst. Die Laufzeit des gesamten Manteltarifvertrages wurde bis zum 31. März 2016 verlängert.

Auf der Versorgungsebene vollzieht sich eine deutlich wahrnehmbare Entwicklung hin zu einer Aufwertung der Medizinischen Fachangestellten im ambulanten therapeutischen Team, die von der Bundesärztekammer vorangetrieben wird. Die neue Ausbildungsverordnung von 2006, die mittlerweile breite und aktuelle Palette anspruchsvoller Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer und die neue 420-Stunden-Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung sind Ausdruck einer gestiegenen Qualifikation und einer zunehmend wichtigen Funktion der MFA im Versorgungsgeschehen. Die Delegationsvereinbarung nach § 87 Abs. 2b SGB V („Praxisassistentin") vom April 2009 (siehe Kapitel 10.2.5) ist ein weiteres Beispiel hierfür. Diese Entwicklung muss sich nach Auffassung der Arbeitgeber künftig in einer Vergütung niederschlagen, die derjenigen vergleichbarer Berufe entspricht, auch wenn sich die optimistischen Erwartungen an die Honorarreform 2009 nicht in allen Regionen und Facharztgruppen erfüllt haben und durch das GKV-FinG 2010 deutlich gebremst wurden. Leider hat der Gesetzgeber – anders als im stationären Bereich – keine Möglichkeit vorgesehen, tarifvertragliche Gehaltssteigerungen zumindest teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu refinanzieren. Trotz intensiver Bemühungen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist es bisher nicht gelungen, die Personalkostenkomponente im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. bei einer Erhöhung der Gesamtvergütung zusätzlich angemessen zu berücksichtigen. Andererseits sollte nach Auffassung der ärztlichen Arbeitgeber verhindert werden, dass der ambulante medizinische Bereich in den Sog der Debatte über den Mindestlohn bzw. eine Lohnuntergrenze gerät. Die Zahlung von angemessenen Tariflöhnen verhindert eine Diskussion über die Abschaffung autonomer Tarifvertragsparteien und damit die

Aufnahme in das Arbeitnehmerentsendegesetz. Der Deutsche Gewerkschaftsbund führte die Diskussion mit der Begründung, dass die Einführung eines Mindestlohns eine größere Verbindlichkeit habe als der Abschluss zu niedriger Tariflöhne durch nicht durchsetzungsfähige Tarifvertragsparteien.

Als Ordnungsfaktor bei den Arbeitsbedingungen ist die AAA vor über 40 Jahren mit dem Anspruch gegründet worden, den Mindeststandard festzulegen und eine normierende Funktion im Gehaltsgefüge auszuüben. Diese Funktion hat sie rückblickend gesehen mit Erfolg wahrgenommen. Dass sie diese regulative Funktion immer noch erfüllt, zeigt nicht nur die Gestaltung der betrieblichen Altersvorsorge seit dem Jahr 2002, sondern auch der noch heute beachtliche Anteil tarifbasierter Arbeitsverhältnisse sowie die weitgehende Orientierung an den manteltariflichen Rahmenbedingungen in den Arbeitsverträgen, obwohl die Tarifwerke nicht allgemeinverbindlich sind. Auch unter den immer schwierigeren wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der letzten Jahre hat sich gezeigt, dass Vorstellungen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite immer noch konsensfähig sind. Die stabilisierende Wirkung von Tarifverträgen auf den Arbeits- und Betriebsfrieden sowie auf den innerärztlichen Wettbewerb um Arbeitskräfte ist nicht zu unterschätzen. Prozesse der Regionalisierung in anderen freiberuflichen Gesundheitsbereichen (z. B. bei den Zahnärzten) werden dort eher als nachteilig empfunden. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

10.5 Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (GesundheitsRente)

Im Januar 2002 wurde auf der Basis der seit 2001 geltenden gesetzlichen Grundlagen (Altersvermögensgesetz und Gesetz zur betrieblichen Altersversorgung) die Einrichtung einer spezifischen Altersversorgungseinrichtung für Praxispersonal in Form einer Pensionskasse beschlossen, um den Arztpraxen/ambulanten Versorgungseinrichtungen in Deutschland eine orientierende Entscheidungshilfe für die Durchführung der Altersversorgung ihrer Mitarbeiter zu bieten und einen Beitrag zur Zukunftssicherung im Alter durch den Aufbau einer kapitalgedeckten Altersversorgung zu leisten. Gründungsmitglieder waren die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/MFA (AAA), die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Zahnmedizinischen Fachangestellten (AAZ) und der Verband medizinischer Fachberufe. Mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ vom 23.01.2002 war für alle tariflich orientierten Arbeitsverhältnisse formalrechtlich der Weg für die betriebliche Altersversorgung ab dem 01.01.2002 frei. Anfangs noch rein arbeitnehmerfinanziert, wurde mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung“ ab 01.04.2008 erstmalig eine arbeitgeberfinanzierte Versorgung eingeführt; diese Leistung wurde durch den Tarifabschluss vom 20.01.2011 zum 01.07.2011 nochmals erhöht. Das Inkrafttreten wurde durch Öffentlichkeitsarbeit intensiv begleitet.

Auf den monatlichen Arbeitgeberbeitrag von nunmehr 30 bzw. 20 Euro haben alle Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen mit einem tariforientierten Arbeitsvertrag

Anspruch. Bei einer Zusammenführung mit den vermögenswirksamen Leistungen erhalten sie sogar einen Zuschuss von insgesamt 66 bzw. 38 Euro sowie Auszubildende nach der Probezeit 48 Euro monatlich. Die Einbeziehung von Auszubildenden bereits nach der Probezeit erfolgt aus sozialpolitischen Gründen, da nur bei langen Vertragslaufzeiten auch mit kleinen Sparraten aufgrund des Zinseszinseffektes eine nennenswerte zusätzliche Altersversorgung aufgebaut werden kann. Deshalb werden auch zum 01.01.2015 die vermögenswirksamen Leistungen zugunsten der betrieblichen Altersversorgung als tarifvertragliche Leistung abgeschafft. Seit der Zahlung eines Arbeitgeberbeitrages stieg die Vertragszahl allein bei der Gesundheits*Rente* deutlich an; sie erhöhte sich zum 31.12.2012 auf 23.341.

Der Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Dieses ist hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Wegfall der Insolvenzsicherung und Steuerfreiheit für Arbeitgeberbeiträge) und der (steuerlichen) Vorteile und Fördermöglichkeiten für die Medizinischen Fachangestellten besonders attraktiv. Eine eigenständige Versorgungseinrichtung für Praxispersonal bietet im Sinne einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik, Beratung und Ablaufleistung. Der Träger dieser Versorgungseinrichtung ist die Deutsche Ärzteversicherung, Köln, mit ihrem speziell gegründeten Risikoträger Pro bAV, gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf.

Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines Beirates, in den zum 06.05.2009 durch die Mitgliederversammlung der AAA für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Sauermann, Hamburg, Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden, und Dipl.-Volksw. Franz Stobrawa, Bonn, für weitere drei Jahre wiederberufen wurden.

Die Beratungen im Beirat am 16.01., 16.04. und 03.09.2012 hatten die Umsetzung der durch die EU-Gleichstellungsrichtlinien bedingte Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und die in diesem Zusammenhang ausgelösten Tarifangleichungen von Männern und Frauen in Form von Unisextarifen zum Stichtag 21.12.2012 zum Inhalt. Darüber hinaus ging es um die Auswirkungen der Absenkung des Rechnungszinses von 2,25 auf 1,75 Prozent auf die Tarifgeneration 2012 sowie um notwendige Kostenanpassungen bei der Kalkulation der Verwaltungskosten für die Tarifgeneration 2013 und deren evtl. Auswirkungen auf Renditeerwartungen. Im ersten Halbjahr 2013 sollen Marktvergleiche Klarheit über die Neupositionierung der Gesundheits*Rente* vor dem Hintergrund der neuen Unisextarife schaffen. Durch begleitende Pressearbeit soll die langfristige Sicherheit und Rentabilität von betrieblicher Altersversorgung auch in Zeiten der Finanzmarktkrise herausgestellt werden.

Das Modell „Gesundheits*Rente*“ steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

11. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

11.1 Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Die Bundesärztekammer ist als Spitzenorganisation der deutschen Ärzteschaft aufgrund ihrer herausgehobenen Stellung in der Öffentlichkeit bevorzugter Ansprechpartner der Medien bei berufs- und gesundheitspolitischen Themen. Die stetig wachsende Zahl von Anfragen und die vielfältige Berichterstattung in den Publikumsmedien belegen die Bedeutung der Bundesärztekammer als Meinungsbildner in der Gesundheitspolitik und als Kompetenzzentrum für medizinische und medizinisch-ethische Inhalte.

Das Themenspektrum, mit dem die verfasste Ärzteschaft dabei konfrontiert wird, erweitert sich kontinuierlich. Das liegt zum einen am Interesse einer immer älter werdenden Bevölkerung an den Fortschritten in Diagnostik und Therapie, die einen großen Informations- und Diskussionsbedarf, vor allem auch in medizinisch-ethischer Hinsicht, erzeugt. Zum anderen liegt das am gestiegenen Interesse der Öffentlichkeit an gesundheitspolitischen Themen, die von Jahr zu Jahr mehr Raum in der medialen Berichterstattung einnehmen und zu denen die Bundesärztekammer um Auskunft oder Stellungnahme gebeten wird. Auch bei allen weiteren Fragen rund um den Arztberuf ist die Bundesärztekammer ein kompetenter und glaubwürdiger Ansprechpartner.

Um den Medien und damit auch der Öffentlichkeit die gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Ärzteschaft zu vermitteln, verfügt die Pressestelle über ein vielfältiges Repertoire, das zielgruppenspezifisch und medienwirksam eingesetzt wird. Neben Interviews, Hintergrund- und Redaktionsgesprächen, eigenen Artikeln, Pressekonferenzen, Presseseminaren und Symposien gehören dazu auch Pressemitteilungen sowie eigene Informationsdienste.

Schließlich ist die Pressestelle auch zentrale Anlaufstelle für Anfragen aus der Bevölkerung, insbesondere dann, wenn medizinische oder gesundheitspolitische Themen die Schlagzeilen beherrschen.

11.1.1 Pressearbeit zum 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg

Der 115. Deutsche Ärztetag, der vom 22. bis 25. Mai 2012 in Nürnberg stattfand, war ein mediales Topereignis sowohl in den Print- als auch in den elektronischen Medien. Nicht nur die Eröffnungsveranstaltung, auch die für den Nachmittag des ersten Plenartages angesetzte Debatte mit den gesundheitspolitischen Sprechern von Union und SPD, Jens Spahn und Prof. Dr. Karl Lauterbach, über die künftige Finanzierung des Gesundheitswesens, wurde von den Journalisten mit Spannung erwartet.

Einen ersten Vorgeschmack auf das Thema des Nachmittages gab der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, bereits in seiner Eröffnungsrede: „Wir Ärzte stehen für Therapiefreiheit, freie Arztwahl und Freiberuflichkeit. Wir wollen Pluralität statt Einheitsversicherungen. Wir wollen einen sozial geregelten, gerechten Wettbewerb, aus dem heraus Fortschritt und Zukunft erwachsen können." In seiner Rede forderte Montgomery den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems von ge-

setzlichen Krankenkassen und Privatversicherungen. Derzeit gebe es keine wirkliche Zweiklassenmedizin. „Die würde aber sofort entstehen, wenn in einer Einheitsversicherung in Zukunft Bürokraten entschieden, wie Fortschritt und Zukunft auszusehen hätten“, warnte Montgomery. Die Bürgerversicherung sei nichts anderes als der „Turbolader“ für die Zweiklassenmedizin.

Auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sprach sich für den Erhalt des dualen Systems von privater Krankenversicherung (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) aus. „Die private wie die gesetzliche Krankenversicherung haben beide ihre großen Vorteile. Und Sie haben beide ihre Nachteile“, sagte er in seiner Rede an die Delegierten und Gäste des Ärztetages. Statt den Weg in eine Einheitsversicherung zu gehen, müssten die Stärken beider Systeme weiterentwickelt werden. Wer die Einheitskasse wolle, befürworte in der Konsequenz eine „staatlich gelenkte Mangelversorgung“.

„Einträchtig wie nie haben sich ein Jahr vor der Bundestagswahl Ärzteschaft und der Bundesgesundheitsminister zum Auftakt des 115. Deutschen Ärztetages präsentiert“, schrieb die Frankfurter Allgemeine Zeitung (23.05.) in ihrem Bericht zur Eröffnungsveranstaltung. Die Tageszeitung „Die Welt“ berichtete (23.05.), dies sei der erste Ärztetag für Montgomery als Präsident der Bundesärztekammer, nachdem er im Jahr davor die Nachfolge von Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe angetreten hatte. „Ein politischer Ärztetag soll es diesmal sein, ein wahres Parlament der Ärzte.“ Mit Blick auf die gesundheitspolitische Diskussion mit den Bundestagsabgeordneten Spahn und Lauterbach schrieb die Süddeutsche Zeitung (23.05.): „Bislang war es auf den Ärztetagen so, dass mit diesen Eröffnungsreden die Auseinandersetzung weitgehend beendet war. Diesmal – und das war Montgomerys ausdrücklicher Wunsch – ist das nicht so.“

Die Themen des Ärztetages im Spiegel der Medien

Zu einer ersten Auseinandersetzung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung kam es gleich zu Beginn des Ärztetages. Der Kassenverband hatte beim Economy and Crime Research Center der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg schon geraume Zeit vor dem Ärztetag ein Gutachten zur Häufigkeit von Prämienzahlungen bei Klinikeinweisungen in Auftrag gegeben. Pünktlich zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages wollte der Kassenverband Ergebnisse präsentieren – wohl um die Medienaufmerksamkeit für sich zu nutzen. Doch waren die Hallenser Wissenschaftler mit ihrer Arbeit noch gar nicht fertig. Um den Termin zu halten, wurde den Journalisten eine sogenannte Kurzfassung der Studie vorgestellt. Das ausgelegte Heftchen war mit seinen zehn Seiten ähnlich dünn wie die Datengrundlage der Arbeit. Gerade einmal 600 niedergelassene Fachärzte, 180 leitende Angestellte von stationären Einrichtungen und 361 nichtärztliche Leistungserbringer wurden am Telefon befragt. Das reichte GKV-Verbandsvorstand Gernot Kiefer jedoch, um mit Verweis auf Aussagen der befragten Ärzte zu sagen: „Fangprämien sind im deutschen Gesundheitswesen keine Ausnahme, sondern gängige Praxis.“

BÄK-Präsident Montgomery wies die Vorwürfe umgehend zurück. „Der Versuch der Krankenkassen, zeitgleich zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages eine Skandalisierung des ärztlichen Berufstandes zu initiieren, ist gleichermaßen platt wie populistisch. Seriös wäre es gewesen, jeden einzelnen Verdachtsfall umgehend der Ärztekammer zu melden, damit diese eine sachliche und fachliche berufsrechtliche Überprüfung und ge-

gebenenfalls ein Berufsgerichtsverfahren einleiten kann“, sagte er in einer Pressemitteilung (22.05.).

Die Kontroverse wurde von den Medien aufgegriffen. „Zuweisung gegen Entgelt sei klipp und klar verboten. Statt platter Polemik sollten die Kassen endlich ‚Ross und Reiter‘ nennen. Aber ihnen gehe es wohl nur um die ‚Diffamierung der Gesamtärzteschaft‘“, zitierte die Tageszeitung „Die Welt“ den Ärztepräsidenten (23.05.). Neben zahlreichen Printmedien thematisierten auch diverse Fernsehbeiträge, unter anderem die ARD Tagesschau, RTL aktuell und n-tv Nachrichten sowie zahlreiche Hörfunkstationen, darunter Radio Bremen und der Mitteldeutsche Rundfunk, die Vorwürfe der Kassen und die Reaktion der Ärzteschaft. Montgomery bezog zudem in einem Interview mit der Nachrichtenagentur dpa Stellung zu den Anschuldigungen: „Die Kassen tun so, als handele es sich beim größten Teil der Krankenhäuser um kriminelle Vereinigungen. Sie übertreiben die Dimension völlig“ (22.05.). Die Neue Osnabrücker Zeitung kommentierte (23.05.): Pauschalverurteilungen und allgemeine Diffamierungen von zu Recht angesehenen Berufsständen sind [...] schädlich und helfen nicht weiter, schon gar nicht den gesetzlichen Krankenversicherungen.“ Differenziert positionierte sich auch die Rheinische Post (23.05.): Es ist das Recht und die Pflicht der gesetzlichen Krankenkassen, darauf zu achten, dass Korruption im Gesundheitswesen nicht gedeihen kann. Der Stil des Spitzenverbandes der Krankenkassen, eine aus Sicht der Ärzte derart anprangernde Studie ausgerechnet zum Auftakt des Ärztetages zu veröffentlichen, ist aber unangemessen.“

Genervt von dem Vorstoß der Kassen zeigten sich auch Politiker. Bundesgesundheitsminister Bahr wurde bereits auf dem Weg zur Eröffnungsveranstaltung in das Nürnberger Staatstheater von Journalisten um Stellungnahme gebeten. Der Nachrichtenagentur dpa sagte er: Die Kassen müssten Verdachtsfällen konkret nachgehen und Konsequenzen ziehen. Eine Studie alleine reiche aber nicht aus. Daten über einen Anstieg solcher Fälle lägen nicht vor. Auch Jens Spahn betonte die Illegalität von Zuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile. Später sagte er aber auch: Es vergifte das Klima, wenn die Kassen pünktlich zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages eine Studie über Fangprämien veröffentlichten, die niedergelassene Ärzte dafür erhielten, dass sie Patienten in bestimmte Krankenhäuser einwiesen. „Das macht mir deutlich Sorgen.“

Dem großen medialen Interesse an der Ärztetagseröffnung tat der Krankenkassenangriff jedoch keinen Abbruch. Neben zahlreichen Hörfunkstationen, darunter Deutschlandradio, WDR 5 und Radio Bremen, berichteten die Teams öffentlich-rechtlicher sowie privater Fernsehsender von der Eröffnungsveranstaltung. Erste Bilder aus Nürnberg waren bereits in der 12.00-Uhr-Sendung der ARD Tagesschau zu sehen (22.05.). Weitere Berichte folgten am selben Tag in den ARD Tagesthemen um 20.00 Uhr und in ZDF heute. Die Nachrichtensendungen der dritten Programme berichteten ebenso über den Ärztetag wie RTL, n-tv, Sat1 und Phoenix. Zudem wurden die Eröffnungsveranstaltung sowie die Plenarsitzungen von der Pressestelle über den Internetdienst „Twitter“ in Echtzeit begleitet. Journalisten und andere Interessierte konnten so die wichtigsten Statements und Beschlüsse in einem Liveticker unmittelbar mitverfolgen.

Ein Highlight des Ärztetages – auch für Journalisten – war ohne Zweifel die engagierte Debatte des Ärzteparlaments mit den gesundheitspolitischen Sprechern von Union und SPD, Jens Spahn und Prof. Dr. Karl Lauterbach, über die künftige Finanzierung des Gesundheitswesens. „Warnung vor der Einheitskasse“, titelte die Süddeutsche Zeitung

(23.05.). „Ärzte warnen vor Bürgerversicherung“, meldete die Nürnberger Zeitung (23.05.). Vielen Delegierten sei die Position des CDU-Gesundheitspolitikers Jens Spahn entgegengekommen. „Er bekennt sich zum dualen System, fordert aber, die Einnahmen zu erhöhen, indem auch Einkunftsarten wie Zinsen, Mieten, Dividenden und Unternehmensgewinne herangezogen werden“, hieß es in dem Bericht. Die Neue Osnabrücker Zeitung schrieb: „Lauterbach warb dagegen für ein einziges System, das für alle Versicherten funktioniert und ausreichend finanziert ist. [...] Ein Wegfall der Privatpatienten dürfe bei der Ärzteschaft zu keinem dramatischen Einbruch der Honorare führen.“ Überzeugen konnte Lauterbach die Mehrheit der Delegierten nicht. Nach der Debatte mit den beiden Gesundheitspolitikern hatte sich der Ärztetag mit großer Mehrheit für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung ausgesprochen.

Neben der Eröffnungsveranstaltung und der Finanzierungsdebatte waren weitere Themenschwerpunkte des Ärztetages von Interesse für die Medien. Unter anderem berichtete die Frankfurter Allgemeine Zeitung über die scharfe Kritik der Ärztetagsdelegierten an der organisierten Sterbehilfe (25.05.). Die ARD Tagesschau, ZDF heute, RTL aktuell und die Tageszeitung „Die Welt“ berichteten über die Diskussion des Ärztetages über das von der Bundesregierung geplante Patientenrechtegesetz. Die Nürnberger Zeitung (25.05.) beschäftigte sich mit der Rolle des Hausarztes in der Patientenversorgung – auch ein Schwerpunktthema des Ärztetages. „Die Hausärzte in Deutschland werden bald unter Artenschutz fallen“, zitierte das Blatt den Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Max Kaplan. „Was witzig klingt, ist äußerst ernst – vor allem für die Patienten, die darunter leiden werden. [...] Eine Möglichkeit, auf die Wünsche der jungen Kollegen nach familienverträglicheren Arbeitszeiten einzugehen, sind die sogenannten kooperativen Versorgungsformen. Wenn sich auf dem Land ausreichend große Gemeinschaftspraxen bilden, ist beispielsweise kein Einzelkämpfer mehr verpflichtet, auch auf dem Land zu wohnen und allzeit erreichbar zu sein“, so die Zeitung weiter. Mit dem Thema Ärztemangel beschäftigten sich auch Beiträge im ARD Morgenmagazin (22.05.) und bei WDR Aktuell (22.05.).

Auf besonders große Resonanz in den Medien stieß die von den Delegierten des Ärztetages abgegebene Nürnberger Erklärung. Die Ärzteschaft entschuldigte sich darin für die während der Zeit des Nationalsozialismus im Namen der Medizin begangenen Verbrechen bei den Opfern und ihren Angehörigen. „Nicht nur die Äußerung an sich, auch der Ort des Ärztetages war von Bedeutung: In Nürnberg fanden regelmäßig Reichsparteitage statt, nach dem Krieg wurde das NS-Unrecht in den Nürnberger Prozessen aufgearbeitet“, schrieb Spiegel online (23.05.). „Ärzteschaft verurteilt NS-Medizin“, titelte die Süddeutsche Zeitung (24.05.). „Die Erklärung widerspricht der These, dass die Verbrechen vor allem auf politischen Druck entstanden: Im Gegensatz zu der noch immer verbreiteten Annahme, ging die Initiative gerade für diese gravierendsten Menschenrechtsverletzungen nicht von den politischen Instanzen, sondern von den Ärzten selbst aus.“

Vorabinformationen für Journalisten

Das persönliche Gespräch mit Journalisten sowie die Zusendung von Hintergrundinformationen im Vorfeld eines medialen Ereignisses wie dem Deutschen Ärztetag ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. So wurden Journalisten von Presse, Rundfunk und Fernsehen auch vor dem 115. Deut-

schen Ärztetag in Nürnberg mit Vorabinformationen gezielt auf die Tagung des Ärzteparlaments vorbereitet; die Themen des Ärztetages wurden darüber hinaus in zahlreichen Einzelgesprächen mit Journalisten erläutert.

Entsprechend umfangreich fiel bereits die Vorberichterstattung in den Medien aus. Schon am 15. Mai titelte die Hannoversche Allgemeine „Ärzte fordern Politik heraus" und informierte über die geplante Diskussion über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Süddeutsche Zeitung schrieb am 19. Mai: „Sicher ist, dass es anders wird als sonst. Das liegt nicht nur alleine an der verordneten Diskussionskultur. Dieser Ärztetag dürfte der erste seit mehr als 15 Jahren sein, der nicht in einer Situation akuter Finanznot im Gesundheitssystem über die Bühne geht." BÄK-Präsident Montgomery thematisierte in Vorabinterviews die Themen des Ärztetages: Veröffentlicht wurden die Äußerungen des BÄK-Präsidenten unter anderem in der Tageszeitung „Die Welt" („Die PKV kann mehr sparen", 10.05.), in der Neuen Osnabrücker Zeitung („Die Anerkennung reicht nicht aus", 19.05.) und im Hamburger Abendblatt („Praxisgebühr zieht Patienten Geld aus der Tasche", 19.05.).

Hintergrundinformationen zum Deutschen Ärztetag

Auch in diesem Jahr wurden wieder Hintergrundinformationen zu Themen des Ärztetages für Journalisten aufbereitet. Drei Spezialausgaben des Informationsdienstes der Bundesärztekammer „BÄKground" konnten zu den Schwerpunktthemen „Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung", „Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen" sowie „Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung" unmittelbar vor Beginn des Ärztetages auf den Internetseiten der Bundesärztekammer abgerufen und für die Vorbereitung auf den Ärztetag genutzt werden.

Die Beschlüsse des Ärzteparlaments wurden zudem in Pressemitteilungen während des Ärztetages zeitnah aufbereitet und den Journalisten sowohl elektronisch als auch in gedruckter Form zur Verfügung gestellt. Zudem fanden Pressekonferenzen mit den Referenten und Experten der Bundesärztekammer statt, in denen die im Plenum diskutierten Tagesordnungspunkte für Journalisten vor- bzw. nachbereitet wurden.

Videoclips vom Deutschen Ärztetag

Wie in den vergangenen Jahren konnten auf der Webseite der Bundesärztekammer wieder eigens produzierte Videobeiträge zum Deutschen Ärztetag abgerufen werden, wovon eine große Zahl von Benutzern Gebrauch machte. Auch über das Internetportal „Youtube" wurden die Videos verbreitet. Eine beauftragte Agentur produzierte in enger Abstimmung mit der Pressestelle zwei Videos, in denen die Eröffnungsreden von BÄK-Präsident Montgomery und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sowie die Diskussionsvorträge von Spahn und Lauterbach zusammengefasst wurden.

11.1.2 Die gesundheitspolitischen und medizinisch-ethischen Top-Themen 2012

Die Gesundheitspolitik hat sich in den vergangenen Jahren als ein zentrales Politikfeld etabliert, das längst nicht mehr nur für Experten aus Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft von Interesse ist. Dies spiegelt sich auch in den in der Pressestelle insbesondere von Publikumsmedien eingehenden Anfragen wider. Folglich war auch die Berichterstattung in den Medien im Jahr 2012 stark von gesundheitspolitischen Themen geprägt. Entsprechend oft war die Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der Ärzteschaft ein gefragter Ansprechpartner der Medien, sowohl für Hintergrundinformationen im Zuge von Recherchen als auch für eine Vielzahl von Statement- und Interviewanfragen in Presse, Rundfunk und Fernsehen.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Zuge des Transplantationsskandals

Am 16. Juni 2012 berichtete die „Süddeutsche Zeitung" erstmals über die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Braunschweig gegen den früheren Leiter der Transplantationschirurgie am Uniklinikum Göttingen. Der Arzt soll Krankenakten gefälscht haben, damit Patienten schneller ein Spenderorgan bekommen konnten. Das Thema wurde zunächst kaum von anderen Medien aufgegriffen. Das änderte sich erst am 20. Juli, nachdem die Süddeutsche Zeitung nachlegte und unter der Überschrift „Leber im Angebot" über eine Sitzung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) in Berlin berichtete. „Was [...] am Montag dieser Woche hinter verschlossenen Türen besprochen wurde, dürfte sich nun zum größten Betrugsfall in der Geschichte der deutschen Transplantationsmedizin ausweiten", schrieb die Süddeutsche Zeitung und gab zudem Äußerungen des Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Hans Lilie, auf der DTG-Tagung wieder: Es sei der schlimmste Vorfall, von dem er in der deutschen Transplantationsmedizin je gehört habe. Die Zeitung berichtete, Ermittlungen hätten ergeben, dass in mindestens 25 Fällen Dialyseprotokolle gefälscht oder frei erfunden und Laborwerte manipuliert worden sein sollen. Lilie betonte, er werde sich dafür stark machen, dass die Bundesärztekammer ihre Richtlinien verschärft. Dabei werde auch an ein Vieraugenprinzip gedacht.

In Folge dieses Berichtes entwickelte sich der zunächst auf Göttingen beschränkte, später auch auf weitere Kliniken ausgeweitete, Transplantationsskandal zum medialen Top-Thema des vergangenen Jahres. Erster Ansprechpartner für Journalisten von Presse, Fernseh- und Hörfunk war die Bundesärztekammer.

In der Hochphase der Skandalberichterstattung gingen in der Pressestelle mehrere Hundert Medienanfragen zu diesem Thema ein. Die Pressestelle erarbeitete gemeinsam mit Prüfungskommission und Überwachungskommission sowie mit der Ständigen Konferenz Organtransplantation (SKO) der Bundesärztekammer Konzepte, Stellungnahmen und Strategien zur Krisen-PR. In ebenso zahlreichen wie intensiven Hintergrundgesprächen mit Politik und Medien wurde über Struktur und Abläufe des Transplantationswesens und mögliche Konsequenzen aus dem Skandal informiert. Dabei stimmte sich die Pressestelle fortwährend mit allen Beteiligten über die einzelnen Maßnahmen zur Krisen-PR ab. In einer Vielzahl von Eilmeldungen hielt die Pressestelle den BÄK-Vorstand, die SKO-Geschäftsführer, die Pressestellen der Ärztekammern, die BÄK-Dezernate sowie die Prüfungskommission und Überwachungskommission und die SKO über die neuesten Ereignisse auf dem Laufenden.

Die Pressestelle vermittelte Interviews und O-Töne von Repräsentanten der Bundesärztekammer und mit Vertretern von Gremien der BÄK. Die mit der Aufklärung der Unregelmäßigkeiten an den Transplantationszentren betrauten Kommission, die Prüfungskommission und die Überwachungskommission, stehen unter gemeinsamer Trägerschaft der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes. Da die Bundesärztekammer die Geschäftsführung dieser Gremien ausübt, koordinierte die Pressestelle die Vielzahl von Medienanfragen zu Prüfungen und Ausmaß der festgestellten Unregelmäßigkeiten in Abstimmung mit den weiteren Trägerorganisationen sowie mit dem zuständigen BÄK-Fachdezernat. Zudem arbeitete sie bei der Beantwortung von Medienanfragen eng mit der Organvermittlungsstelle Eurotransplant im niederländischen Leiden zusammen.

Deren ärztlicher Direktor, Dr. Axel Rahmel, kündigte einen Tag nach dem Bericht in der Süddeutschen Zeitung im ZDF heute journal stärkere Kontrollen für den Fall an, dass sich die Vorwürfe gegen den Arzt bestätigen sollten. „Wenn sich herausstellt, dass die Originalbefunde gefälscht sind oder zumindest die Vermutung existiert, dass diese gefälscht sind, dann muss man sich natürlich neue, andere Methoden einfallen lassen, um das auch zu kontrollieren“, sagte er. Am 24. Juli zog das Universitätsklinikum Göttingen erste Konsequenzen aus dem Skandal. Die Höhe der Ärztegehälter soll fortan nicht mehr an die Zahl der Organtransplantationen gekoppelt sein. Am 27. Juli teilte das Uniklinikum Göttingen mit, dass ein weiterer Arzt in leitender Funktion vom Dienst freigestellt wurde. Der Verdacht, dass der Mann an Manipulationen bei Organtransplantationen beteiligt war, habe sich erhärtet, so das Klinikum. Am Abend desselben Tages wurde bekannt, dass im Göttinger Transplantationsskandal auch wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung ermittelt wird. Es bestehe der Anfangsverdacht, dass durch Manipulationen in der Klinik in Niedersachsen Menschen andernorts gestorben sind, erläuterte die Staatsanwaltschaft Göttingen.

Für eine scharfe Sanktionierung der Manipulationen sprach sich Bundesärztekammer-Präsident Montgomery am 28. Juli in der Passauer Neuen Presse aus. Es müsse gefragt werden, ob die Selbstkontrolle in den Kliniken ausreichend funktioniere. „Es muss geklärt werden, ob bei der Auswahl von Führungspersonal für die Transplantationsmedizin wirklich gewissenhaft gearbeitet wird. Da stehen die Klinikträger in besonderer Verantwortung.“ Straftaten in der Transplantationsmedizin müssten konsequent geahndet werden. „Das sind wirklich schwere Delikte“, erklärte er. Die Überwachungs- und Kontrollgremien der Selbstverwaltung benötigten mehr Kompetenzen.

Am 2. August weitete sich der Skandal aus. An diesem Tag wurde bekannt, dass auch die Staatsanwaltschaft Regensburg wegen möglicher Unregelmäßigkeiten an der dortigen Universitätsklinik ermittelt. Dort war der Göttinger Arzt, der im Mittelpunkt des Skandals steht, zuvor beschäftigt. Das bayerische Wissenschaftsministerium teilte mit, bei einer Überprüfung von 250 Fällen hätten sich 23 Verdachtsfälle in den Jahren 2004 bis 2006 ergeben. Der Direktor der chirurgischen Klinik sei mit sofortiger Wirkung beurlaubt worden.

Einen Tag darauf äußerte sich Montgomery in der Tageszeitung „Die Welt“ zu den Vorfällen in Göttingen und Regensburg: „Ich kann nur darum bitten und appellieren, jetzt nicht die Konsequenz zu ziehen, keine Organe mehr zu spenden.“ Viele Patienten seien dringend auf eine Spende angewiesen, die bekannt gewordenen Manipulationen hätten nichts mit der Notwendigkeit zur Organspende zu tun. Angesichts möglicher Gesetzes-

änderungen bei Organtransplantationen mahnte Montgomery zur Sorgfalt. „Es muss Gesetzesänderungen geben, aber die handwerkliche Qualität dieser Änderungen muss gut sein. Was wir ganz schnell umsetzen können, ist das Vieraugenprinzip, beispielsweise bei Lebertransplantationen". Hinsichtlich denkbarer Sanktionen schlug Montgomery vor, Ärzten, die sich nicht korrekt verhalten, Tätigkeiten wie etwa Transplantationen zu verbieten. Eine staatliche Aufsicht lehnte Montgomery hingegen ab. „Dass zum Beispiel weder das bayerische Wissenschaftsministerium noch die Strafverfolgungsbehörden ein Interesse gezeigt haben, die Unregelmäßigkeiten in Regensburg vor rund sieben Jahren weiter zu verfolgen und zur Gänze aufzuklären, zeigt, dass staatliche Instanzen keine besseren Kontrollen bieten." Stattdessen brauche die Selbstverwaltung mehr Kompetenzen: „Es muss spezielle Prüfer geben, die flächendeckend kontrollieren, aber auch ganze Verläufe von Transplantationen begutachten können. Dafür sind mehr Personal und mehr Geld nötig, darüber müssen wir sprechen."

Am 7. August zog der Transplantationsskandal weitere Kreise. Gestützt auf eine Antwort von Gesundheitsstaatssekretärin Ulrike Flach (FDP) an den Grünen-Gesundheitspolitiker Dr. Harald Terpe von Anfang Juni 2012 berichteten Zeitungen der DuMont-Gruppe (Frankfurter Rundschau, Berliner Zeitung etc.) über einen drastisch gestiegenen Anteil des sogenannten beschleunigten Verfahrens bei Transplantationen. Die Bundesärztekammer und die Vermittlungsagentur Eurotransplant bemühten sich um Aufklärung und informierten in einer gemeinsamen Pressemitteilung (08.09.) ausführlich über die Regelungen zur Organallokation. Zudem verwiesen die Organisationen darauf, dass sich die Arbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer darauf richte, „eine beständige Diskussion über die Ergebnisse und die Entwicklung der Organallokation vor dem Hintergrund der Verteilungsgerechtigkeit zu führen und sie in den Richtlinien niederzulegen". Eingebunden in den Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess zur Richtlinienfeststellung seien sämtliche Institutionen, die in der Organspende und -vermittlung Verantwortung tragen.

Einen Tag später erläuterte BÄK-Präsident Montgomery im dpa-Interview die Hintergründe zum beschleunigten Vergabeverfahren. „Wir haben dieses beschleunigte Vermittlungsverfahren bewusst eingeführt, um die Nutzung zur Verfügung gestellter Organe zu verbessern. Die Organe ‚verschlechtern' sich in ihrer Qualität, weil die Spender älter werden und zunehmend auch Übergewicht oder Vorerkrankungen haben. Deshalb ist es weitgehend normal, dass wir zunehmend mehr Ablehnungen für ein Organ bekommen, weil das Organ einfach nicht zu einem Empfänger passen will. Damit diese Organe nicht komplett verloren gehen, hat man diesen schnellen Vermittlungsweg gewählt."

Als Konsequenz aus dem Transplantationsskandal veranlassten Gesetzgeber und Selbstverwaltungspartner ein ganzes Maßnahmenbündel für mehr Kontrolle und Transparenz in der Transplantationsmedizin. Die Richtung gaben Prüfungskommission und Überwachungskommission, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband der Krankenkassen am 9. August vor. Die Bundesärztekammer hatte die beteiligten Organisationen zu einem Krisentreffen nach Berlin geladen, um über Konsequenzen aus dem Skandal zu beraten. Die große Bedeutung der kurzfristig anberaumten Sondersitzung konnte in den Medien entsprechend kommuniziert werden. „Morgen erster Krisen-Gipfel zur Organ-Vergabe", titelte die Bild-Zeitung (08.09.) und schrieb: „Politiker und Experten wollen nun schnellstmöglich Konsequenzen ziehen! [...] Mont-

gomerys Ziel: ‚Wir wollen das Vieraugenprinzip einführen, bei dem ein unabhängiger Arzt feststellen muss, wie krank der Empfänger wirklich ist, damit die Liste nicht mehr gefälscht werden kann.'"

Über die Ergebnisse des Treffens informierten die Organisationen noch am selben Tag auf einer gemeinsamen Pressekonferenz. Zu der Pressekonferenz waren mehr als 120 Journalisten von Presse, Fernseh- und Hörfunk in den vollbesetzten großen Sitzungssaal der Bundesärztekammer gekommen. Die auf dem Treffen vereinbarte gemeinsame Erklärung der Organisationen beinhaltete neben der bereits Gesetz gewordenen Ausweitung der Kontrollbefugnisse von Prüfungs- und Überwachungskommission unter anderem auch die Einführung des Mehraugenprinzips bei der Anmeldung von Wartelistenpatienten.

Alle großen Nachrichtensendungen, darunter die ARD Tagesschau und ZDF heute, berichteten über das Treffen. „Schärfere Kontrollen sollen Manipulationen eindämmen", titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung (10.08.) und berichtete: „Als Reaktion auf den Skandal um Manipulationen bei der Vergabe von Spenderorganen machen sich Ärzte, Kliniken und Krankenkassen für schärfere Kontrollen stark. Bei der Anmeldung von Patienten für die Warteliste und der Zuteilung von Organen solle künftig ein „Mehraugenprinzip" verankert werden." Unter der Überschrift „Ärzte fordern harte Strafen" gab der Berliner Tagesspiegel Äußerungen von BÄK-Präsident Montgomery wieder: Man wolle sich enger mit staatlichen Ermittlern „verzahnen" und Parlament und Öffentlichkeit regelmäßig Bericht erstatten. „Wir werden alles offenlegen, was datenschutzrechtlich möglich ist." Und bei schwerem ärztlichen Fehlverhalten müssten die zuständigen Institutionen schneller als bisher „das Ruhen oder den Entzug der Approbation" anordnen. In einem Interview mit dem Deutschlandfunk im Nachgang der Pressekonferenz (09.08.) forderte Montgomery mehr Transparenz bei der Organvergabe. „Wir müssen alles offenlegen, was in den kriminellen Machenschaften in Regensburg und Göttingen geschehen ist. Und wir müssen klarstellen, dass die Vorgänge der letzten Tage und das schnelle Vermittlungsverfahren nichts damit zu tun haben, sondern eine gewollte Veränderung sind. Wenn wir das klarmachen können, gibt es auch wieder mehr Vertrauen in das ganze Transplantationsgeschehen. Der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation, Lilie, kündigte im Deutschlandradio (09.08.) an, das Mehraugenprinzip könnte bereits im Herbst in die Richtlinien zur Organtransplantation verankert werden.

Vertreter von Bund, Ländern und den maßgeblichen Akteuren der Transplantationsmedizin griffen diese Ansätze auf und entwickelten weitere Vorschläge bei einem Spitzentreffen am 27. August im Bundesgesundheitsministerium. Der hierbei erarbeitete Maßnahmenkatalog legt die erforderlichen Schritte und Ziele für mehr Kontrolle und Transparenz in der Transplantationsmedizin, unter anderem die Intensivierung der Kontrollen in den Transplantationszentren, Erweiterung der Prüfungskommission und Überwachungskommission durch weitere unabhängige Experten, die Einführung des Mehraugenprinzips und die Schaffung einer Vertrauensstelle, fest. Der Maßnahmenkatalog wurde direkt nach dem Treffen im Rahmen einer Pressekonferenz im Bundesgesundheitsministerium vorgestellt.

Am selben Tag und noch vor der Pressekonferenz im Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte die Pressestelle der Bundesärztekammer in Abstimmung mit den beiden weiteren Trägerorganisationen von Prüfungskommission und Überwachungskommis-

sion, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft, die Jahresberichte der Kommissionen sowie eine anonymisierte Dokumentation von Allokationsauffälligkeiten der Prüfungskommission.

Mit dem Spitzentreffen im BMG und der Veröffentlichung der Jahresberichte sowie der Aufstellung der Allokationsauffälligkeiten war die Berichterstattung über den Transplantationsskandal noch lange nicht beendet, doch wendete sich das mediale Interesse allmählich wieder anderen politischen Themen zu.

Über die erweiterten Kontrollmöglichkeiten von Prüfungskommission und Überwachungskommission sowie über die vorgenommenen Richtlinienänderungen berichtete die Dezemberausgabe des Informationsdienstes der Bundesärztekammer, „BÄK-ground", in einem Überblicksartikel.

Keine große Gesundheitsreform – dafür gesundheitspolitische Kernarbeit

In der Gesundheitspolitik vergeht kaum ein Jahr, in dem nicht eine große Gesundheitsreform geplant oder beschlossen wird. Insofern war 2012 eine Ausnahme. Das Bundesgesundheitsministerium brachte zwar die Pflegereform auf den Weg, hielt sich aber mit großen gesetzgeberischen Initiativen im Bereich des Sozialgesetzbuches (SGB) V zurück.

Viel zu tun gab es für die Selbstverwaltung in Bund und Ländern dennoch. Zu Jahresbeginn trat das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) zur Bekämpfung des Ärztemangels in Kraft. Für viele darin angelegte Neuerungen, wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung oder die vorgesehene Reform der ärztlichen Bedarfsplanung, hat der Gesetzgeber lediglich Aufträge an die Selbstverwaltung vergeben. Diese werden sukzessive abgearbeitet und 2013 von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene umgesetzt. Ebenfalls im Aufbau befindlich sind die im Gesetz vorgesehenen optionalen Landesgremien nach § 90a SGB V. Die Ärztekammern haben früh signalisiert, dass sie ihre Expertise, insbesondere bei der ärztlichen Weiterbildung, der Qualitätssicherung, der Sicherstellung des Notfalldienstes und der Berufsaufsicht, in die Arbeit der Planungsgremien mit einbringen wollen. Im Jahresverlauf zeichnete sich ab, dass immer mehr Bundesländer diese Kompetenzen der Ärztekammern in die Versorgungplanung mit einbeziehen, was auch unerlässlich ist, wenn man zu einer wirklich bedarfsgerechten und sektorenübergreifenden Versorgungsplanung kommen will.

Ärzte schalten sich in Finanzierungsdebatte ein

Die gesundheitspolitische Agenda der Ärzteschaft für das Jahr 2012 ging jedoch weit über die „Abarbeitung" der mit dem Versorgungsstrukturgesetz auf den Weg gebrachten Neuregelungen hinaus. Wichtige Impulse setzte die Ärzteschaft insbesondere in der Diskussion über die künftige Finanzierung des Gesundheitswesens. Bereits auf ihrer Neujahrspressekonferenz (11.01.) schaltete sich die BÄK in die Finanzierungsdebatte ein, die auf dem Deutschen Ärztetag in Nürnberg ihren vorläufigen Höhepunkt erreichen sollte.

„Ärztepräsident will neues Konzept für Krankenkassen", titelte die Tageszeitung „Die Welt" (12.01.). Die Finanzierung des Gesundheitssystems müsse aus Sicht der Ärzte um-

gekrempelt werden. Die Geldströme müssten weniger konjunkturabhängig werden und mehr auf die demografische Veränderung reagieren, forderte der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery. Die von der SPD dazu vorgeschlagene Bürgerversicherung hält er für eine „Turbozündung in die Zweiklassenmedizin." Der Vorschlag sei gut gemeint, aber schlecht gedacht. Die ersten Schritte der Regierungskoalition zur Prämienfinanzierung seien dagegen zwar begrüßenswert, reichten aber auch noch lange nicht aus, um die Gesundheitsversorgung krisenfest zu machen, gab das Blatt den BÄK-Präsidenten wieder.

Nachdem im März auch innerhalb der Regierungskoalition Diskussionen über die Einrichtung eines einheitlichen Versicherungsmarktes nach niederländischem Vorbild aufgekommen waren, appellierte die BÄK in einer Pressemitteilung (15.03.) an die Politik, „die private Krankenversicherung im Interesse eines langfristig funktionsfähigen und finanzierbaren Gesundheitswesens nachhaltig zu stärken". Die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zähle zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems. Die Nachteile staatlicher Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin seien in der Vergangenheit gerade durch das Zweisäulensystem vermieden worden, hieß es in der Mitteilung. Zuvor hatte der gesundheitspolitische Sprecher von CDU und CSU, Jens Spahn, in einem Interview mit der Tageszeitung „Die Welt" erstmals die private Krankenversicherung in ihrer heutigen Form infrage gestellt. „Dass nur Selbstständige, Beamte und Gutverdiener sich privat versichern können, lässt sich nur noch historisch begründen", sagte er. Diese Trennung sei nicht mehr zeitgemäß.

Im Interview mit der „Welt" (10.05.) warnte Montgomery die Politik erneut, das duale System infrage zu stellen. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV sei notwendig, um die Qualität des jetzigen Gesundheitssystems trotz schwindender Ressourcen zu erhalten. „Dieser Wettbewerb garantiert einen umfangreichen Katalog an Leistungen, von denen letztlich alle Patienten profitieren." Viele neue Formen der Diagnostik und der Therapie gäbe es ohne die private Krankenversicherung nicht. „Die PKV genehmigt sie schnell und setzt die Krankenkassen damit in der Regel unter Zugzwang, mit dem Ergebnis, dass sie folgen und alle Patienten von Innovationen profitieren können." Montgomery sagte in dem Interview aber auch, es sei dramatisch, dass die PKV etwa 2,7 Milliarden Euro pro Jahr für Maklerprovisionen ausgebe. „Das ist immerhin halb so viel, wie sie für die Leistung von uns Ärzten ausgibt. Das ist viel Geld. Hier muss die PKV sparen."

In einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt (18.05.) wies Montgomery darauf hin, dass sich der Deutsche Ärztetag eingehend mit Finanzierungsfragen der Krankenversicherung befassen und die unterschiedlichen Konzepte mit den gesundheitspolitischen Sprechen von Union und SPD diskutieren werde. „Am Ende wird sich der Ärztetag, davon bin ich überzeugt, klar und konsequent zu einem dualen Krankenversicherungssystem bekennen, wie wir es heute haben. Dieses System sollten wir festigen."

Tatsächlich sprach sich der Ärztetag für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems aus. In einer Pressemitteilung informierte die Pressestelle über den Beschluss des Ärzteparlamentes, der unter anderem ein eigenes Finanzierungskonzept der Ärzteschaft bis 2013 vorsieht. Dieses soll den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit gerecht werden und die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten.

BÄK wehrt sich gegen „Ärzte-Bashing“ der Krankenkassen

„Eiszeit – mitten im Sommer“, titelte der Informationsdienst der Bundesärztekammer im Juli 2012 und spielte damit auf das unterkühlte Verhältnis von Ärzteschaft und gesetzlicher Krankenversicherung an, das im Sommer den Gefrierpunkt erreichte. Was war geschehen? Auf Grundlage von Auftragsgutachten und fragwürdiger Interpretationen der Studienergebnisse haben die gesetzlichen Krankenkassen fast das gesamte Jahr über Stimmung gegen Ärztinnen und Ärzte gemacht. Am augenfälligsten wurde dies – wie oben beschrieben – mit der Vorstellung der sogenannten Fangprämienstudie zeitgleich zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages.

„Wir betrachten mit großer Sorge, wie die gesetzlichen Krankenkassen mit vielen ungerechtfertigten Vorwürfen Kampagnen gegen die Ärzte machen. Sie versuchen, eine Stimmung zu erzeugen, dass die gesamte Ärzteschaft mafiös sei“, beklagte Montgomery in einem Interview mit der Rheinischen Post (09.07.) Die Gründe für die fortwährenden Kassenattacken sind offenkundig. So wurden die Betrugs- und Korruptionsvorwürfe, wie sie auch die Fangprämienstudie untermauern sollte, vor dem lange erwarteten Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes (BGH) zu Bestechlichkeit von Ärzten besonders laut. Die Richter hatten darüber zu entscheiden, ob Vertragsärzte rechtlich als Beauftragte der Krankenkassen gelten und man sie somit strafrechtlich wegen Bestechlichkeit belangen kann. Bevor das Gericht dies in einem aufsehenerregenden Urteil Ende Juni verneinte, ließen die Kassen nichts unversucht, um Stimmung gegen die Ärzteschaft zu machen. Dabei ging es ihnen wohl nicht nur um die Frage der strafrechtlichen Ahndung von ärztlichem Fehlverhalten. Vielmehr wäre der Einfluss der Kassen auf die freiberuflich ärztliche Tätigkeit bei einem anders lautenden Urteil enorm gestiegen. Ärzte wären dann gezwungen gewesen, bei jedem Rezept, jeder Therapieentscheidung, jeder Arbeitsunfähigkeit und jeder Überweisung die Interessen der Patienten gegenüber denen der Krankenkassen abzuwägen.

Mit dem BGH-Urteil konnten sich die Kassen schließlich auch nicht abfinden und polemisierten in der Presse weiter gegen die Ärzteschaft. Dabei sollte offensichtlich der Eindruck erweckt werden, Vertragsärzte dürften sich nach dem Richterspruch von Pharmafirmen bestechen lassen. So meldete das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ (25.06.): „Ärzte dürfen weiterhin Schmiergeld kassieren“. Dem widersprach BÄK-Präsident Montgomery in einem Leserbrief an das Magazin (09.07.) und stellte klar, „die Berufsordnung verbietet die Annahme von Geschenken. Sie wird also berufsrechtlich sanktioniert und kann zu empfindlichen Strafen führen. [...] Auch erwähnen Sie nicht die Regelungen im Leistungsrecht des Sozialgesetzbuches V, die die Rechtswidrigkeit der Entgegennahme von Geschenken oder Zahlungen feststellen.“ Mitnichten dürfe der Arzt Geschenke von Pharmafirmen entgegen nehmen, erklärte Montgomery auch im Deutschlandfunk (26.06.). Nach dem ärztlichen Berufsrecht machten sich Ärzte dadurch berufsunwürdig. Dies könne bis zum Verlust der Approbation führen. Auch das sogenannte Kassenarztrecht verbiete solche Vorteilsnahmen. „Und das ist auch gut so.“

Trotzdem legten die Kassen nach und präsentierten ein weiteres Auftragsgutachten zur Mengenentwicklung in der stationären Versorgung. Danach sollen Kliniken in den letzten Jahren zusätzliche Leistungen vor allem aus finanziellen Gründen erbracht haben. Zahlreiche Medien griffen das Thema auf. Es entstand der Eindruck, Ärzte würden im großen Stil Patienten unnötig und nur des Geldes wegen unters Messer legen. Als Konsequenz schlugen die Krankenkassen vor, Zertifikate für Krankenhausoperationen ein-

zuführen. Nach Vorstellung der Kassen sollen Kliniken, die die vereinbarten Leistungsmengen nicht ausschöpfen, OP-Rechte verkaufen können. Gegenüber dem Handelsblatt (01.08.) nannte Montgomery den Kassenvorstoß eine „perverse Idee". Solche Zertifikate seien eine ethisch nicht mehr vertretbare Ökonomisierung des Gesundheitssystems, in dem es bisher nur Geld für Leistungen gebe. Ein Handel mit Zertifikaten würde aber Kliniken Geld einbringen, ohne etwas geleistet zu haben. Kliniken müssten sich dann das Recht erkaufen, Patienten mit einer OP zu helfen. Zudem warnte Montgomery davor, den starken Anstieg bei Hüft- und Knie-OPs vorschnell als unnötige Operationen zu verurteilen. Stattdessen forderte er die Kassen auf, „erst einmal gemeinsam mit uns Ärzten sauber zu analysieren, ob tatsächlich in Deutschland zu viel operiert wird."

Rückendeckung bekam die Bundesärztekammer dabei von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Sie betonte in einer Stellungnahme, dass die Versorgung mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken in Deutschland nicht häufiger geschehe als im internationalen Vergleich. Die DGOOC bezog sich dabei auf den in Kooperation mit der AOK erstellten „Versorgungsatlas", der die Versorgungshäufigkeit von Hüft- und Knieendoprothetik auf Länder- und Kreisebene analysiert. „Seit 2008 ist kaum noch eine Zunahme der Operationshäufigkeit festzustellen. Nach offiziellen Daten (Externe Stationäre Qualitätssicherung ESQS) ist sowohl bei der Hüft- als auch bei der Knieendoprothetik von 2009 auf 2010 sogar ein Rückgang von 0,5 beziehungsweise ein Prozent zu beobachten", heißt es in der Stellungnahme. Hinzufügen lassen sich falsche politische Weichenstellungen, wie die auch von den Krankenkassen unterstützte Mindestmengenregelung. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, erklärte in einer Internetmeldung der Pressestelle (18.06.): Die meisten Kliniken versuchten, diese Mindestmengenziele zu erreichen. „Dadurch ergibt sich zwangsläufig eine Mengenausweitung."

Zwar blieben die Attacken der Kassen von der Ärzteschaft nicht unwidersprochen – in schnellen Reaktionen wurden die Fakten in den Medien richtig gestellt und die politischen Hintergründe offen gelegt. Der durch Diffamierungen angerichtete Flurschaden ist dennoch immens. „Durch das fortgesetzte politische Ärzte-Bashing wird das Grundvertrauen der Menschen in das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig zerstört", warnte Montgomery im Informationsdienst der BÄK. Er forderte das Bundesgesundheitsministerium auf, den Krankenkassen, immerhin Körperschaften des öffentlichen Rechts, „die fortgesetzte gezielte Desinformation der Versicherten zu untersagen".

BÄK unterstützt KBV im Honorarstreit

Die Kampagnenführung der Krankenkassen, das ist offensichtlich, folgt einem immer gleichen Muster. Im Vorfeld wichtiger politischer oder juristischer Entscheidungen werden Auftragsgutachten präsentiert, mit deren oft fragwürdigen Ergebnissen die öffentliche Meinungsbildung in gewünschter Weise beeinflusst werden soll. So war es 2011, als die Kassen den Ärzten während der parlamentarischen Beratungen zum Versorgungsstrukturgesetz vorwarfen, sie würden zu wenig arbeiten. So war es (wie oben beschrieben) im vergangenen Jahr, als die Kassen kurz vor dem Korruptionsurteil des BGH ihre noch nicht fertige Fangprämienstudie präsentierten. Und so war es im letzten Frühjahr bei der Vorstellung der Kassenstudie zur Mengenausweitung – kurz vor der Verabschiedung eines sogenannten Omnibusgesetzes, bei dem ursprünglich Vorschläge zur Mengenbegrenzung im Krankenhaus mitgeregelt werden sollten.

Da verwundert es nicht, dass der GKV-Spitzenverband auch im Vorfeld der Honorarverhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf das bekannte Prozedere zurückgriff. Pünktlich vor Verhandlungsbeginn legten die Kassen ein bei der Prognos AG beauftragtes Gutachten vor, nach dem die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte überbezahlt sein sollen. Statt 2013 mehr für die ambulante Versorgung auszugeben, wollten die Krankenkassen knapp 2,2 Milliarden Euro weniger zahlen. Die KBV hingegen hatte einen Ausgleich von 3,5 Milliarden Euro gefordert. Dieser Betrag sei notwendig, allein um die gestiegenen Betriebskosten und die Inflation seit 2008 auszugleichen.

Die daraufhin vom erweiterten Bewertungsausschuss gegen den Willen der KBV beschlossene Anpassung des Orientierungspunktwertes um gerade einmal 0,9 Prozent hatte bei der Ärzteschaft zu einem Sturm der Entrüstung geführt. Zahlreiche Ärzteverbände hatten den Krankenkassen ein Ultimatum gestellt, den Beschluss nachzubessern. Andernfalls drohten sie mit Praxisschließungen.

„In der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen geht es längst nicht mehr nur um die Höhe des Orientierungswertes bei den Arzthonoraren. Es geht um grundsätzliche Fragen der ärztlichen Berufsausübung", sagte BÄK-Präsident Montgomery am 1. September in einem Grußwort vor der Sondervertreterversammlung der KBV in Berlin. In einer von der BÄK-Pressestelle am selben Tag verbreiteten Pressemitteilung heißt es weiter: Mit seinen fortwährenden Angriffen und Verunglimpfungen desavouiere der Kassenverband alle Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern. „Wir müssen diesen Kampf deshalb gemeinsam ausfechten und unsere berufliche Würde verteidigen. Die 140.000 Vertragsärzte können sich der Solidarität und Unterstützung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sicher sein."

Gegenüber der Stuttgarter Zeitung (07.09.) forderte Montgomery, die Machtfülle des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschneiden. „Durch die Gesetzgebung der letzten Jahre ist die Macht des GKV-Spitzenverbandes extrem gestärkt worden. Er hat mehr und mehr den Realitätsbezug zur Patientenversorgung verloren und ist zu einem reinen Bürokratiegremium verkommen." Die Lage im Honorarstreit sei ähnlich aufgeheizt wie beim Krankenhausstreik von 2005. Den Ruhr Nachrichten (04.09.) sagte Montgomery: Die Vertragsärzte hätten zwei Nullrunden hinter sich. Die letzte Steigerung habe es 2009 gegeben. „Deshalb bezieht sich die Forderung nach elf Prozent auf einen Zeitraum von drei Jahren." Damit würde lediglich die Kostensteigerung bei den Praxisausgaben für Miete und Gehälter abgefangen. „Ich fordere die Krankenkassen auf, wieder Verhandlungsfähigkeit zu zeigen und ein neues und höheres Angebot vorzulegen. Dann sitzen wieder alle an einem Tisch und der Konflikt könnte schnell entschärft werden", sagte Montgomery der „Welt" (07.09.2012).

Vor dem Hintergrund der von Ärzteverbänden angedrohten Praxisschließungen gelang Anfang Oktober schließlich ein Verhandlungskompromiss, der eine moderate Erhöhung des Orientierungswertes, dafür aber auch die extrabudgetäre Vergütung der Psychotherapie in einem Umfang von immerhin 250 Millionen Euro vorsah.

Ärzte mit Patientenrechtegesetz im Wesentlichen zufrieden

Grundsätzlich positiv bewertete die Bundesärztekammer das Ende 2012 vom Bundestag verabschiedete Patientenrechtegesetz der Bundesregierung. Bereits im Januar, als die Koalition einen ersten Entwurf für das Gesetz vorgelegt hatte, zeigte sich BÄK-Präsident Montgomery zufrieden. „Der Gesetzentwurf entspricht im Wesentlichen dem, was wir mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung abgesprochen haben, und ist eine Kodifizierung des bisherigen Rechtes", sagte Montgomery dem Deutschen Ärzteblatt (17.01.).

Am 23. Mai, während des Deutschen Ärztetages in Nürnberg, hatte das Bundeskabinett das Patientenrechtegesetz verabschiedet. Die Delegierten des Ärztetages begrüßten das Gesetz im Grundsatz, warnten aber vor unnötiger Bürokratie. „Im Vordergrund muss die Behandlung der Patientinnen und Patienten und nicht die Dokumentation aller vor, während und nach der Behandlung veranlassten Maßnahmen stehen. Ausufernde Dokumentation bindet wertvolle Zeit, die primär für die Behandlung genutzt werden sollte", zitierte die BÄK-Pressestelle die Entschließung des Ärztetages in einer Pressemitteilung (23.05.). Wenige Wochen später präzisierte Montgomery die Position der Ärzteschaft auf einer gesundheitspolitischen Veranstaltung im Rahmen des Hauptstadtkongresses in Berlin, über die die Pressestelle in einer Meldung auf der BÄK-Homepage berichtete (16.06.): „Es ist unerträglich, dass schwer kranke Patienten mitunter Wochen und Monate auf die Bewilligung einer Leistung durch ihre Kasse warten müssen. Deshalb ist es richtig, dass das geplante Patientenrechtegesetz die Kassen durch finanzielle Sanktionen zu einer schnellen Bearbeitung von Patientenanträgen zwingt. Eigentlich müssten die Regelungen sogar noch verschärft werden." Im Informationsdienst der Bundesärztekammer, „BÄKground", ergänzte Montgomery (12.12.): „Wir haben ein großes Interesse daran, dass die Patientenrechte eindeutig, klar und in einem ausgewogenen Verhältnis der jeweils agierenden Parteien – Ärzte, Kostenträger, Politik und Patienten – geregelt werden." Das Patientenrechtegesetz soll im ersten Quartal 2013 in Kraft treten.

Die Welt: „Ärzte wollen keine Prämien mehr"

Ein weiteres gesundheitspolitisches Dauerthema 2012 war die Debatte über fragwürdige Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen. Am 6. Februar berichtete die Frankfurter Rundschau über Ergebnisse einer Untersuchung der Unternehmensberatung Kienbaum, nach der in jedem zweiten neu abgeschlossenen Chefarztvertrag zusätzlich zu einer Grundvergütung Bonuszahlungen vereinbart werden. Seit Anfang der 90er-Jahre habe sich die Verbreitung von Bonusvereinbarungen von etwa fünf Prozent auf inzwischen fast 45 Prozent der Verträge erhöht, so der Bericht. Die Bundesärztekammer bezeichnete in dem FR-Bericht diese Verträge als „höchst bedenklich". Sie verstießen gegen das ärztliche Berufsethos und würden „Risiken für die Patientenversorgung" bergen. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, sagte in dem Bericht: „Mit diesen Verträgen zählt nicht mehr der medizinische Erfolg der Chefärzte, sondern der ökonomische." Gegenüber MDR INFO (06.02.) bezeichnete Montgomery Bonusvereinbarungen als gefährlich. Ärzte würden belohnt, wenn teure Behandlungen unterblieben, um für das Krankenhaus Gewinn zu erzielen. Das wolle die Bundesärztekammer nicht. „Der Arzt ist in erster Linie dem Patienten verpflichtet." Auch der Deutsche Ärztetag in Nürnberg zeigte sich besorgt über die Zunahme von Chefarztverträgen mit varia-

blen Einkommensbestandteilen, die an das Erreichen wirtschaftlicher Ziele gekoppelt sind. Derartige Vertragsmuster, wie das der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), seien abzulehnen, beschied der Ärztetag.

Erneut in den Fokus der Öffentlichkeit rückte das Thema im Sommer, als mit dem Göttinger Transplantationsskandal auch die Bonusregelungen in die Schlagzeilen gerieten. 1.500 Euro extra soll der beschuldigte Göttinger Arzt nach Medienberichten für jede transplantierte Leber erhalten haben. Aus Sicht der Kommentatoren haben solche Fehlanreize mit zu den mutmaßlichen Manipulationen bei der Organvergabe beigetragen. Die DKG bemühte sich um Schadensbegrenzung und versuchte in der aufgeheizten Situation gar nicht erst, die Bonusverträge zu verteidigen. So empfahl die DKG den Kliniken Anfang August eine Abkehr von der umstrittenen Vergütungspraktik. In einem Rundschreiben vom 4. September betonte sie, das sich die Transplantationsmedizin für Zielvereinbarungen, die Boni für das Erreichen von vereinbarten Fallzahlen vorsehen, nicht eignet.

Der Vorsitzende der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer und erste Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolph Henke, bezeichnete die Ankündigungen der DKG im Interview mit der Berliner Zeitung (01.08.) als viel zu unkonkret. „Das klingt doch sehr nach ‚Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass´. Wenn DKG-Präsident Alfred Dänzer es ernst meint mit einer Abkehr von falschen variablen Vergütungsbestandteilen, sollte er mit dem Marburger Bund und der Bundesärztekammer in eine Diskussion über eine grundlegende Überarbeitung der Musterverträge für Chefärzte eintreten und die falschen Anreize beseitigen.“ Dies tat er nicht. Vielmehr vollzog er eine Rolle rückwärts: In einem offenen Brief an BÄK-Präsident Montgomery, der am 13. November auf der Homepage der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht wurde, verteidigte Dänzer Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen vehement. „Wir meinen, dass der Präsident der Bundesärztekammer weder über die Krankenhausärzte noch über die niedergelassenen Ärzte den Anschein einer vergütungsdeterminierten Medizin in den Raum stellen darf. Die derzeitige kritische Medienberichterstattung über die medizinische Leistungsentwicklung wird hierdurch unnötigerweise angeheizt“, so Dänzer.

Dem offenen Brief vorausgegangen war eine Pressemitteilung der Bundesärztekammer (02.11.), in der die BÄK die Einrichtung einer Kontaktstelle für Chefarztverträge bekannt gab. Ärztinnen und Ärzte können sich an diese Kontaktstelle wenden und in Anbahnung befindliche Verträge mit entsprechenden Passagen melden. Fragwürdige Vertragsinhalte werden in der Kontaktstelle dokumentiert. „Wir behalten uns vor, unsere Prüfungsergebnisse bei rechtlich oder ethisch-moralisch besonders kritischen Fällen auch zu veröffentlichen“, sagte Montgomery. Die Ärztezeitung griff die Pressemitteilung auf und titelte „BÄK plant Pranger für Chefarztverträge“ (02.11.).

Im Spätherbst hat sich auch die Regierungskoalition des Themas angenommen. Am 20. November legte die Unionsfraktion im Bundestag eine Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag zum Patientenrechtegesetz vor, der eine verpflichtende Offenlegung der Bonusvereinbarungen durch die Krankenhäuser vorsah. Krankenhäuser sollten in ihren Qualitätsberichten darlegen, ob und in welcher Form sie Bonusvereinbarungen mit den ärztlichen Beschäftigten getroffen haben, die die fachliche Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gefährden könnten. Der Antrag scheiterte, weil sich Union und FDP nicht abschließend einigen konnten. Das Thema war aber nur aufgeschoben, nicht aufgehoben.

Anfang 2013 haben sich die Regierungspartner in Sachen „Chefarztboni“ zusammengerauft. So soll die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer bis spätestens zum 30. April 2013 Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abgeben, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. Mit Hilfe eines zweiten Änderungsantrags zum sogenannten Krebsregistergesetz soll zudem die Transparenz leistungsbezogener Zielvereinbarungen erhöht werden. Danach soll der im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichende strukturierte Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser auch eine Erklärung darüber ausweisen, ob das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen einhält. Liegen die Empfehlungen der DKG nicht vor oder erklärt das Krankenhaus, sich nicht an die Empfehlungen zu halten, muss es zudem darüber informieren, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden.

Praxisgebühr im „Orkus der Geschichte“

Kaum eine gesundheitspolitische Entscheidung der letzten Jahre hat die Gemüter der breiten Öffentlichkeit so sehr erhitzt wie die Einführung der Praxisgebühr 2004. Patienten und Ärzte kritisierten die Zwangsabgabe in den Praxen seit jeher als sozial ungerecht und viel zu bürokratisch. Zu Jahresbeginn bekräftigte BÄK-Präsident Montgomery seine ablehnende Haltung. Im Interview mit dem Nachrichtenmagazin Focus (09.01.) sagte er: „Die Praxisgebühr vergiftet das Verhältnis von Ärzten und Patienten, verursacht immense Bürokratiekosten und hat nicht den geringsten Steuerungseffekt gebracht. [...] Die Praxisgebühr hat ihre Untauglichkeit bewiesen. Man sollte sie in den Orkus der Geschichte schmeißen.“ Auch der Deutsche Ärztetag hatte die Praxisgebühr immer wieder scharf kritisiert. Zuletzt forderte der Deutsche Ärztetag in Nürnberg, die Gebühr entweder abzuschaffen oder „durch eine sinnvolle Form“ der Eigenbeteiligung zu ersetzen. Dabei sei neben dem Aspekt einer sozial verträglichen Steuerungswirkung vor allem der Abbau überflüssiger Bürokratie zu berücksichtigen.

Dass Schwarz-Gelb im Herbst tatsächlich das Ende der Praxisgebühr beschlossen hat, war allerdings nur zum Teil sachlich-fachlichen Erwägungen geschuldet. Vielmehr wurde die Praxisgebühr zur Verhandlungsmasse im koalitionsinternen Streit um die Einführung des Betreuungsgeldes. Die FDP trug die von der CSU geforderte Einführung des Betreuungsgeldes mit, und die Union sperrte sich nicht länger gegen die von den Liberalen geforderte Streichung der Praxisgebühr.

In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (06.11.) begrüßte Montgomery das Aus für die Zwangsabgabe in den Praxen. Die Gebühr sei ein Ärgernis für Patienten und Ärzte, sagte er in der „Welt“ (06.11.). In der Rheinischen Post (10.11.) betonte er, „die Praxisgebühr war von Anfang an eine Fehlkonstruktion und hat keine der an sie gerichteten Erwartungen erfüllt.“ Er wies aber auch auf die Notwendigkeit sinnvoller Selbstbeteiligungsregelungen hin. Auf Dauer werde man um neue Steuerungsinstrumente nicht herumkommen. „Wir wünschen uns als Ärzteschaft ein Steuerungsinstrument über finanzielle Eigenbeteiligung, um überflüssige Arztbesuche zu vermeiden.“

11.1.3 Medizinisch-ethische Themen von besonderem Interesse

Medizinisch-ethische Themen waren auch 2012 von besonderem Interesse für die Medien. Dies spiegelte sich in einer Vielzahl von Anfragen wider, die in der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft eingingen. Im Fokus standen dabei insbesondere die Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG), die konkrete Umsetzung der im Jahr zuvor vom Deutschen Bundestag beschlossenen gesetzlichen Regelung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) sowie das geplante Gesetz der Koalition zum Verbot der gewerbsmäßigen Sterbehilfe.

Organspende: Entscheidung für Entscheidungslösung

„Es ist eine gute Nachricht für die rund 12.000 Patientinnen und Patienten, die derzeit dringend auf ein Spenderorgan warten, dass der Gesetzgeber mit einer von allen Fraktionen getragenen Initiative die Spendebereitschaft in Deutschland erhöhen will." Mit diesen Worten zitierte die Pressestelle BÄK-Präsident Montgomery in einer Pressemitteilung anlässlich der ersten Bundestagslesung des Gesetzentwurfs für eine sogenannte Entscheidungslösung für die Organspende (22.03.). Angesichts des großen Bedarfs an Spenderorganen sei es unerlässlich, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, regelmäßig nachgefragt werde. Ebenso wichtig sei es, dass eine Entscheidung zur Organspende absolut freiwillig bleiben soll, sagte der BÄK-Präsident.

Die Pläne des Gesetzgebers deckten sich in vielen Punkten mit den Vorschlägen der Bundesärztekammer. Diese hatte 2011 ein „Modell einer Selbstbestimmungslösung zur Einwilligung in die Organ- und Gewebespende" erarbeitet und der Politik zugeleitet. Mit Blick auf die vielfältigen Regelungsvorschläge in dem BÄK-Modell wies Montgomery darauf hin, dass die regelmäßige Abfrage der Spendebereitschaft allein nicht ausreichend sei, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Insofern sei die Initiative des Gesetzgebers eine wichtige Grundlage für weitergehende Schritte.

Ende Mai stimmte der Bundestag dem Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz zu. Bereits zum 1. August trat zudem das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes in Kraft. Mit ihm wird vorrangig die europäische Transplantationsrichtlinie (2010/53/EU) in deutsches Recht umgesetzt. Ziel dabei ist es, einheitliche Standards für die Qualität und Sicherheit der Organtransplantation in Europa zu schaffen. So konkretisiert das aktuelle Gesetz die Anforderungen an die Entnahmekrankenhäuser und die Transplantationszentren sowie die Aufgaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO).

Der im Sommer bekannt gewordene Transplantationsskandal bedeutete jedoch einen herben Rückschlag für die Bemühungen von Politik und Selbstverwaltung um mehr Spenderorgane. Im Interview mit dem WDR 2 betonte Montgomery (01.08.), dass das Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes und der Transplantationsskandal getrennt voneinander zu sehen seien. Das Gesetz sei zu einer Zeit auf den Weg gebracht worden, als der Skandal noch gar nicht bekannt gewesen war. Er begrüßte das Gesetz, da die Transplantationsbeauftragten künftig den Ablauf der Vorgänge erleichtern und verbessern würden. „Die Bevölkerung wird besser aufgeklärt und die Angehörigen von Spendern mehr mit einbezogen", erklärte er.

Kritik an Verordnungsentwurf zur Präimplantationsdiagnostik

Im Gegensatz zur Novelle des Transplantationsgesetzes stieß der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf für eine Verordnung über die rechtmäßige Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID) auf scharfe Kritik bei der Ärzteschaft.

Zum Hintergrund: Der Gesetzgeber hatte im Dezember 2011 beschlossen, dass die PID in bestimmten Fällen nicht rechtswidrig ist. Die Neuregelungen können aber erst umgesetzt werden, wenn die Bundesregierung die konkreten Ausführungsbestimmungen in Form einer Rechtsverordnung vorgibt. Im Juli 2012 hatte das Bundesgesundheitsministerium einen ersten Verordnungsentwurf vorgelegt, zu dem die Bundesärztekammer kritisch Stellung bezogen hat. Im November 2012 hat das Bundeskabinett den nur geringfügig geänderten Verordnungsentwurf beschlossen. Diesem muss aber noch der Bundesrat zustimmen.

Im Interview mit der WAZ-Gruppe (11.08.) bezeichnete Montgomery den Entwurf als „ausgesprochen schwach und unausgegoren". Hier müsse noch sehr viel nachgebessert werden. „Wir brauchen eine Obergrenze für die Anzahl der PID-Zentren in Deutschland." In Frankreich gebe es jeweils ein Zentrum im Norden, eines in der Mitte und eines im Süden des Landes. Daran solle man sich orientieren. „Denkbar wäre auch eine Beschränkung für die Anzahl der PIDs, die ein Zentrum durchführen darf", schlug Montgomery vor.

In einer Stellungnahme konkretisierte die BÄK ihre Kritik an dem Entwurf. Die Stellungnahme sowie eine zusammenfassende Meldung der Pressestelle wurden auf der Internetseite der BÄK eingestellt (22.08.) und ausgewählten Redaktionen zugeleitet. Unter anderem berichtete die Ärzte Zeitung über die Stellungnahme: „In dem Entwurf vermisst die BÄK bundeseinheitliche Maßstäbe für die geplanten Ethik-Kommissionen, die bei den Landesärztekammern angesiedelt werden sollten. Einheitliche Kriterien seien nötig, um einen ‚Kommissionstourismus' im Falle eines negativen Bescheids für ein Paar zu vermeiden." Weitere Medien griffen die Stellungnahme auf. So verlinkte Spiegel online unter einem Bericht zur PID direkt auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer.

Ärzte fordern Verbot von Sterbehilfeorganisationen

Nahmen 2011 die auf dem Kieler Ärztetag vorgenommenen Änderungen in der (Muster-) Berufsordnung (MBO) zum Umgang mit Sterbenden breiten Raum in der Berichterstattung der Medien ein, bestimmte 2012 die Diskussion über ein Verbot der organisierten Sterbehilfe die Schlagzeilen. Anfang März hatte der Koalitionsausschuss beschlossen, dass Geschäfte mit der Sterbehilfe verboten werden sollen. Dazu soll ein neuer Tatbestand im Strafgesetzbuch geschaffen werden, der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. „Die Angst der Menschen vor Krankheit und Schmerzen darf von sogenannten Sterbehilfevereinen nicht weiter für deren Geschäftemacherei ausgenutzt werden. Bei diesen Organisationen stehen nicht Beratungsangebote über lebensbejahende Perspektiven im Vordergrund, sondern allein die rasche Abwicklung des Selbsttötungsentschlusses. Deshalb ist es richtig, dass die Koalition die gewerbsmäßige Vermittlung von Sterbehilfe unter Strafe stellen will. Wenn wir aber verhindern wollen, dass solche Organisationen unter anderem Rechtsstatus weiter ihren Geschäften

nachgehen, muss jede Form der organisierten Sterbehilfe in Deutschland verboten werden“, sagte Montgomery in einer Pressemitteilung zu den Koalitionsplänen (08.03.).

Knapp einen Monat später wurde das sogenannte Weißbuch 2012 der Organisation „Sterbehilfe Deutschland“ veröffentlicht. Aus der Publikation ging hervor, dass der Verein des ehemaligen Hamburger Justizsenators Roger Kusch allein 2011 insgesamt 27 Menschen bei der Selbsttötung unterstützt hat. Montgomery nahm dies zum Anlass, seine scharfe Kritik an Sterbehilfeorganisationen zu erneuern. „Wir müssen Geschäftemachern mit dem Tod endlich das Handwerk legen“, sagte er der Berliner Zeitung (10.04.). Es sei ein unerträglicher Zustand, „dass Menschen durch die Republik reisen und Sterbewilligen auf die Schnelle den Schierlingsbecher reichen“. Montgomery sagte, er sei entsetzt darüber, dass es sich in der Mehrzahl der von Kusch beschriebenen Fälle nicht um todkranke, sondern um depressive und andere psychisch labile Menschen handelte, denen mutmaßlich zu helfen gewesen wäre.

Auch die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Martina Wenker, forderte die Bundesregierung in der „Neuen Presse“ auf, das geplante Gesetz gegen kommerzielle Sterbehilfe zu verschärfen (04.06.). Die Ruhe um die Sterbehilfeorganisationen sei trügerisch, warnte Wenker. Dignitas und andere Selbsttötungsorganisationen würden im Moment lediglich die Umsetzung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages zur Sterbehilfe auf Landesebene abwarten. „Der Ärztetag vom vergangenen Jahr hat klar gesagt: Ärzte sind lebensbejahend, wir heilen und lindern Krankheiten. Unsere Aufgabe ist nicht das Töten“, betonte Wenker gegenüber der Zeitung.

Sehr viel schärfer wurde die Kritik der Ärzteschaft, als die Koalition im Juli den Referentenentwurf zum Sterbehilfegesetz vorlegte. Dieser enthielt eine Ausnahmeregelung, nach der es Personen, die dem Kranken nahestehen – also unter Umständen auch Ärzten – unter den Bedingungen der Gewerbsmäßigkeit möglich sein soll, den Sterbewilligen bei seinem Suizid zu unterstützen. „Das ist schon ein Stück aus dem Tollhaus. Erst soll die gewerbsmäßige Sterbehilfe verboten werden, und dann will das Justizministerium die gesetzlichen Grundlagen für Ärzte als Sterbehelfer schaffen. Aber unsere Position ist klar, als Sterbehelfer stehen wir Ärzte nicht zur Verfügung“, kommentierte Montgomery den Entwurf in einer Pressemitteilung (31.07.), die von fast allen großen Tageszeitungen sowie von den Nachrichtenmagazinen Spiegel und Focus aufgegriffen wurde. „Ich bin nicht sicher, ob man im Justizministerium den eigenen Gesetzentwurf und die Begründung ausreichend gelesen und verstanden hat“, sagte er der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (04.08.) „Wir sind erschrocken, weil diese Neuerung den eigentlich guten Zweck dieses Gesetzentwurfs, nämlich gewerbliche Sterbehilfe zu verbieten, in sein Gegenteil verkehrt.“

Zwar nahm das Bundesjustizministerium vor der Beschlussfassung im Bundeskabinett kleinere Änderungen an dem Entwurf vor, es blieb aber dabei, dass „nahestehende Personen“, zu denen auch Ärzte zählen können, nach dem Entwurf Beihilfe zum Suizid leisten dürfen. Auch bezieht sich der Kabinettsentwurf nach wie vor nur auf die gewerbsmäßige Sterbehilfe und nicht, wie von Teilen der Koalition, Ärzten und Kirchen gefordert, auf die organisierte Sterbehilfe insgesamt. Im Januar 2013 zog die Unionsfraktion die Notbremse und legte den Gesetzentwurf, der bereits in erster Lesung den Bundestag durchlaufen hatte, auf Eis. Man wolle sich erst intern beraten, hieß es aus der Union.

Kontroverse um religiöse Beschneidung von Jungen

Während sich eine gesetzliche Regelung im Umgang mit Sterbehilfevereinen hinzieht, reagierte der Gesetzgeber bei einem anderen medizinisch-ethischen Thema, der religiös motivierten Beschneidung des männlichen Kindes, schnell.

Die religiöse Beschneidung von Jungen soll auch in Zukunft in Deutschland möglich sein. Das sieht das Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes vor, dessen Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch der Bundestag beschlossen hat. Die Bundesregierung ist tätig geworden, nachdem das Kölner Landgericht im Frühjahr die rituelle Beschneidung von Jungen als verbotene Körperverletzung gewertet hat.

Das Urteil hat deutschlandweit und auch international für Aufsehen gesorgt. Montgomery sagte in einer Pressemitteilung der Bundesärztekammer (01.07.), das Urteil sei für Ärzte unbefriedigend und für die betroffenen Kinder sogar gefährlich. „Es besteht nun die große Gefahr, dass dieser Eingriff von Laien vorgenommen wird und so – allein schon wegen der oft unzureichenden hygienischen Umstände – zu erheblichen Komplikationen führen kann." Gleichwohl warnte er vor möglichen rechtlichen Konsequenzen des Urteils für Ärzte, die künftig religiös begründete Beschneidungen von Jungen vornehmen. In der Tageszeitung „Die Welt" (09.07.) sagte er: „Wir raten allen Ärztinnen und Ärzten, wegen der unklaren Rechtslage den Eingriff nicht durchzuführen."

Nach heftiger Kritik an dem Urteil, insbesondere von Vertretern der jüdischen und muslimischen Glaubensgemeinschaften, wurde der Gesetzgeber tätig. Das Bundesjustizministerium legte bereits im September ein Eckpunktepapier zur rechtlichen Regelung der Beschneidung vor. Die Pläne sorgten für eine parteiübergreifende Kontroverse darüber, ob mit dem vorgesehenen Gesetz die Religionsfreiheit über das Kindeswohl gestellt würde. Die Bundesärztekammer begrüßte es zwar, dass mit dem Gesetz Rechtssicherheit geschaffen werde, mahnte aber Korrekturen an. Die Schmerzfreiheit des Eingriffes müsse gewährleistet sein, eine Beschneidung ohne Anästhesie entspreche nicht den Regeln der ärztlichen Kunst. „Hier müssen sich auch die Religionen bewegen", sagte Montgomery der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (29.09.).

Justiz- und Familienministerium verständigten sich auf eine Klarstellung der Eckpunkte, die auch Kritik aus der Ärzteschaft mit einbezog. Im Oktober legte die Regierung den Gesetzentwurf vor. Demnach soll es Eltern erlaubt sein, auch eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung „ihres nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes vornehmen zu lassen", wenn diese „nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt" wird und mittels einer Betäubung möglichst schmerzfrei ist. In den ersten sechs Lebensmonaten sollen Säuglinge auch von religiösen Beschneidern beschnitten werden dürfen, die zwar keine Ärzte, aber – so der Entwurf – „dafür besonders ausgebildet" sind.

Bevor der Bundestag dem Gesetz am 12. Dezember zustimmte, erklärte der BÄK-Präsident im Informationsdienst der Bundesärztekammer, „BÄKground": „Wichtig ist für uns, dass nur Ärzte Beschneidungen vornehmen dürfen. Auch muss die Durchführung der Beschneidung für Ärzte freiwillig sein. Die Schmerzfreiheit muss gewährleistet sein und es muss ein informiertes Einverständnis der Erziehungsberechtigten vorliegen."

11.1.4 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 einer Vielzahl von Statements und Kommentaren in Presse, Rundfunk und Fernsehen, in denen Vertreter der Bundesärztekammer die Position der Ärzteschaft zu relevanten Themen artikulierten, bestritt die Bundesärztekammer zehn Pressekonferenzen und Pressegespräche, mit denen sie gezielt Themen in die Öffentlichkeit brachte oder einen eigenen Beitrag zu bereits laufenden Debatten leistete. Zudem begleitete die Pressestelle eine Reihe von Veranstaltungen der Bundesärztekammer mit Pressemitteilungen oder der Vermittlung von Ansprechpartnern für die Medien.

BÄK setzt auf Neujahrspressekonferenz Themen für 2012

Wesentliche Themen, die – über die Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) hinaus – die Gesundheitspolitik des vergangenen Jahres prägen sollten, nahm BÄK-Präsident Montgomery bereits auf der Neujahrspressekonferenz der Bundesärztekammer vorweg (11.01.). Vor allem aber warnte er: „Stillstand bedeutet Rückschritt – deshalb darf sich die Regierungskoalition nach Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes keine gesundheitspolitische Auszeit nehmen. Sie muss die verbleibende Zeit bis zur Bundestagswahl nutzen, um akute Probleme in der Gesundheitsversorgung zu lösen und Konzepte für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens zu erarbeiten." Montgomery betonte, dass sich die Finanzsituation auch kurzfristig entschärfen ließe, „wenn nicht Milliardenbeträge durch den unnötigen Bürokratie- und Kontrollwahn der Kassen verschwendet werden würden". Dieses Geld gehöre den Versicherten, und sie hätten ein Recht darauf, „dass es nicht für sinnlose Krankenkassenvorschriften verplempert wird, sondern in die unmittelbare Patientenversorgung fließt". Montgomery kritisierte zudem die noch immer schlechten Arbeitsbedingungen vieler Ärztinnen und Ärzte, die vor allem Berufseinsteiger abschrecken würden.

Fast alle großen Tageszeitungen, wie „Die Welt", die Süddeutsche Zeitung oder die Berliner Zeitung, berichteten von der Neujahrspressekonferenz. „Kassen im Kontrollwahn – Präsident der Bundesärztekammer fordert Reform der Gesundheitsfinanzierung", meldeten die Stuttgarter Nachrichten (12.01.). Die Hannoversche Allgemeine Zeitung berichtete (12.01.), der Ärztepräsident habe die Koalition daran erinnert, die Praxisgebühr zu überprüfen. „Die Gebühr habe ihr Ziel verfehlt. Statt die Zahl der Praxisbesuche zu reduzieren, sei nur neue Bürokratie entstanden. Die Praxisgebühr sollte deshalb abgeschafft werden. Lobend äußerte sich Montgomery über die Pläne der Koalition für ein Patientenrechtegesetz. Das Vorhaben werde von der Ärzteschaft begrüßt", schrieb das Blatt.

Ärzteorganisationen fordern Erhalt des Facharztstandards

Damit hat die Bundesärztekammer bereits relevante gesundheitspolitischen Themen für 2012 gesetzt. Am 23. Februar fügte das Spitzentreffen der ärztlichen Organisationen und Verbände im Haus der Bundesärztekammer in Berlin einen weiteren Punkt hinzu. In einer gemeinsamen Resolution forderten die 15 Organisationen, die Vorgaben für das Zusammenwirken von Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Sinne des

Facharztstandards zu gestalten und eine die ärztliche Kompetenz ausschließende Medizinsubstitution nicht zuzulassen. In der Resolution, die von der Pressestelle der Bundesärztekammer verbreitet wurde, sprachen sich die Organisationen dafür aus, „die Leistungsdelegation an nichtärztliche Mitarbeiter, deren Auswahl, Anleitung, Koordination und Kommunikation, Durchführungs- und Erfolgskontrolle sowie deren Dokumentation, vollständig in der Verantwortung des Arztes“ zu belassen.

Behandlungsfehlerstatistik stößt auf großes Medieninteresse

Mit der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern am 19. Juni 2012 informierte die Bundesärztekammer über die häufigsten von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bearbeiteten Behandlungsfehlervorwürfe sowie über Strategien zur Fehlervermeidung. Die traditionelle Pressekonferenz der Bundesärztekammer im Frühsommer ist für Vertreter der Tagespresse, für Fernseh- und Hörfunkjournalisten ebenso wie für die Fachpresse von großem Interesse und hat mittlerweile einen festen Platz in den Medien. Dies zeigten die erneut hohe Zahl der teilnehmenden Medienvertreter sowie die anschließende Berichterstattung.

Rund 60 Journalisten, darunter Vertreter der überregionalen Tagespresse (z. B. Die Welt, Frankfurter Rundschau, Tagesspiegel), Agentur- und Fachjournalisten, Vertreter von ARD-Fernseh- und Hörfunkstationen, von ZDF heute, RTL-Fernsehen und Pro7/Sat.1 kamen zu der rund einstündigen Pressekonferenz ins Tagungszentrum der Bundespressekonferenz.

Als Ansprechpartner standen den Medien Dr. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, Prof. Dr. Walter Schaffartzik, ärztlicher Direktor am Unfallkrankenhaus Berlin, Rechtsanwalt Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, sowie Prof. Dr. Karl Wessel, Chefarzt der Neurologischen Klinik des Klinikums Braunschweig und Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammern, zur Verfügung.

Im Mittelpunkt der Berichterstattung am 19. und 20. Juni standen erwartungsgemäß die statistischen Daten über Fehlerhäufigkeiten, aufgeschlüsselt nach den unterschiedlichen Diagnosegruppen. In einer Meldung der Nachrichtenagentur dpa, die unter anderem die Neue Osnabrücker Zeitung abdruckte, wurden zunächst einige Beispiele für Behandlungsfehler geschildert. Weiter hieß es: „Es sind solche Fehler, die Patienten Angst einjagen können. Doch an die Öffentlichkeit gehen die Ärztekammern mit Fehlerstatistiken und Fällen, um den Ärzten zu zeigen, was falsch laufen kann, und um Menschen zu sensibilisieren. Es ist wohl vor allem auf gestiegene Aufmerksamkeit zurückzuführen, dass die Zahl registrierter Fehler und Unterlassungen der Mediziner auf 2.287 im vergangenen Jahr stieg. [...] Die Erkenntnis, dass man Fehler offen benennen muss, um aus ihnen lernen zu können, setzt sich immer stärker durch.“

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung titelte „Ärzte melden abermals mehr Behandlungsfehler“, und verwies darauf, dass sich im vergangenen Jahr 11.107 Patienten an eine dafür eingerichtete Schlichtungsstelle gewandt haben, um eine Entschädigung zu beanspruchen, was rund ein Prozent mehr als im Vorjahr waren. Angesichts der schieren

Menge der Behandlungen falle die Bilanz nicht übermäßig negativ aus. Allein im ersten Quartal 2011 hätten niedergelassene Ärzte 45 Millionen Behandlungsfälle verzeichnet, in den Kliniken seien 16 Millionen Patienten behandelt worden, gab die Süddeutsche Zeitung Crusius wieder. An anderer Stelle zitierte sie Schaffartzik mit den Worten: „Deutschland hält im europäischen Vergleich ein sehr gutes Niveau."

Auch die Tageszeitung „Die Welt" griff die Aussage von Crusius zu der relativ geringen Zahl der Fehler auf: Angesichts von Millionen von Behandlungen und Eingriffen pro Jahr seien einige tausend Fehler sehr gering. „Eine völlig fehlerfreie Behandlung wird es nie geben." Es müsse aber alles dafür getan werden, das Risiko „so klein zu halten wie irgend möglich". Würde man die Zufriedenheit von Patienten mit den ärztlichen Behandlungen messen, wären diese Zahlen deutlich höher als die Zahl der Behandlungsfehler. Ähnlich war der Tenor in einem Kommentar der „Welt": „Dass seit Jahren immer mehr Behandlungsfehler registriert werden, liegt zuallererst an einer größeren Aufmerksamkeit der Patienten, aber auch daran, dass überhaupt erfasst wird, wenn eine Behandlung schiefgeht. Immer mehr Ärzte und Krankenhäuser trauen sich, Fehler zuzugeben, zu melden und darüber zu sprechen. Immer mehr Patienten versuchen, sich bei vermuteter Falschbehandlung zu wehren. Das ist gut so. Nur dort, wo Fehler nicht vertuscht, sondern ausgewertet und besprochen werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie nicht wieder geschehen." „Bei Millionen Operationen jährlich werden immer wieder Fehler passieren. Wichtig ist: Patienten, die zu Opfern geworden sind, brauchen schnelle Hilfe und eine zügige Rechtsprechung", kommentierte die Neue Ruhr Zeitung.

Ärzte und Greenpeace fordern: Keine Zerstörung von Embryonen

Gut acht Jahre dauerte der Rechtsstreit zwischen Greenpeace und dem Bonner Stammzellforscher Prof. Dr. Oliver Brüstle über die Patentierbarkeit embryonaler Stammzellen. Bereits im Jahr 2011 hatte der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Auslegung der Biopatentrichtlinie entschieden, dass eine Erfindung nicht patentierbar ist, wenn bei der Anwendung des Verfahrens menschliche Embryonen zerstört werden oder diese als Ausgangsmaterial dienen. Die Patentinhaber wollten die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes kippen. Mit Spannung erwartet wurde deshalb das für den 27. November angekündigte Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes (BGH), das endgültig Klarheit in dieser Frage schaffen sollte.

Eine Woche vor dem Urteil hat sich die Bundesärztekammer gemeinsam mit Greenpeace in einer Pressekonferenz an die Öffentlichkeit gewandt und gefordert, dass embryonale Stammzellen auch im frühesten Stadium ihrer Entwicklung nicht patentierbar sein sollen. „Embryonale Stammzellen dürfen niemals als kommerzielles Erzeugnis verwertet werden. Man würde menschliche Embryonen als banales Ausgangsmaterial benutzen, wenn man Erfindungen zuließe, die embryonale Stammzellen verwenden", sagte Montgomery auf der Pressekonferenz (21.11.).

„Dass wir einen solchen Verstoß gegen die ethischen Grundwerte nicht zulassen dürfen, verlangt schon die Achtung vor dem menschlichen Leben als solches", zitierte der „Stern" den BÄK-Präsidenten (21.11.) Die Katholische Nachrichtenagentur berichtete, dass die Bundesärztekammer auf der Pressekonferenz auch auf entsprechende Erklärungen des Deutschen Ärztetages und der Bundestags-Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin" verwiesen habe. Der Bundesärztekammer gehe es nicht

darum, Forschung zu verhindern, sondern rechtliche Grenzen zu setzen, um ethische Werte zu wahren. Nach wie vor gebe es kein Verfahren, mit dem embryonale Stammzellen gewonnen werden können, ohne die Integrität und Entwicklungsfähigkeit des Embryos zu zerstören. Ethisch vertretbar sei die Forschung mit adulten Stammzellen oder Stammzellen aus Nabelschnurblut. Auch der Berliner Tagesspiegel und Spiegel online griffen die Pressekonferenz von BÄK und Greenpeace in ihrer Berichterstattung auf.

Das Urteil selbst fiel eine Woche später salomonisch aus. Nach dem Richterspruch bleiben Patente auf die Nutzung embryonaler Stammzellen verboten, wenn zu deren Gewinnung Embryonen zerstört werden. Wurden die Stammzellen hingegen ohne die Zerstörung von Embryonen gewonnen, kann ein Patentschutz erteilt werden. Mit dem Urteil zeigten sich sowohl Greenpeace als auch Brüstle im Grundsatz zufrieden, berichtete der Informationsdienst der Bundesärztekammer, „BÄKground“, in seiner Dezember-Ausgabe: Nach Meinung des Patentberaters von Greenpeace, Dr. Christoph Then, stärke die Entscheidung des BGH die ethischen Grenzen im Patentrecht. „Es ist zu erwarten, dass in Zukunft stärker in ethisch unbedenkliche Verfahren investiert wird, um Stammzellen zu gewinnen.“ Mit dem Urteil seien allerdings nicht alle rechtlichen Fragen endgültig geklärt. Erst die künftige Rechtsprechung werde zeigen, welche Auswirkungen der Richterspruch genau habe. Stammzellforscher Brüstle betonte hingegen, das Urteil habe Rechtsklarheit geschaffen. Es gebe inzwischen genügend wissenschaftliche Wege, um Stammzellen zu gewinnen, ohne Embryonen zu zerstören.

11.2 Außendarstellung/Informationsdienste

Zahlreiche Infodienste der Pressestelle haben sich in der publizistischen Außendarstellung etabliert und wurden weiter optimiert:

BÄKground (ehemals BÄK INTERN) ist der gesundheitspolitische Informationsdienst der Bundesärztekammer. Er richtet sich an die ehrenamtlichen Mandatsträger der ärztlichen Selbstverwaltung und der Fachgesellschaften, aber auch an die Fachpresse sowie gesundheitspolitisch interessierte Journalisten der übrigen Medien. In der Regel erscheint der Informationsdienst viermal pro Jahr, in einem Umfang von 16 Seiten.

Bei der Auswahl der Themen wird der Blick sowohl nach innen als auch nach außen gerichtet. Bei besonders kontrovers diskutierten Themen kommen verstärkt Experten aus externen Organisationen und Institutionen in Interviews zu Wort. Um den Lesern nicht nur aktuelle Inhalte, sondern auch ein ansprechendes Äußeres zu bieten, fand Ende des Jahres ein Relaunch des Informationsdienstes statt. Verändert wurde nicht nur der Titel (aus BÄK INTERN wurde BÄKground), ansprechender gestaltet wurde auch das Layout des Mediums.

In den BÄK-INTERN- bzw. BÄKground-Ausgaben des Jahres 2012 wurden die wichtigsten gesundheits- und sozialpolitischen Themen in Form von Interviews, Hintergrundberichten, Meldungen und Kommentaren mit besonderem Blick auf die Aktivitäten der Bundesärztekammer präsentiert. Unter anderem berichtete der Dienst über die Themen des 115. Deutschen Ärztetages, über das angespannte Verhältnis zwischen Ärzten und Kostenträgern sowie über die Aufarbeitung des Transplantationsskandals.

BÄKground SPEZIAL ist der themenspezifische Hintergrundinformationsdienst für gesundheits- und sozialpolitische Journalisten. Es hat sich bewährt, die Arbeit der Journalisten durch die Aufbereitung eines Themas unter verschiedenen Aspekten inklusive geschichtlicher Entwicklung, Bearbeitung von Randaspekten und Auflistung weiterführender Quellen zu unterstützen. Insbesondere im Vorfeld des Deutschen Ärztetages hat dieser Hintergrunddienst die Aufgabe, die berufspolitischen Themen recherchegerecht und verständlich so aufzubereiten, dass trotz der Komplexität einzelner Themen das Interesse der Medien auch an solchen Fragen geweckt werden kann.

IT KOMPAKT ist der Informationsdienst der Pressestelle zur Telematik im Gesundheitswesen. Seit Dezember 2004 wird darin über neue Entwicklungen im Bereich E-Health informiert. Im Jahr 2012 war der Entwicklungsstand der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vor dem Testbetrieb des Versichertenstammdatenmanagements online und der qualifizierten elektronischen Signatur Thema von IT KOMPAKT. Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer, äußerte sich zu den Forderungen der Ärzteschaft an die eGK. „Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer Rolle als Gesellschafter der gematik in den letzten Jahren intensiv für diese Forderungen eingesetzt. Alle Einzelpunkte konnten umgesetzt werden“, sagte er im Interview mit IT KOMPAKT. Auch der Umgang mit sozialen Medien im Gesundheitsbereich wurde thematisiert. Politische Entscheidungen zur eGK werden in dem Dienst mit Hintergrundberichten begleitet.

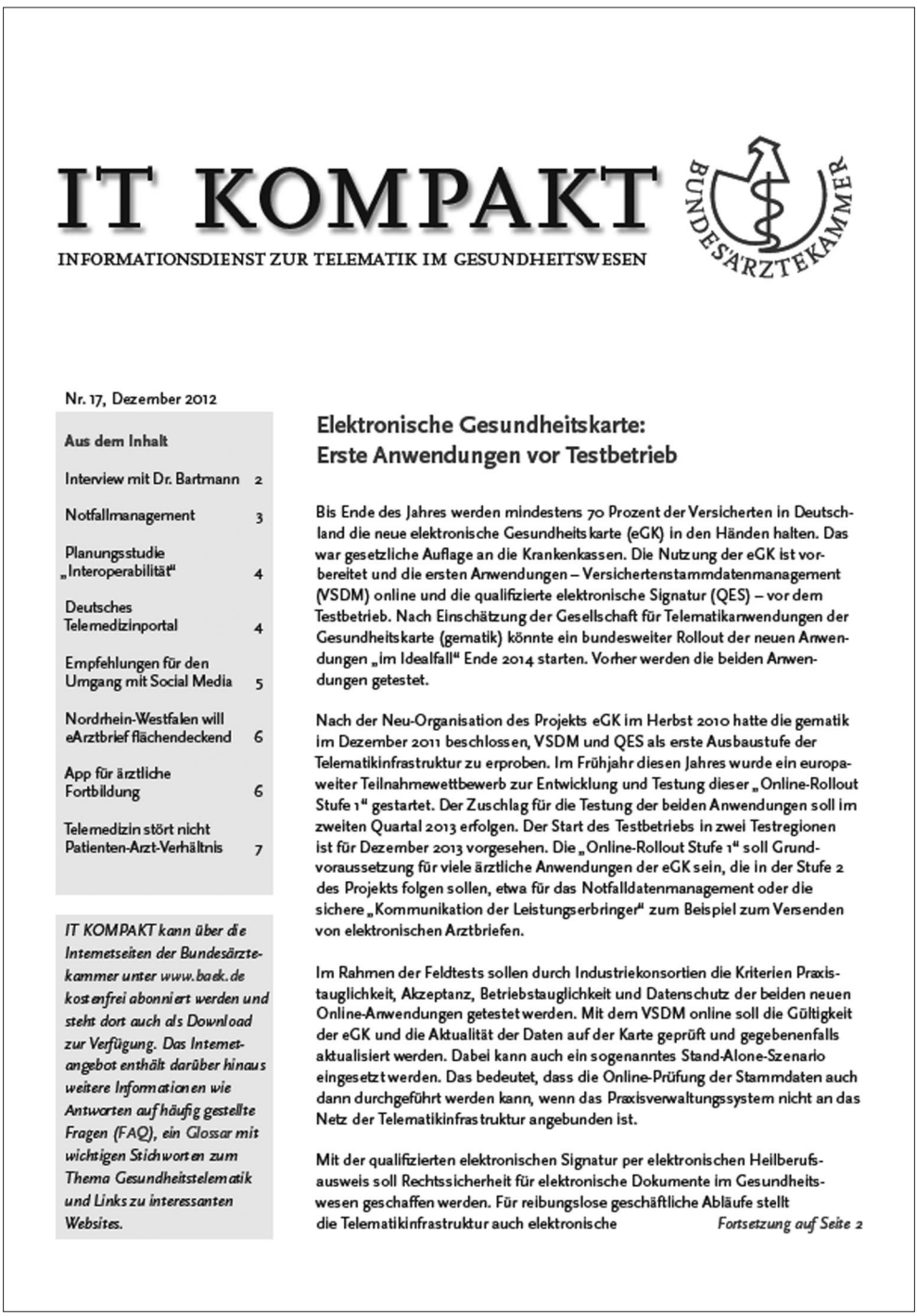
IT KOMPAKT kann über die Internetseite der Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de kostenfrei abonniert werden und steht auch als Download zur Verfügung. 2012 wurde IT KOMPAKT erstmals nur elektronisch verschickt.

Seit September 2005 wird die **Presseschau**, die „tägliche Publikation“ der Pressestelle, als PDF-Datei per E-Mail an die Adressaten versandt. Die wichtigsten Artikel aus Tageszeitungen, Nachrichtenmagazinen und Wochenzeitungen werden jeden Morgen zu einem umfassenden Überblick über die aktuelle gesundheitspolitische wie auch medizinische Berichterstattung zusammengestellt. Dazu kann die Pressestelle auf eine Onlinedatenbank zugreifen, in der alle Artikel digital von inzwischen weit mehr als 500 regionalen und überregionalen Printmedien zur Volltextrecherche und zum Download zur Verfügung stehen. Dadurch hat sich das Spektrum der auszuwertenden Medien deutlich erweitert. Die Presseschau bietet somit täglich ein nahezu lückenloses Bild der Berichterstattung zur Gesundheitspolitik und weiterer relevanter Themen für die Ärzteschaft.

Berlin im Blick ist ein E-Mail-Dienst, in dem die wichtigsten berufspolitischen und gesundheitspolitischen Termine der kommenden zwei Wochen in komprimierter Form aufgelistet werden, so z. B. Debatten und Anhörungen im Deutschen Bundestag, Sitzungstermine des Bundesrates und anderer Institutionen.

Online News ist ein E-Mail-Dienst der Pressestelle. Noch vor dem Erscheinen der täglichen Presseschau informiert der Dienst jeden Morgen über die wichtigsten Onlinemeldungen der Tageszeitungen, Nachrichtenmagazine und elektronischen Medien. Über beigefügte Links gelangt man direkt zu den Originalartikeln, die dort in voller Länge nachgelesen werden können.

Abbildung 1: Titelblatt BÄKground, Dezember 2012



IT KOMPAKT

INFORMATIONSDIENST ZUR TELEMATIK IM GESUNDHEITSWESEN

BUNDESÄRZTEKAMMER

Nr. 17, Dezember 2012

Aus dem Inhalt

Interview mit Dr. Bartmann 2

Notfallmanagement 3

Planungsstudie „Interoperabilität" 4

Deutsches Telemedizinportal 4

Empfehlungen für den Umgang mit Social Media 5

Nordrhein-Westfalen will eArztbrief flächendeckend 6

App für ärztliche Fortbildung 6

Telemedizin stört nicht Patienten-Arzt-Verhältnis 7

IT KOMPAKT kann über die Internetseiten der Bundesärztekammer unter www.baek.de kostenfrei abonniert werden und steht dort auch als Download zur Verfügung. Das Internetangebot enthält darüber hinaus weitere Informationen wie Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ), ein Glossar mit wichtigen Stichworten zum Thema Gesundheitstelematik und Links zu interessanten Websites.

Elektronische Gesundheitskarte: Erste Anwendungen vor Testbetrieb

Bis Ende des Jahres werden mindestens 70 Prozent der Versicherten in Deutschland die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) in den Händen halten. Das war gesetzliche Auflage an die Krankenkassen. Die Nutzung der eGK ist vorbereitet und die ersten Anwendungen – Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) online und die qualifizierte elektronische Signatur (QES) – vor dem Testbetrieb. Nach Einschätzung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) könnte ein bundesweiter Rollout der neuen Anwendungen „im Idealfall" Ende 2014 starten. Vorher werden die beiden Anwendungen getestet.

Nach der Neu-Organisation des Projekts eGK im Herbst 2010 hatte die gematik im Dezember 2011 beschlossen, VSDM und QES als erste Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur zu erproben. Im Frühjahr diesen Jahres wurde ein europaweiter Teilnahmewettbewerb zur Entwicklung und Testung dieser „Online-Rollout Stufe 1" gestartet. Der Zuschlag für die Testung der beiden Anwendungen soll im zweiten Quartal 2013 erfolgen. Der Start des Testbetriebs in zwei Testregionen ist für Dezember 2013 vorgesehen. Die „Online-Rollout Stufe 1" soll Grundvoraussetzung für viele ärztliche Anwendungen der eGK sein, die in der Stufe 2 des Projekts folgen sollen, etwa für das Notfalldatenmanagement oder die sichere „Kommunikation der Leistungserbringer" zum Beispiel zum Versenden von elektronischen Arztbriefen.

Im Rahmen der Feldtests sollen durch Industriekonsortien die Kriterien Praxistauglichkeit, Akzeptanz, Betriebstauglichkeit und Datenschutz der beiden neuen Online-Anwendungen getestet werden. Mit dem VSDM online soll die Gültigkeit der eGK und die Aktualität der Daten auf der Karte geprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden. Dabei kann auch ein sogenanntes Stand-Alone-Szenario eingesetzt werden. Das bedeutet, dass die Online-Prüfung der Stammdaten auch dann durchgeführt werden kann, wenn das Praxisverwaltungssystem nicht an das Netz der Telematikinfrastruktur angebunden ist.

Mit der qualifizierten elektronischen Signatur per elektronischen Heilberufsausweis soll Rechtssicherheit für elektronische Dokumente im Gesundheitswesen geschaffen werden. Für reibungslose geschäftliche Abläufe stellt die Telematikinfrastruktur auch elektronische *Fortsetzung auf Seite 2*

Abbildung 2: Titelblatt IT KOMPAKT, Dezember 2012

Das Internetangebot der Bundesärztekammer

Die Arbeit an einem mediengerechten, stets aktuellen Informations- und Serviceangebot im Internet ist eine eigenständige redaktionelle Tätigkeit innerhalb des Gesamtspektrums der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Der Internetauftritt unter der Adresse www.bundesaerztekammer.de richtet sich an die gesamte Öffentlichkeit. Das Angebot ist in drei Bereiche mit den Hauptzielgruppen „Ärzte", „Patienten" und „Presse" gegliedert. Im Bereich „Ärzte" finden die Nutzer übersichtlich gestaltet alle relevanten Informationen zu den Arbeitsfeldern der Bundesärztekammer. Im Patientenbereich werden Gesundheitstipps und Bürgerinformationen angeboten. Journalisten finden im Bereich „Presse" stets die neuesten Pressemitteilungen und Statements der BÄK auf der Startseite. Darüber hinaus werden tagesaktuelle Interviews und Meldungen in gesonderten Kurzbeiträgen aufbereitet. Ein umfangreiches Archiv und die Volltextsuche helfen, einen schnellen Überblick über die Position der Bundesärztekammer zu gesundheitspolitischen, medizinischen und ethischen Fragen zu erhalten.

Die Internetseiten der Bundesärztekammer sind barrierefrei gestaltet. Zudem bietet der Internetauftritt auch die Möglichkeit eines schnellen Nachrichtenüberblicks durch einen sogenannten RSS-Feed.

Videobeiträge im Internet

Nachdem die Bundesärztekammer erstmals beim 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz auf ihrer Internetseite in Videoclips von der Veranstaltung berichtet hatte, produzierte eine beauftragte Videofirma auch zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg zwei Filmbeiträge von neun und fünfeinhalb Minuten Länge. Sie stießen wie schon im Vorjahr auf großes Interesse bei den Nutzern des BÄK-Internets.

Abbildung 3: Internetseite der Bundesärztekammer

Die Clips dokumentieren Impressionen der Eröffnungsveranstaltung mit Ausschnitten der Grundsatzrede von Bundesärztekammer-Präsident Montgomery. Im zweiten Video stellen die gesundheitspolitischen Sprecher von Union und SPD, Jens Spahn und Karl Lauterbach, ihre jeweiligen Konzepte für die künftige Finanzierung des Krankenversicherungssystems vor.

Zugriffe im Jahresvergleich

Im Jahr 2012 verzeichnete die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft monatlich bis zu 3,2 Millionen Zugriffe auf das Internetangebot der Bundesärztekammer (siehe Abbildung 4). Insgesamt wurde die Seite der Bundesärztekammer im vergangenen Jahr über 33 Millionen Mal angeklickt, ein Plus von knapp drei Millionen gegenüber 2011. Die Statistik der Suchbegriffe ergibt, dass vor allem die Themen „Patientenverfügung", „Arzthelferin" und „(Muster-)Berufsordnung" angeklickt werden. Der Bereich „Ärztetag" stieß besonders im Mai und Juni auf große Nachfrage.

Die seit Jahren steigenden hohen Zugriffszahlen belegen, dass das Internet ein wichtiges Instrument der Öffentlichkeitsarbeit ist. Die Zahlen zeigen dabei die hohe Wertschätzung, die dem Angebot der Bundesärztekammer von einer kontinuierlich wachsenden Anzahl von Nutzern entgegengebracht wird.

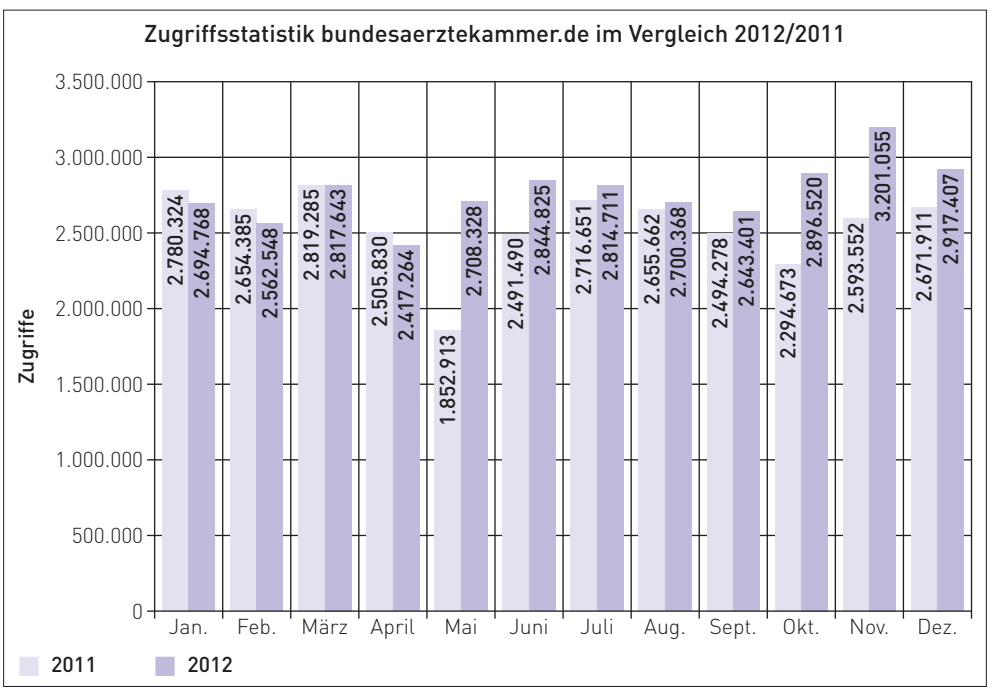


Abbildung 4: Internetnutzung: Anstieg auf bis zu 3,2 Millionen Zugriffe im Monat

BÄK auf Twitter und Youtube

Das Internet ist mittlerweile für viele Journalisten, aber auch für weite Teile der Gesamtbevölkerung zum wichtigsten Informations- und Kommunikationsmedium geworden. Insbesondere durch die technischen Möglichkeiten des Web 2.0, die unter anderem einen enormen Anstieg der Nutzerzahlen von sogenannten sozialen Netzwerken sowie Videoplattformen ausgelöst haben, erschließen sich auch für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit neue Wege der Kommunikation. Von besonderer Bedeutung ist, dass Informationen nicht nur an die traditionellen Medien weitergegebenen werden können, sondern dass sich die entsprechenden Zielgruppen, etwa Ärzte, Versicherte und Patienten, direkt erreichen lassen. Publikationsinstrumente wie der Internetdienst „Twitter" mit der Möglichkeit von Verlinkungen zu Pressemitteilungen sowie Videopräsentationen eröffnen Möglichkeiten, Inhalte direkt im Internet zu präsentieren.

Seit knapp zwei Jahren betreibt die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft aus diesen Gründen einen eigenen Twitter-Kanal (twitter.com/BAEKaktuell). Inzwischen lesen rund 1.000 Follower die Tweets der Bundesärztekammer, darunter zahlreiche Politiker und Medienvertreter, aber auch viele Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis. Über Twitter werden Kurzmeldungen, sogenannte Tweets, unter anderem zu Pressemitteilungen, mit entsprechender Verlinkung auf die Internetseite der Bundesärztekammer versendet.

Eine große Anzahl der gesendeten Twittermeldungen der BÄK wurde retweetet. Das heißt, Leser der Meldung fanden den Betrag so interessant, dass sie die BÄK-Kurznachricht per Klick den Followern ihres eigenen Twitterkanals zur Verfügung stellten. Dadurch erhielten die BÄK-Tweets in einer Art Schneeballsystem zusätzliche Verbreitung.

Im Februar 2010 schaltete die BÄK zudem eine eigene Seite auf dem Videoportal „Youtube" frei. Unter der Adresse youtube.com/BAEKclips veröffentlicht und archiviert die Bundesärztekammer seitdem Videos, die von einer Agentur im Auftrag der Pressestelle produziert wurden. Die Beiträge, vor allem vom 115. Deutschen Ärztetag, die sowohl auf Youtube als auch auf der Internetseite der Bundesärztekammer abgerufen werden konnten, fanden große Beachtung. Beide Plattformen sind untereinander verlinkt.

Darüber hinaus enthalten die Pressemitteilungen im Internetauftritt der Bundesärztekammer elektronische Bookmarks aller relevanten sozialen Netzwerke, wie Facebook, Xing, Twitter etc. Leser der Pressemitteilung, die selbst Mitglied in einem dieser Netzwerke sind, können die Pressemitteilung so per Mausklick auf das entsprechende Logo direkt in das Netzwerk einspeisen.

Zusätzlich wurde das Angebot der Bundesärztekammer an elektronischen Informationsmöglichkeiten um die mobile Website m.baek.de ergänzt, die auf jedem Smartphone in einem angepassten Format heruntergeladen werden kann. So sind auch unterwegs die neuesten Meldungen und Stellungnahmen aus der Bundesärztekammer schnell zu empfangen.

12. Bundesärztekammer innerhalb der Arbeitsgemeinschaft

12.1 Zusammenarbeit der Kammern

12.1.1 Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern

Die Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern dient dem Meinungsaustausch und der Zusammenarbeit der Geschäftsführungen der Landesärztekammern.

Zu Beginn des Berichtsjahres trat der neue Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Bernhard Rochell, sein Amt an und übernahm damit auch die Geschäftsführung der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern. Im Jahr 2012 fand neben fünf Routinesitzungen eine gemeinsame Sitzung mit dem Vorstand der Bundesärztekammer statt.

In dieser gemeinsamen Sitzung wurden dem Vorstand der Bundesärztekammer die Ergebnisse der 2011 gegründeten Arbeitsgruppe „Zukunft der Ärztekammern“ vorgestellt und das weitere Vorgehen der beteiligten Arbeitsgruppen abgestimmt. Im Fokus der AG „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse“ stand die Analyse des zweistufigen Normsetzungsverfahrens, das zum „Konvergenzverfahren“ weiterentwickelt wurde und die Abstimmung insbesondere von bundeseinheitlichen Musterordnungen und -satzungen zwischen der Bundesärztekammer und Landesärztekammern unterstützt. Darüber hinaus wurde eine Befragung zur Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahren des Deutschen Ärztetages entwickelt, die den Delegierten des 115. Deutschen Ärztetag 2012 vorgelegt wurde.

Die AG „Organisation – Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt/Netzwerkbildung und Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen“ beschäftigte sich mit der Analyse von Aspekten der Kommunikation und Kooperation zwischen Ehren- und Hauptamt. Es wurde eine Befragung zur Kommunikation unter Ehren- und Hauptamt initiiert, um erfolgreiche und tragfähige Praktiken und Modelle zu entwickeln.

Die AG „Strategie – Schaffung einer Plattform/Akademie der Ärzteschaft für gesundheitspolitische Grundsatzfragen und Zukunftsaufgaben“ hat sich mit unterschiedlichen Aspekten einer strategischen Ausrichtung der Bundesärztekammer sowie mit Fragen der kurz-, mittel- und langfristigen Strategieplanung auseinandergesetzt. An konkreten Beispielen sollen Best-Practice-Modelle entwickelt werden.

Ein Zwischenbericht über die Arbeit der Arbeitsgruppen ist durch die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Martina Wenker, auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 erfolgt.

Die Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern hat sich darüber hinaus in ihren regulären Sitzungen mit zahlreichen Fragen der Arbeit der Ärztekammern und der Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer befasst. So wurde der Abschlussbericht der AG „Haftpflichtversicherung“ breit diskutiert und das weitere Vorgehen anschließend im Vorstand der Bundesärztekammer beraten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat in den Sitzungen jeweils über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen berichtet und die Themen der Vorstandssitzungen gemeinsam mit den Geschäftsführern erörtert.

Weitere für die Landesärztekammern relevante Themen, wie das Förderprogramm „Allgemeinmedizin", die Übergangsregelungen zu den Qualifikationsmaßnahmen nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG), der Fortbildungsnachweis für Krankenhausärzte, die KRINKO-Empfehlungen zur Krankenhaushygiene, die Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin, insbesondere im Zusammenhang mit dem Deutschen IVF-Register e. V. (DIR), standen wiederholt auf der Tagesordnung.

Breiten Raum in der Diskussion nahmen auch die zweite Befragungsrunde zur Evaluation der Weiterbildung und die sich daraus ergebenen Schlussfolgerungen ein, wobei auch Überlegungen zur Fortsetzung dieser Evaluation besprochen wurden.

Neue technische Entwicklungen und ihre Anwendbarkeit in den Ärztekammern wurden von dem Arbeitskreis IT in den Geschäftsführersitzungen präsentiert und ihre Umsetzung in den Kammern erörtert. So wurden z. B. ein automatisiertes Verfahren zur Verifizierung von Urkunden und Dokumenten und das neue Wiki als Arbeitsplattform, u. a. für das Verfahren zur Novellierung der Fortbildungs- und der Weiterbildungsordnung, vorgestellt.

Als ständige Tagesordnungspunkte wurden in allen Sitzungen die Fragen der Telematik und dabei auch immer wieder das Thema des elektronischen Arztausweises und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) behandelt. Regelmäßig haben sich die Geschäftsführer auch zu den Fragen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und den entsprechenden Aktivitäten in den einzelnen Ländern ausgetauscht und sind auf die aktuellen Entwicklungen bei der Novellierung der Heilberufe- und Kammergesetze eingegangen. Neu hinzugekommen ist als ständiger Tagesordnungspunkt auch der Austausch der Geschäftsführer zu Umfragen von externen Dritten, die vermehrt an die Landesärztekammern gerichtet werden.

Breiten Raum nahmen auch die europarechtlichen Themen und ihre Umsetzung in nationales Recht in den Sitzungen ein. So wurden Fragen im Zusammenhang mit dem Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG) und die Wahrnehmung der sich daraus ergebenen Aufgaben für die Ärztekammern ebenso diskutiert wie die Problematik des Vorschlags der Europäischen Kommission über klinische Prüfungen bei Humanarzneimitteln.

Regelmäßig beschäftigten sich die Geschäftsführer im Rahmen ihrer eigenen Fortbildung auch mit strategischen bzw. übergreifenden fachlichen Themen. Im Berichtsjahr wurde diese Fortbildungsreihe mit den Themen „Professionalisierung und Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufsstandes – Diagnose und Therapie", „Mitgliederbefragung durch die Sächsische Landesärztekammer", „Patienteninformation und Vorstellung weiterer Projekte des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)", „Patientenorientierte ärztliche Vergütung", der „Vorstellung des XOPE-Projektes (Online-Chirurgie-Kompendium) des Deutschen Ärzte-Verlags" und der „Arbeit der wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes" erfolgreich fortgeführt.

Im zweiten Halbjahr wurden die Geschäftsführer über die geplanten Maßnahmen innerhalb der Organisations- und Kooperationsweiterentwicklung der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer informiert.

12.1.2 Arbeitsgruppe „Kaufmännische Geschäftsführer“

Die Arbeitsgruppe der Kaufmännischen Geschäftsführer der Landesärztekammern tagt unter Leitung von Klaus Schumacher, Ärztekammer Nordrhein, in unregelmäßigen Abständen und befasst sich mit jeweils aktuellen kaufmännischen Themen.

12.1.3 Finanzkommission und Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“

Nach § 9 der Satzung besteht bei der Bundesärztekammer eine Finanzkommission, in die jede Landesärztekammer eine Ärztin oder einen Arzt als Mitglied entsendet. Sie wirkt bei der Aufstellung des Haushaltsplans mit. An den Beratungen dieses Gremiums können auch die stellvertretenden ärztlichen Mitglieder sowie je ein Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern beratend teilnehmen.

In der Sitzung der Finanzkommission am 21. Januar 2012 wurden Dr. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, als Vorsitzender und Dr. Klaus Reinhardt, Bielefeld, als stellvertretender Vorsitzender wiedergewählt.

Unter Vorsitz von Dr. Ensink tagte die Finanzkommission im Jahre 2012 ein Mal. Entsprechend § 9 Abs. 7 der Satzung befasste sich die Finanzkommission mit allen für die Finanzen der Bundesärztekammer relevanten Angelegenheiten.

Zur Unterstützung der Arbeit der Finanzkommission und zur Begleitung und Absicherung einer kontinuierlichen Etatplanung bei der Bundesärztekammer wurde 1995 von der Finanzkommission mit Zustimmung des Vorstandes eine Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ eingerichtet. Dieser Arbeitsgruppe gehören an: der Präsident der Bundesärztekammer, der Vorsitzende der Finanzkommission, der stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission, sechs Vertreter aus der Finanzkommission, der Hauptgeschäftsführer und der zuständige Dezernent der Bundesärztekammer je als Mitglied mit Stimmrecht sowie der Finanzbeauftragte des Vorstandes und der zuständige Referent der Bundesärztekammer als ständige Gäste ohne Stimmrecht.

Die Arbeitsgruppe leistet für die Finanzkommission Vorarbeiten und hat selbst keine Entscheidungskompetenz. Es wird ein sachlich orientiertes, konstruktiv-kritisches Arbeitsklima gepflegt.

In vier Sitzungen wurden 2012 aktuelle und strategische Finanzangelegenheiten beraten und für Beschlussfassungen in der Finanzkommission vorbereitet sowie die Entwicklung des Haushaltsvoranschlages 2013/2014 begleitet.

12.2 Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung

Die Versorgungswerke der Ärzteschaft sind der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellte, eigenfinanzierte Einrichtungen mit der Aufgabe, die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Ärzte und ihrer Familienangehörigen sicherzustellen. Rechtsgrundlagen für die Versorgungswerke sind der § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (Rentenversicherung) einerseits und die Heilberufe- bzw. Kammergesetze der

Bundesländer andererseits. Überwiegend sind die Ärztlichen Versorgungswerke unselbstständige oder teilrechtsfähige Sondervermögen der jeweiligen Landesärztekammern. In Baden-Württemberg und in Bayern handelt es sich um eigene Anstalten des öffentlichen Rechts, in denen darüber hinaus nicht nur Ärzte, sondern auch Zahnärzte und Tierärzte Mitglied sind. Im Saarland besteht ein gemeinsames Versorgungswerk für Ärzte und Zahnärzte, in Sachsen eines für Ärzte und Tierärzte.

12.2.1 Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke"

Zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen der Landesärztekammern bestehen Unterschiede sowohl hinsichtlich des Leistungs- wie des Beitragsrechts. Diese Unterschiede sind Ausdruck des föderativen Charakters und der den freien Berufen gegebenen Möglichkeiten zur freien Gestaltung der Alterssicherung. Um den Meinungs- und Informationsaustausch zwischen den Versorgungswerken zu fördern, wurde eine Ständige Konferenz bei der Bundesärztekammer eingerichtet.

Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke" der Bundesärztekammer ist seit 01.01.2012 Dr. Josef Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes und Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Als sein Stellvertreter wurde von den Mitgliedern der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke" im Herbst 2012 Dr. Torsten Hemker, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg, gewählt.

Im Frühjahr 2012 tagte die Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke" in Hamburg, um wie in jedem Jahr über aktuelle Fragen zu diskutieren. Ferner unterrichteten sich die Vertreter der ärztlichen Versorgungswerke gegenseitig über die Entwicklung in den Bundesländern, sowohl im Bereich der rechtlichen Grundlagen der Versorgungswerke als auch über die wirtschaftliche Entwicklung der Einrichtungen. Gemeinsam mit den Vertretern der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) wurden grundsätzliche Probleme erörtert.

Nach einem Gastvortrag von Prof. Dr. Felix Wallner, Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich, über die Alterssicherung der Ärzte in Österreich wurde der aktuelle Stand der Abschlüsse neuer Überleitungsabkommen zwischen den Ärztlichen Versorgungswerken berichtet. Hier ergab sich, dass die Änderungen bezüglich der Dauer der Überleitungszeit, des Höchstalters für die Überleitung und für den Ausgleichsfaktor schon von vielen Versorgungswerken vorgenommen wurden. Es herrschte Zuversicht, dass im Laufe des Jahres 2012 aufgrund dieser Vorbereitung auch konkret neue Überleitungsabkommen zwischen Versorgungseinrichtungen der ärztlichen Berufsstände zustande kommen würden.

Berichtet wurde auch zur Umsetzung des Vorhabens eines flächendeckenden elektronischen Datenaustausches zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit in Europa. Von Vertretern der ABV wurde berichtet, dass die Komplexität dieses Vorhabens doch viel größer sei und dass daher die Übergangsfrist bis zum 01.05.2014 verlängert wurde. Die ABV sei weiterhin als zentraler Knoten für die Kommunikation mit den für die Versorgungswerke relevanten Versorgungsträgern anderer Mitgliedstaaten vorgesehen. Man arbeite an der technischen Lösung zur Umsetzung und favorisiere derzeit die Entwicklung einer eigenen Softwarelösung, um unabhängig von Dritten zu sein.

Von den Vertretern der ABV wurde ferner auch über den aktuellen Stand neuer Vorgaben zur umsatzsteuerlichen Behandlung von ehrenamtlich Tätigen berichtet. Hier ergibt sich aufgrund mehrerer Rundschreiben des Bundesministeriums für Finanzen, dass die umsatzsteuerliche Befreiung von Aufwandsentschädigungen von Ehrenamtsträgern ab 01.01.2013 neu betrachtet werden müsse. Von Seiten der Versorgungswerke gehe man aber davon aus, dass die ehrenamtlich Tätigen genauso behandelt werden würden wie bei den Ärztekammern. Dort seien die Ehrenamtsträger von der Umsatzsteuerpflicht befreit, weil hier der Status der Körperschaft des öffentlichen Rechts durchschlage.

Wie immer schloss die Sitzung mit Berichten über den aktuellen Stand der Geschäftsentwicklung der Ärztlichen Versorgungswerke und über Änderungen in den Satzungen. Trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen, insbesondere niedriger Zinsen, kann von den meisten Versorgungswerken berichtet werden, dass es weitere Steigerungen entweder bei den Anwartschaften oder bei den Renten, z. T. auch für beide Positionen, gegeben habe. In einer Reihe von Versorgungswerken mussten allerdings zur Bildung von Rückstellungen und zum Auffangen von sonst entstehenden Lücken Nullrunden erfolgen. Es sei aber zu hoffen, dass hier in der Zukunft doch wieder auch alle Versorgungswerke zu Steigerungen zurückkehren könnten. Trotz der in der Öffentlichkeit diskutierten Nachwuchsprobleme im Bereich der Ärzteschaft kann für die Versorgungswerke noch ein Mitgliederzuwachs konstatiert werden. Dies wird dadurch erklärt, dass durchaus steigende Zahlen von Ärzten zu verzeichnen seien, diese aber nicht in dem Maße ärztlich in den klassischen Leistungsbereichen tätig werden, und dass darüber hinaus der Bedarf an Ärzten in der Versorgung größer sei als der Zuwachs. Immerhin würde der weiter anhaltende Zuwachs die Situation in allen Versorgungswerken stabilisieren. Insgesamt konnten die Mitglieder der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ von einer stabilen Entwicklung berichten.

Eine weitere Sitzung fand im November in München statt. Sie diente zur Vorbereitung auf die Mitgliederversammlung der ABV. Zu den Ergebnissen der Mitgliederversammlung der ABV und zu den Themen, die in der ABV im vergangenen Jahr diskutiert wurden, siehe nachfolgende Ausführungen.

12.2.2 Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV)

In der 35. Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. im November 2012 standen Wahlen zum Vorstand und den sonstigen Gremien der Arbeitsgemeinschaft an. Wiedergewählt wurde als Vorsitzender Rechtsanwalt Hartmut Kilger, der am 30.03.2011 die Nachfolge des verstorbenen Rechtsanwalts Dr. Ulrich Kirchhoff angetreten hatte. Für die Ärztlichen Versorgungswerke wurde Dr. Brigitte Ende (Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen) zur stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstands gewählt. Weitere Vorstandsmitglieder aus dem Kreis der Ärztlichen Versorgungswerke sind:

- Rudolf Henke, MdB (Ärzteversorgung Nordrhein)
- Dr. Walter Kudernatsch (Versorgungswerk der Ärztekammer Sachsen-Anhalt)
- Dr. Lothar Wittek (Bayerische Ärzteversorgung)

Die aktuellen Themen aus der Arbeit der ABV im Jahr 2012 spiegeln sich im Bericht des Vorstandsvorsitzenden wider, der nachfolgend in gekürzter Fassung wiedergegeben wird.

„Bereits im letzten Jahr hatten sich die Versorgungswerke in ihrer Mitgliederversammlung mit dem Thema Europa, seiner Entwicklung und Zukunft befasst. Dies ist sicherlich das Megathema der vergangenen und auch der kommenden Jahre. Europa ist aber bereits vielmehr als Rettungsschirme, Rettungsfonds und Rettungsmilliarden. Europa ist, gerade auch auf dem Gebiet des Rechts und zunehmend auf dem Gebiet der sozialen Sicherung, gelebte Realität. Europa betrifft uns als Bürger, aber auch unsere Versorgungswerke beinahe täglich. Die Koordination der sozialen Sicherung für Wanderarbeitnehmer, die Vorbereitung auf den elektronischen Austausch von Meldungen mit Trägern anderer Mitgliedstaaten, die Rahmenbedingungen der Kapitalanlagen und des Datenschutzes, Europa ist und wird immer mehr zum Alltagsgeschäft.

Durch die auch in der Koalition nicht abgestimmten Pläne zur Einführung einer Zuschussrente der Bundesarbeitsministerin steht mittlerweile eine Armutsschwelle von 850 Euro/Monat im Raum. Das hieße nichts anderes als das Eingeständnis, dass der Staat mit über vier Milliarden Euro jährlich Altersarmut finanziert. Auch wenn die Ministerin vom Arbeitnehmerflügel der Union wieder ‚eingefangen' wurde und jetzt nur eine ‚Lebensleistungsrente' von ca. 690 Euro, also knapp über der Grundsicherungsschwelle, kommt, die in etwa der Rente nach Mindestentgeltpunkten entspricht: Die Zahl 850 Euro und der von der Politik legitimierte Anspruch auf diese Mindestrente stehen jetzt im politischen Raum und markieren das Spielfeld der Rentenpolitik. Denn die SPD konnte sich natürlich nicht links überholen lassen und fordert ihrerseits eine Solidarrente von monatlich 850 Euro. Sie will diese zwar aus Steuern gegenfinanzieren, wo sie die entsprechenden Mittel hernehmen will, wenn 2014 die Schuldenbremse ‚scharfgeschaltet wird', sagt die SPD nicht. Berechnungen der Rentenversicherung zu Folge, die der ‚Spiegel' zitiert, kostet die Solidarrente sieben Milliarden Euro, das Gesamtpaket der SPD 25 Milliarden Euro.

Durch das von der Bundesarbeitsministerin promovierte Konzept einer Zuschussrente wird im Ergebnis die Lohn- und Beitragsbezogenheit der Rente in weiten Bereichen gelockert. Schon die Einführung einer Grundsicherung hat dies partiell zur Folge, da Niedrigeinkommensbezieher sich fragen müssen, ob sich die Beitragszahlung lohnt. Doch einen Vorteil hatten beitragsbezogene Rentenansprüche, auch niedrige, immer noch: Man bekam sie ohne Bedarfsprüfung. Jetzt wird eine höhere Leistung dezidiert ‚als Rente' ausbezahlt. Zwar sah die Zuschussrente eine Bedarfsprüfung vor, schon um Mitnahmeeffekte herauszufiltern, doch das machte in zweifacher Hinsicht keinen Sinn: Warum sie dann nicht bei den Grundsicherungsämtern belassen? Andersherum, warum eine beitragsfinanzierte Solidarleistung noch am Bedarf prüfen? Die Beitragserhöhung und das Herüberziehen in die Rentenversicherung machen sozialpolitisch nur Sinn, wenn man eine Mindestrente als Endziel vor Augen hat. Damit ist in der Rentenpolitik ein Damm, das Äquivalenzprinzip, gebrochen. Die Linke geht noch einen Schritt weiter und fordert in einem Entschließungsantrag völlig unabhängig von irgendeiner Beitragszahlung eine Nettomindestrente von 900 Euro monatlich, die schrittweise auf 1.050 Euro angehoben werden solle. Im Übrigen – logisch völlig korrekt – fordert die Linke in einem zweiten Antrag die Einführung einer solidarischen Erwerbstätigenversicherung. Diese soll nicht nur jede und jeden Erwerbstätigen, auch Beamte, Abgeordnete

und Freiberufler einschließen, sondern auch die Beitragsbemessungsgrenze perspektivisch abschaffen und die Renten von Besserverdienenden abflachen.

Eine weitere wichtige Themensetzung konstatieren wir in der Frage der Alterssicherung von Selbstständigen. Hier hat es über Jahre hinweg immer wieder Studien gegeben, die alle mehr oder weniger zu dem gleichen Ergebnis kamen: Die Datenlage ist eigentlich ungenügend, aber es gibt Hinweise, dass ein gewisser Prozentsatz von Selbstständigen nur unzureichend für das Alter vorsorgt. Diese Hinweise sind selbstverständlich ernst zu nehmen. Sie beruhen aber im Wesentlichen auf Querschnittsuntersuchungen, die nur eine Momentaufnahme abbilden. Es ist also keine Aussage möglich, wer von den Selbstständigen, die im Untersuchungszeitraum keine Altersvorsorge treiben oder treiben können, auch noch in zehn oder zwanzig Jahren, wenn sich das Geschäftsmodell etabliert hat, immer noch ohne Sicherung dastehen. Trotz dieser unklaren Datenlage hat die Regierungskoalition sich zur Aufgabe gemacht, die Alterssicherung von Selbstständigen zu regeln.

Die Debatte um die Absicherung der Selbstständigen innerhalb der Koalition brachte schließlich ein Ergebnis hervor, wie es für uns zwiespältiger nicht hätte sein können. Während auf der einen Seite des politischen Spektrums die Einführung einer Erwerbstätigenversicherung droht – der SPD-Landesverband NRW fordert in seinem Kompromissmodell die Einbeziehung von noch nicht obligatorisch gesicherten Selbstständigen explizit als ersten Schritt auf den Weg zu einer solchen –, stellt das Koalitionskonzept einer Wahlfreiheit das Prinzip der Pflichtversicherung zur Disposition. Wenn der Staat bisher sozialpolitischen Handlungsbedarf erkannte, verfügte oder ermöglichte er eine Pflichtversicherung, um funktionsfähige Solidargemeinschaften zu bilden; so auch im Falle der ärztlichen Versorgungswerke. Wer nun einem nach Millionen zählenden Personenkreis Wahlfreiheit einräumt, stellt für alle anderen das Prinzip der Pflichtversicherung zur Disposition, und mehr noch, er provoziert Risikoauslese und Endsolidarisierungseffekte zur Lasten der Pflichtversicherten, was die Debatte um die Flucht aus der Sozialversicherung unwiderstehlich anfachen muss.

Allerdings muss jeder, der in Deutschland eine Erwerbstätigenversicherung unter Einschluss der verkammerten freien Berufe einführen will, eines wissen: Die ABV wird dieses Vorhaben mit aller Entschiedenheit, mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln, mit allen von ihr dazu entwickelten sehr guten Argumenten bekämpfen, notfalls bis vor die Schranken des Bundesverfassungsgerichts.

Die berufsständische/ärztliche Versorgung hat keine Defizite, was die Solidarität im Sozialstaat angeht. Sie trägt das höhere Lebenserwartungsrisiko ihrer Mitglieder auf eigene Kosten und wirtschaftet ohne Staatszuschüsse, obwohl sich ihre Mitglieder sachgerecht und solidarisch an der Aufbringung der Bundeszuschüsse beteiligen. Sie bildet leistungsfähige Solidargemeinschaften ihrer Mitglieder, die nachhaltig finanziert sind. Sie sind eigenständig, mit jeweils deutlicher Distanz zur gesetzlichen Rentenversicherung und Privatversicherung.

Das Jahr 2012 war wesentlich geprägt von dem Angriff auf das Befreiungsrecht und damit die Friedensgrenze zwischen gesetzlicher Rentenversicherung und berufsständischer Versorgung, den die Verwaltungspraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund darstellt. Im Zentrum standen die Industrieapotheker, aber auch Ärzte und Tierärzte, die in der Pharmaindustrie beschäftigt sind, und natürlich, wie seit langem, die Syndikusan-

wälte; das sind Anwälte, die in Unternehmen und Verbänden beschäftigt sind. Angriffspunkt war der Begriff der berufsspezifischen Tätigkeit. Die Deutsche Rentenversicherung Bund begann in Betriebsprüfungen diesen Begriff so eng auszulegen, dass eigentlich nur noch die Tätigkeit in der Offizin oder als angestellter Arzt im Krankenhaus oder in einer Praxis als berufsbezogene Tätigkeit übrig blieb. Das Problem: Die Betriebsprüfer stellten in den Befreiungsvoraussetzungen fest, dass keine berufsbezogene Tätigkeit ausgeübt werde. Damit standen die Arbeitgeber vor dem Problem, an wen sie die Beiträge zahlen sollten, viele zahlten vorsichtshalber an die gesetzliche Rentenversicherung. Dieses Vorgehen löst naturgemäß erhebliche Unruhen in der Mitgliedschaft aus. Das Bundessozialgericht hat in zwei Entscheidungen am 31.01.2012 genau diesen Punkt aufgegriffen. Die Rentenversicherung hatte in zwei Befreiungsverfahren von Pharmaberatern die Entscheidung, ob berufsbezogene Tätigkeit vorliegt oder nicht, auf der Basis des Arzneimittelgesetzes getroffen. Dies ließ der Vorsitzende Richter nicht gelten. Die berufspolitische Qualität eines Angehörigen eines verkammerten freien Berufes ließe sich nur durch die Berufsordnung dieser Berufe bestimmen. Damit ist die Bescheidpraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund zum Merkmal der sogenannten berufsspezifischen Tätigkeit in ihrer sehr restriktiven Handhabung der letzten Zeit wohl Geschichte.

Allerdings hat das Bundessozialgericht auch Aussagen getroffen, die den Versorgungswerken und ihren Mitgliedern weniger gefallen können. Die Befreiung für eine befristete, berufsfremde Tätigkeit nach § 6 Abs. 5 Satz 1 SGB VI erfordert die gleichen Voraussetzungen wie eine Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, d. h., Pflichtmitgliedschaft gleichzeitig im Versorgungswerk und in der Kammer. Dies deshalb, so die Richter, weil die ursprüngliche Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI auf die vorübergehende berufsfremde Tätigkeit nur erstreckt werde. Für die berufsständische Versorgung ist dies sehr nachteilig, da zukünftig alle Angehörigen der freien Berufe, die noch über keine Befreiung verfügen, wie Berufsanfänger oder Selbstständige, für berufsfremde Tätigkeit nicht mehr befreit werden können. Aus der Aussage, dass die Befreiung nach § 6 Abs. 5 Satz 1 SGB VI auf die jeweilige Beschäftigung bzw. selbstständige Tätigkeit im Sinne des § 7 SGB IV beschränkt sei, leiten die Richter ab, dass für jede neue Tätigkeit auch ein neuer Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gestellt werden müsse. Damit gilt die Fristsetzung des § 6 Abs. 4 SGB VI. Zukünftig müssen also alle Angehörigen der verkammerten freien Berufe und damit auch alle Ärztinnen und Ärzte bei jeder Aufnahme einer neuen Tätigkeit einen neuen Befreiungsantrag stellen und dabei die Frist von drei Monaten einhalten. Offen ist, wie mit denjenigen umgegangen werden soll, die vor vielen Jahren von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit wurden und inzwischen mehrfach den Arbeitgeber gewechselt haben. Ihnen hatte die gesetzliche Rentenversicherung in der Vergangenheit immer wieder bestätigt, die Befreiung gilt für alle berufsspezifischen Beschäftigungen unter der Berufsbezeichnung Ärztin/Arzt. Da zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts die schriftlichen Urteilsgründe des Bundessozialgerichts noch nicht vorlagen, war seitens der ABV noch nicht zu klären, wie diese Fälle in Zukunft gehandhabt werden sollen. Die Rentenversicherung hat aber in ersten Kontaktnahmen erkennen lassen, dass sie schon im Hinblick auf ihre bisherige Verwaltungspraxis hier Rechtsfrieden eintreten lassen will. Wer einschlägig betroffen ist, sollte sich zeitnah an sein Versorgungswerk wenden oder die Veröffentlichungen z. B. im Deutschen Ärzteblatt beobachten."

13. Dokumentation

Inhaltsverzeichnis

		Seite
13.1	**Dokumentation zum Berichtsteil**	452
	Zu Kapitel 3	
	– Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellen)	452
	– Adressverzeichnis der Ansprechpartner/Ombudspersonen in den Landes-)Ärztekammern gegen „Ausbeutung der Arbeitskraft und Überlastung von Ärztinnen und Ärzten“	482
	Zu Kapitel 4	
	– Bekanntmachungen der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer	484
	– Ausarbeitungen der Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern	485
	Zu Kapitel 5	
	– Richtlinien und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer	487
	– Richtlinien, Empfehlungen und Positionen der Ständigen Kommission Organtransplantation	490
	– Gewebemedizin	492
	– Bekanntmachungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG	494
13.2	**Ergebnisse der Beratungen zu Beschlüssen des Deutschen Ärztetages**	495
13.2.1	Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages 2012	495
13.2.2	Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 114. Deutschen Ärztetages 2011	521
13.2.3	Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 113. Deutschen Ärztetages 2010	525
13.2.4	Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 112. Deutschen Ärztetages 2009	525
13.3	**Auszeichnungen der Bundesärztekammer**	526
13.4	**Organisation der Bundesärztekammer**	527
13.4.1	Deutscher Ärztetag	527
	Organigramm	529
13.4.2	Organe, Ausschüsse, Ständige Konferenzen und sonstige Einrichtungen	530
13.4.3	Organisationsstruktur der Geschäftsstelle	608
	Organigramm	610
13.5	**Adressen der Landesärztekammern**	611

13.1 Dokumentation zum Berichtsteil

Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960

Stichtag (jeweils 31. 12.)	Berufstätige Ärzte		Ärztliche Tätigkeitsbereiche			Ohne ärztliche Tätigkeit	Registrierte Ärzte insges. (Spalte 1+6)
	insgesamt (Sp. 3+4+5)	Einwohner je Arzt	ambulant	stationär	in anderen Bereichen		
0	1	2	3	4	5	6	7
1960	92.806	786					
1970	133.011	587					
1980	173.346	452					
1990	237.750	335	92.289	118.087	27.374	51.420	289.170
1995	273.880	299	117.578	132.736	23.566	61.468	335.348
±% zum Vorj.	2,5	–2,1	2,2	2,8	2,7	3,2	2,6
1996	279.335	294	119.560	135.341	24.434	64.221	343.556
±% zum Vorj.	2,0	–1,7	1,7	2,0	3,7	4,5	2,4
1997	282.737	290	121.990	134.637	26.110	68.117	350.854
±% zum Vorj.	1,2	–1,1	2,0	–0,5	6,9	6,1	2,1
1998	287.032	286	124.621	135.840	26.571	70.695	357.727
±% zum Vorj.	1,5	–1,5	2,2	0,9	1,8	3,8	2,0
1999	291.171	282	125.981	137.466	27.724	72.225	363.396
±% zum Vorj.	1,4	–1,3	1,1	1,2	4,3	2,2	1,6
2000	294.676	279	128.488	139.477	26.711	74.643	369.319
±% zum Vorj.	1,2	–1,1	2,0	1,5	–3,7	3,3	1,6
2001	297.893	277	129.986	142.310	25.597	77.332	375.225
±% zum Vorj.	1,1	–0,9	1,2	2,0	–4,2	3,6	1,6
2002	301.060	274	131.329	143.838	25.893	80.282	381.342
±% zum Vorj.	1,1	–0,9	1,0	1,1	1,2	3,8	1,6
2003	304.117	271	132.349	145.536	26.232	84.084	388.201
±% zum Vorj.	1,0	–1,0	0,8	1,2	1,3	4,7	1,8
2004	306.435	269	133.365	146.357	26.713	87.997	394.432
±% zum Vorj.	0,8	–0,8	0,8	0,6	1,8	4,7	1,6
2005	307.577	268	134.798	146.511	26.268	92.985	400.562
±% zum Vorj.	0,4	–0,4	1,1	0,1	–1,7	5,7	1,6
2006	311.230	264	136.105	148.322	26.803	95.744	406.974
±% zum Vorj.	1,2	–1,3	1,0	1,2	2,0	3,0	1,6
2007	314.912	261	137.538	150.644	26.730	98.784	413.696
±% zum Vorj.	1,2	–1,3	1,1	1,6	–0,3	3,2	1,7
2008	319.697	257	138.330	153.799	27.568	101.989	421.686
±% zum Vorj.	1,5	–1,8	0,6	2,1	3,1	3,2	1,9
2009	325.945	251	139.612	158.223	28.110	103.981	429.926
±% zum Vorj.	2,0	–2,2	0,9	2,9	2,0	2,0	2,0
2010	333.599	245	141.461	163.632	28.506	105.491	439.090
±% zum Vorj.	2,3	–2,4	1,3	3,4	1,4	1,5	2,1
2011	342.063	239	142.855	169.840	29.368	107.346	449.409
±% zum Vorj.	2,5	–2,4	1,0	3,8	3,0	1,8	2,4
2012	348.695	235	144.058	174.829	29.808	110.326	459.021
±% zum Vorj.	1,9	–1,9	0,8	2,9	1,5	2,8	2,1

Quelle: Statistik der BÄK, Statistisches Bundesamt (1960 bis 1980)
Anmerkung: In Spalte 5 sind wehrdienstleistende Ärzte, Ärzte bei Behörden und Körperschaften sowie in Industrie und Forschung ärztlich tätige Ärzte erfasst. 1990 sind hier auch Praxisassistenten ausgewiesen.

Tabelle 2: Ärztinnen und Ärzte nach Landesärztekammern und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2012

Landesärztekammer	Gesamt			Dar.:	Berufstätig			Davon:				
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Anteil am Bundesgebiet	ohne ärztliche Tätigkeit	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Anteil am Bundesgebiet	ambulant	darunter: niedergelassen	stationär	in Behörd., Körpersch. u.a.	in sonstigen Bereichen
	absolut	in Prozent	in Prozent	absolut	absolut	in Prozent	in Prozent	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Baden-Württemberg	60.732	1,2	13,2	15.284	45.448	1,2	13,0	18.832	16.187	22.512	1.271	2.833
Bayern	75.909	2,4	16,5	19.266	56.643	2,0	16,2	24.935	21.202	26.666	1.242	3.800
Berlin	28.649	2,2	6,2	9.724	18.925	1,3	5,4	7.544	5.880	8.739	916	1.726
Brandenburg	12.286	2,5	2,7	3.453	8.833	2,2	2,5	3.576	3.285	4.691	220	346
Bremen	4.761	2,7	1,0	1.055	3.706	2,5	1,1	1.548	1.369	1.785	96	277
Hamburg	14.634	2,8	3,2	2.956	11.678	2,4	3,3	4.613	3.551	5.614	445	1006
Hessen	32.969	2,0	7,2	7.046	25.923	1,5	7,4	10.512	9.092	12.541	581	2.289
Mecklenburg-Vorpommern	9.661	2,5	2,1	2.790	6.871	1,3	2,0	2.543	2.259	3.688	133	507
Niedersachsen	37.315	2,7	8,1	7.597	29.718	2,6	8,5	12.888	11.419	14.387	925	1.518
Nordrhein	55.327	2,0	12,1	12.300	43.027	2,1	12,3	17.516	14.895	22.732	656	2.123
Rheinland-Pfalz	19.568	2,0	4,3	3.078	16.490	2,2	4,7	6.685	5.805	7.813	758	1.234
Saarland	5.709	1,3	1,2	1.058	4.651	2,4	1,3	1.859	1.542	2.517	139	136
Sachsen	22.160	2,7	4,8	6.226	15.934	2,3	4,6	6.488	5.536	8.623	320	503
Sachsen-Anhalt	11.447	1,8	2,5	2.922	8.525	1,9	2,4	3.296	2.860	4.791	289	149
Schleswig-Holstein	15.808	2,0	3,4	4.108	11.700	1,4	3,4	5.054	4.243	5.756	448	442
Thüringen	11.738	2,7	2,6	3.094	8.644	2,8	2,5	3.385	2.836	4.827	256	176
Westfalen-Lippe	40.348	2,1	8,8	8.369	31.979	2,1	9,2	12.784	11.252	17.147	901	1.147
Bundesgebiet insgesamt	**459.021**	**2,1**	**100**	**110.326**	**348.695**	**1,9**	**100**	**144.058**	**123.213**	**174.829**	**9.596**	**20.212**

Tabelle 3: Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2012

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ohne Gebietsbezeichnung	**102.468**	**13.492**	**8.186**	**5.306**	**78.841**	**187**	**62**	**3.248**	**1.122**	**714**	**6.887**	**31.636**	**134.104**
Ohne Facharztbezeichnung	97.692	9.404	4.295	5.109	78.577	174	56	3.148	1.119	677	6.563	30.038	127.730
Praktische Ärztin/Prakt. Arzt (EWG-Recht)	4.776	4.088	3.891	197	264	13	6	100	3	37	324	1.598	6.374
Allgemeinmedizin	**43.304**	**37.417**	**34.109**	**3.308**	**2.474**	**120**	**45**	**1.277**	**344**	**204**	**2.136**	**13.913**	**57.217**
Allgemeinmedizin	41.726	36.112	33.135	2.977	2.306	120	42	1.254	335	199	2.054	13.708	55.434
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	1.315	1.072	752	320	155		3	19	9	2	69	90	1.405
Praktische Ärztin/Praktischer Arzt	263	233	222	11	13			4		3	13	115	378
Anästhesiologie	**20.836**	**3.583**	**2.980**	**603**	**15.741**	**1.414**	**280**	**309**	**116**	**41**	**1.203**	**4.916**	**25.752**
Anästhesiologie	20.739	3.567	2.965	602	15.666	1.405	280	306	116	39	1.200	4.882	25.621
Anästhesiologie und Intensivtherapie	97	16	15	1	75	9		3		2	3	34	131
Anatomie	**103**	**4**	**3**	**1**	**70**	**15**		**15**	**2**	**1**	**14**	**86**	**189**
Anatomie	103	4	3	1	70	15		15	2	1	14	86	189
Arbeitsmedizin	**2.926**	**393**	**303**	**90**	**299**	**42**	**9**	**388**	**32**	**40**	**1.846**	**1.575**	**4.501**
Arbeitshygiene	4	1		1				2			1	51	55
Arbeitsmedizin	2.922	392	303	89	299	42	9	386	32	40	1.845	1.524	4.446
Augenheilkunde	**6.980**	**5.780**	**4.989**	**791**	**936**	**120**	**53**	**39**	**21**	**2**	**225**	**2.565**	**9.545**
Augenheilkunde	6.980	5.780	4.989	791	936	120	53	39	21	2	225	2.565	9.545
Biochemie	**48**	**1**	**1**		**29**	**8**	**2**	**2**			**16**	**53**	**101**
Biochemie	48	1	1		29	8	2	2			16	53	101
Chirurgie	**32.906**	**11.134**	**9.827**	**1.307**	**19.744**	**3.490**	**840**	**590**	**121**	**41**	**1.438**	**9.035**	**41.941**
Allgemeinchirurgie	78	2	2		73			3	3			8	86
Allgemeine Chirurgie	630	16	9	7	592	16	2	5	4		17	38	668
Chirurgie	10.058	2.561	2.169	392	6.556	567	281	325	46	21	616	4.078	14.136
Gefäßchirurgie	406	26	13	13	375	27	6	4	3		1	8	414
Herzchirurgie	841	23	18	5	789	77	4	9	4		20	69	910
Kinderchirurgie	524	117	105	12	390	58	19	7		2	10	132	656
Orthopädie	6.443	4.591	4.198	393	1.445	416	116	87	18	10	320	2.057	8.500
Orthopädie und Unfallchirurgie	5.985	1.796	1.501	295	4.014	712	98	31	15	1	144	302	6.287
Plastische Chirurgie	623	264	246	18	333	121	38	2			24	90	713
Plastische und Ästhetische Chirurgie	271	73	52	21	183	29	3	3	1		12	30	301

Tabelle 3: Fortsetzung 1

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Thoraxchirurgie	128	1		1	124	12		1	1		2	6	134
Visceralchirurgie	592	12	8	4	571	62	4	3	3		6	15	607
Viszeralchirurgie	94	3	2	1	88	9	1	1	1		2	4	98
SP Gefäßchirurgie	982	234	206	28	716	226	54	7		2	25	221	1.203
SP Rheumatologie	399	257	243	14	113	52	12				29	177	576
SP Thoraxchirurgie (Chirurgie)	212	4	4		202	79	7	2	1		4	44	256
SP Thoraxchirurgie (Herzchirurgie)	43				41	12	2				2	13	56
SP Unfallchirurgie	2.817	926	847	79	1.668	381	99	69	11	3	154	1.090	3.907
SP Visceralchirurgie	1.418	115	101	14	1.254	558	77	16	6	1	33	458	1.876
TG Gefäßchirurgie	32	5	5		25	10	1	1			1	12	44
TG Herz- und Gefäßchirurgie												1	1
TG Kinderchirurgie	56	16	14	2	37	15	4	1		1	2	54	110
TG Plastische Chirurgie	98	54	52	2	36	13	5	4	1		4	45	143
TG Rheumatologie	13	8	6	2	3	2					2	4	17
TG Thoraxchirurgie	14	1	1		13	9	4					8	22
TG Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	51	2	2		44	15	3	1			4	38	89
TG Unfallchirurgie	98	27	23	4	59	12		8	3		4	33	131
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	**17.147**	**11.016**	**9.784**	**1.232**	**5.381**	**802**	**278**	**129**	**1**	**32**	**621**	**6.321**	**23.468**
Frauenheilkunde	57	38	28	10	16	5	2				3	62	119
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.495	10.814	9.632	1.182	4.951	633	261	126	1	31	604	6.204	22.699
Gynäkologie und Geburtshilfe	41	20	15	5	16	3		3		1	2	13	54
SP Gynäkol. Endokrinol. u. Reproduktionsm.	72	48	26	22	23	1					1	12	84
SP Gynäkologische Onkologie	320	75	68	7	238	132	11				7	23	343
SP Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin	162	21	15	6	137	28	4				4	7	169
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	**5.922**	**4.254**	**3.914**	**340**	**1.408**	**213**	**63**	**74**	**38**	**8**	**186**	**2.047**	**7.969**
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5.698	4.131	3.801	330	1.321	187	55	70	36	7	176	1.958	7.656
Phoniatrie und Pädaudiologie	157	85	78	7	63	21	7	2		1	7	36	193
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	47	25	23	2	18	2	1	2	2		2	7	54
TG Audiologie	2	2	2									11	13
TG Phoniatrie	2	1	1		1							6	8

Tabelle 3: Fortsetzung 2

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TG Phoniatrie und Pädaudiologie	16	10	9	1	5	3					1	29	45
Haut- und Geschlechtskrankheiten	**5.519**	**4.168**	**3.559**	**609**	**987**	**144**	**45**	**100**	**35**	**16**	**264**	**1.937**	**7.456**
Dermatologie und Venerologie	50	27	14	13	21	5		1	1		1	20	70
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.469	4.141	3.545	596	966	139	45	99	34	16	263	1.917	7.386
Humangenetik	**310**	**165**	**107**	**58**	**108**	**32**	**14**	**12**		**1**	**25**	**46**	**356**
Humangenetik	310	165	107	58	108	32	14	12		1	25	46	356
Hygiene und Umweltmedizin	**201**	**16**	**5**	**11**	**73**	**20**	**3**	**70**	**5**	**31**	**42**	**246**	**447**
Hygiene	24	3		3	11	3		2	1		8	45	69
Hygiene und Umweltmedizin	177	13	5	8	62	17	3	68	4	31	34	201	378
Innere Medizin	**46.995**	**22.845**	**20.000**	**2.845**	**21.139**	**3.285**	**791**	**955**	**75**	**164**	**2.056**	**15.004**	**61.999**
Innere Medizin	30.377	16.122	14.297	1.825	12.028	1.093	399	794	43	145	1.433	11.685	42.062
Innere Medizin und Angiologie	38	8	6	2	30	2						1	39
Innere Medizin u. Endokrinologie u. Diabetolog.	49	15	10	5	31	1	1	1		1	2	1	50
Innere Medizin und Gastroenterologie	268	33	23	10	228	14	1	2	1		5	13	281
Innere Medizin und Geriatrie	48	3	1	2	45	19						4	52
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	148	33	18	15	111	2					4	6	154
Innere Medizin und Infektiologie	1				1								1
Innere Medizin und Kardiologie	517	69	31	38	438	12	2				10	29	546
Innere Medizin und Nephrologie	184	67	41	26	107						10	5	189
Innere Medizin und Pneumologie	170	29	16	13	133	3	2	1			7	6	176
Innere Medizin und Rheumatologie	53	15	8	7	38	2	2					3	56
Innere Medizin und SP Angiologie	32	11	8	3	21	1						3	35
Innere Medizin u. SP Endokrinolog. u. Diabetol.	44	14	6	8	26	1	1				4	4	48
Innere Medizin und SP Gastroenterologie	139	32	21	11	105	15	2				2	4	143
Innere Medizin und SP Geriatrie	6	1		1	5	3						1	7
Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin	105	16	12	4	86		1				3	2	107
Innere Medizin u. SP Hämatologie u. Onkologie	101	21	14	7	77	4	1	2	2		1	7	108
Innere Medizin und SP Kardiologie	286	50	30	20	231	10	2	1	1		4	19	305
Innere Medizin und SP Nephrologie	101	38	18	20	60	2					3	6	107
Innere Medizin und SP Pneumologie	97	23	19	4	69	1		1	1		4	5	102

Tabelle 3: Fortsetzung 3

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Innere Medizin und SP Rheumatologie	34	15	10	5	19	2	2					3	37
Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde	96	60	52	8	22	9	1	5		1	9	70	166
Lungenheilkunde	13	8	6	2	1	1		2		2	2	31	44
Lungen- und Bronchialheilkunde	261	188	176	12	48	9	4	10		5	15	315	576
SP Angiologie	618	278	246	32	311	105	20	10	2		19	104	722
SP Endokrinologie	471	223	176	47	215	76	12	7		1	26	102	573
SP Endokrinologie und Diabetologie	3	2	2								1		3
SP Gastroenterologie	2.506	881	793	88	1.539	550	109	13	7		73	581	3.087
SP Geriatrie	23	2	2		20	5					1	8	31
SP Hämatologie und Internistische Onkologie	1.708	655	549	106	977	231	44	12	3		64	230	1.938
SP Infektiologie	9				7	2					2	1	10
SP Kardiologie	4.104	1.680	1.478	202	2.275	627	97	36	9	2	113	632	4.736
SP Nephrologie	1.912	1.134	949	185	640	147	25	15			123	400	2.312
SP Pneumologie	1.339	585	516	69	681	163	34	23	2	5	50	203	1.542
SP Rheumatologie	759	373	327	46	333	99	26	14	1	1	39	208	967
TG Diabetologie	19	11	10	1	6	2					2	69	88
TG Endokrinologie	6	5	3	2	1	1						1	7
TG Gastroenterologie	54	21	16	5	29	12		1	1		3	26	80
TG Hämatologie	62	28	26	2	29	12	1				5	37	99
TG Infektions- und Tropenmedizin	2	1	1		1							17	19
TG Kardiologie	71	15	13	2	49	24		2	2		5	29	100
TG Lungen- und Bronchialheilkunde	85	41	38	3	38	19	2	3		1	3	29	114
TG Nephrologie	30	14	11	3	10	1					6	20	50
TG Rheumatologie	10	4	3	1	4						2	9	19
TG Kardiologie und Angiologie	36	21	18	3	14	3					1	75	111
Kinder- und Jugendmedizin	**13.179**	**6.758**	**5.925**	**833**	**5.263**	**586**	**222**	**507**		**346**	**651**	**6.221**	**19.400**
Kinderheilkunde	1.151	729	652	77	285	42	9	73		44	64	762	1.913
Kinder- und Jugendmedizin	9.725	5.438	4.748	690	3.370	239	157	405		288	512	4.946	14.671
SP Endokrinologie und Diabetologie	28	11	7	4	15	2		2				8	36
SP Infektiologie	2				1			1					2

Tabelle 3: Fortsetzung 4

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	179	10	9	1	160	24					9	20	199
SP Kinder-Kardiologie	413	146	136	10	249	41	8	7		5	11	116	529
SP Kinderpneumologie	54	18	14	4	36	4						10	64
SP Neonatologie	1.115	271	241	30	798	154	32	16		8	30	267	1.382
SP Nephrologie	29	8	5	3	21	2						5	34
SP Neuropädiatrie	445	117	103	14	302	66	15	3		1	23	38	483
SP Pädiatrische Rheumatologie												3	3
SP Pulmologie	3	1	1		2							2	5
TG Kinderdiabetologie	1				1							1	2
TG Kindergastroenterologie	2				2	1						5	7
TG Kinderhämatologie	3				2	2					1	8	11
TG Kinderkardiologie	15	4	4		11	6	1					5	20
TG Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	7	3	3		3	1					1	3	10
TG Kinderneonatologie	1				1	1						1	2
TG Kindernephrologie	5	1	1		4	1						11	16
TG Kinderneuropsychiatrie	1	1	1									10	11
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychother.	**1.885**	**956**	**853**	**103**	**835**	**167**	**13**	**47**		**30**	**47**	**404**	**2.289**
Kinder- und Jugendpsychiatrie	470	297	282	15	142	38	2	17		8	14	218	688
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychother.	1.415	659	571	88	693	129	11	30		22	33	186	1.601
Laboratoriumsmedizin	**1.038**	**629**	**299**	**330**	**284**	**83**	**17**	**26**	**11**	**5**	**99**	**463**	**1.501**
Laboratoriumsmedizin	1.038	629	299	330	284	83	17	26	11	5	99	463	1.501
Mikrobiolog., Virolog. u. Infektionsepidemiol.	**697**	**241**	**107**	**134**	**322**	**65**	**10**	**65**	**14**	**5**	**69**	**353**	**1.050**
Mikrobiologie	1				1							5	6
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	496	190	92	98	202	57	9	53	8	3	51	312	808
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiol.	200	51	15	36	119	8	1	12	6	2	18	36	236
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	**1.544**	**1.112**	**1.047**	**65**	**385**	**80**	**20**	**19**	**13**	**1**	**28**	**386**	**1.930**
Kieferchirurgie	1				1							3	4
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.540	1.111	1.046	65	382	80	20	19	13	1	28	382	1.922
Oralchirurgie	3	1	1		2							1	4

Tabelle 3: Fortsetzung 5

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Nervenheilkunde	**3.337**	**2.149**	**2.029**	**120**	**836**	**217**	**41**	**129**	**4**	**43**	**223**	**2.494**	**5.831**
Nervenheilkunde	2.245	1.423	1.343	80	569	126	33	100	4	33	153	1.593	3.838
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	606	429	404	25	129	49	8	11		3	37	475	1.081
Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)	485	296	281	15	138	42		18		7	33	414	899
TG Kinderneuropsychiatrie	1	1	1									12	13
Neurochirurgie	**1.784**	**588**	**479**	**109**	**1.137**	**207**	**66**	**27**	**16**		**32**	**274**	**2.058**
Neurochirurgie	1.784	588	479	109	1.137	207	66	27	16		32	274	2.058
Neurologie	**5.370**	**1.454**	**1.141**	**313**	**3.616**	**540**	**107**	**81**	**12**	**15**	**219**	**611**	**5.981**
Neurologie	5.370	1.454	1.141	313	3.616	540	107	81	12	15	219	611	5.981
Nuklearmedizin	**1.074**	**709**	**548**	**161**	**315**	**81**	**16**	**9**	**6**		**41**	**346**	**1.420**
Nuklearmedizin	1.074	709	548	161	315	81	16	9	6		41	346	1.420
Öffentliches Gesundheitswesen	**857**	**33**	**29**	**4**	**31**	**5**		**714**	**11**	**441**	**79**	**738**	**1.595**
Öffentliches Gesundheitswesen	857	33	29	4	31	5		714	11	441	79	738	1.595
Pathologie	**1.535**	**740**	**564**	**176**	**692**	**145**	**60**	**12**	**6**		**91**	**663**	**2.198**
Neuropathologie	102	9	4	5	88	26	6	1			4	30	132
Pathobiochemie und Labordiagnostik	2				1						1	4	6
Pathologie	1.403	718	550	168	596	119	54	10	5		79	572	1.975
Pathologische Anatomie	16	12	10	2	1			1	1		2	33	49
Pathologische Physiologie	10	1		1	5						4	12	22
TG Neuropathologie	2				1						1	12	14
Pharmakologie	**443**	**25**	**13**	**12**	**161**	**51**	**2**	**42**	**2**	**2**	**215**	**333**	**776**
Klinische Pharmakologie	237	15	8	7	84	22	1	17	2	1	121	91	328
Pharmakologie	1				1	1						11	12
Pharmakologie und Toxikologie	195	9	5	4	74	27	1	22		1	90	209	404
TG Klinische Pharmakologie	10	1		1	2	1		3			4	22	32
Physikalische und Rehabilitative Medizin	**1.793**	**690**	**576**	**114**	**924**	**210**	**22**	**51**	**1**	**6**	**128**	**586**	**2.379**
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1.746	674	564	110	898	203	22	48	1	5	126	481	2.227
Physiotherapie	47	16	12	4	26	7		3		1	2	105	152
Physiologie	**105**	**8**	**5**	**3**	**55**	**13**		**15**	**2**		**27**	**81**	**186**
Physiologie	105	8	5	3	55	13		15	2		27	81	186

Tabelle 3: Fortsetzung 6

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Psychiatrie und Psychotherapie	**9.485**	**3.570**	**3.277**	**293**	**5.087**	**779**	**98**	**381**	**20**	**143**	**447**	**1.090**	**10.575**
Psychiatrie	3.038	1.458	1.388	70	1.227	192	20	175	7	63	178	510	3.548
Psychiatrie und Psychotherapie	6.230	2.080	1.857	223	3.710	524	75	193	13	79	247	562	6.792
SP Forensische Psychiatrie	217	32	32		150	63	3	13		1	22	18	235
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	**4.066**	**3.076**	**3.016**	**60**	**863**	**299**	**36**	**23**	**1**	**4**	**104**	**785**	**4.851**
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	948	550	540	10	369	78	11	9		1	20	119	1.067
Psychotherapeutische Medizin	3.103	2.514	2.466	48	492	219	25	14	1	3	83	636	3.739
Psychotherapie	15	12	10	2	2	2					1	30	45
Radiologie	**7.379**	**3.423**	**2.442**	**981**	**3.522**	**628**	**193**	**79**	**28**	**9**	**355**	**2.626**	**10.005**
Diagnostische Radiologie	3.423	1.701	1.233	468	1.549	303	109	31	11	2	142	376	3.799
Radiologie	2.515	1.071	702	369	1.259	135	30	34	15	4	151	1.849	4.364
Radiologische Diagnostik	926	501	397	104	370	92	40	10	1	2	45	244	1.170
SP Kinderradiologie	104	20	14	6	80	17	3	1			3	20	124
SP Neuroradiologie	323	97	75	22	218	58	7	2	1		6	30	353
TG Kinderradiologie	13	2	1	1	10	3	1	1		1		26	39
TG Neuroradiologie	50	18	15	3	29	17	3				3	33	83
TG Strahlentherapie	25	13	5	8	7	3					5	48	73
Rechtsmedizin	**229**	**18**	**13**	**5**	**135**	**22**	**1**	**32**	**2**	**5**	**44**	**107**	**336**
Rechtsmedizin	229	18	13	5	135	22	1	32	2	5	44	107	336
Strahlentherapie	**1.142**	**521**	**278**	**243**	**586**	**111**	**33**	**7**		**2**	**28**	**148**	**1.290**
Strahlentherapie	1.142	521	278	243	586	111	33	7		2	28	148	1.290
Transfusionsmedizin	**562**	**98**	**45**	**53**	**312**	**53**	**16**	**25**	**6**	**2**	**127**	**183**	**745**
Blutspende- und Transfusionswesen	12	4	2	2	2	2		3	1	1	3	26	38
Transfusionsmedizin	550	94	43	51	310	51	16	22	5	1	124	157	707
Urologie	**5.388**	**2.953**	**2.728**	**225**	**2.207**	**374**	**98**	**67**	**20**	**6**	**161**	**1.641**	**7.029**
Urologie	5.388	2.953	2.728	225	2.207	374	98	67	20	6	161	1.641	7.029
Sonstige Gebietsbezeichnungen	**138**	**39**	**32**	**7**	**31**	**4**		**30**	**2**	**10**	**38**	**413**	**551**
Biophysik	4				3	1					1	2	6
Geschichte der Medizin	2										2	2	4
Immunologie	21	6	5	1	8	2		1			6	10	31

Tabelle 3: Fortsetzung 7

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Kieferchirurgie	4	1	1		1						2		4
Medizinische Genetik												2	2
Medizinische Informatik												1	1
Medizinische Physik und Biophysik												1	1
Pathologische Biochemie	1				1							1	2
Sozialhygiene	27	1	1		3			16	1	8	7	191	218
Sportmedizin	70	25	19	6	14	1		13	1	2	18	120	190
Sonstige Facharztbezeichnungen[1]	9	6	6		1						2	83	92
Insgesamt	**348.695**	**144.058**	**123.213**	**20.845**	**174.829**	**14.612**	**3.556**	**9.596**	**2.089**	**2.370**	**20.212**	**110.326**	**459.021**

1 Enthält nicht zuordenbare Bezeichnungen

Tabelle 4: Ärztinnen nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2012

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ohne Gebietsbezeichnung	**60.112**	**8.488**	**4.580**	**3.908**	**45.530**	**41**	**34**	**2.030**	**553**	**610**	**4.064**	**22.052**	**82.164**
Ohne Facharztbezeichnung	57.461	6.311	2.555	3.756	45.350	37	29	1.955	553	576	3.845	21.211	78.672
Praktische Ärztin (EWG-Recht)	2.651	2.177	2.025	152	180	4	5	75		34	219	841	3.492
Allgemeinmedizin	**18.938**	**15.574**	**13.218**	**2.356**	**1.641**	**36**	**20**	**654**	**94**	**157**	**1.069**	**6.341**	**25.279**
Allgemeinmedizin	18.085	14.887	12.777	2.110	1.529	36	18	642	93	152	1.027	6.215	24.300
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	693	546	307	239	106		2	9	1	2	32	72	765
Praktische Ärztin	160	141	134	7	6			3		3	10	54	214
Anästhesiologie	**8.559**	**1.642**	**1.283**	**359**	**6.244**	**152**	**59**	**146**	**16**	**31**	**527**	**2.675**	**11.234**
Anästhesiologie	8.520	1.636	1.277	359	6.217	151	59	143	16	29	524	2.661	11.181
Anästhesiologie und Intensivtherapie	39	6	6		27	1		3		2	3	14	53
Anatomie	**24**	**1**	**1**		**16**			**6**	**1**	**1**	**1**	**21**	**45**
Anatomie	24	1	1		16			6	1	1	1	21	45
Arbeitsmedizin	**1.367**	**162**	**114**	**48**	**168**	**11**	**4**	**190**	**5**	**23**	**847**	**725**	**2.092**
Arbeitshygiene	2	1		1				1				25	27
Arbeitsmedizin	1.365	161	114	47	168	11	4	189	5	23	847	700	2.065
Augenheilkunde	**3.162**	**2.613**	**2.136**	**477**	**390**	**9**	**10**	**16**	**4**	**2**	**143**	**1.198**	**4.360**
Augenheilkunde	3.162	2.613	2.136	477	390	9	10	16	4	2	143	1.198	4.360
Biochemie	**13**	**1**	**1**		**7**			**1**			**4**	**7**	**20**
Biochemie	13	1	1		7			1			4	7	20
Chirurgie	**5.670**	**1.467**	**1.093**	**374**	**3.673**	**201**	**65**	**185**	**13**	**18**	**345**	**1.345**	**7.015**
Allgemeinchirurgie	20				18			2	2			6	26
Allgemeine Chirurgie	170	3	1	2	162	1	2				5	21	191
Chirurgie	2.449	476	323	153	1.661	39	20	108	5	8	204	690	3.139
Gefäßchirurgie	103	10	2	8	93	1	1					5	108
Herzchirurgie	105	2	2		97	2		3	2		3	5	110
Kinderchirurgie	174	31	27	4	131	8	5	6		2	6	45	219
Orthopädie	950	541	437	104	303	42	10	38	2	7	68	317	1.267
Orthopädie und Unfallchirurgie	713	158	98	60	526	29	8	4			25	85	798
Plastische Chirurgie	140	70	61	9	65	13	2				5	28	168
Plastische und Ästhetische Chirurgie	71	24	13	11	43	2		2			2	14	85

Tabelle 4: Fortsetzung 1

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Thoraxchirurgie	20				20							3	23
Visceralchirurgie	103	1		1	101	5	1	1	1			5	108
Viszeralchirurgie	23	1	1		22							3	26
SP Gefäßchirurgie	158	40	31	9	113	12	4	3			2	20	178
SP Rheumatologie	46	27	23	4	18	7	1				1	13	59
SP Thoraxchirurgie (Chirurgie)	29				26	2	2	2	1		1	3	32
SP Thoraxchirurgie (Herzchirurgie)	4				4								4
SP Unfallchirurgie	200	54	46	8	122	7	3	6			18	31	231
SP Visceralchirurgie	134	7	7		119	24	5	6			2	17	151
TG Gefäßchirurgie	8	1	1		7	2	1					1	9
TG Kinderchirurgie	14	4	4		8	2		1		1	1	16	30
TG Plastische Chirurgie	21	12	11	1	5	1		2			2	13	34
TG Rheumatologie	1	1	1										1
TG Thoraxchirurgie	2	1	1		1								2
TG Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	4				3			1				3	7
TG Unfallchirurgie	8	3	3		5	2						1	9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	**10.473**	**6.746**	**5.730**	**1.016**	**3.243**	**136**	**79**	**96**		**28**	**388**	**2.128**	**12.601**
Frauenheilkunde	33	26	18	8	6	2	1				1	22	55
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10.208	6.634	5.657	977	3.097	115	77	94		27	383	2.084	12.292
Gynäkologie und Geburtshilfe	26	14	10	4	8	1		2		1	2	7	33
SP Gynäkol. Endokrinol. u. Reproduktionsm.	54	36	15	21	17						1	10	64
SP Gynäkologische Onkologie	77	25	24	1	52	13						3	80
SP Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin	75	11	6	5	63	5	1				1	2	77
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	**1.995**	**1.387**	**1.183**	**204**	**490**	**27**	**12**	**32**	**11**	**6**	**86**	**632**	**2.627**
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.886	1.338	1.140	198	441	17	9	28	9	5	79	598	2.484
Phoniatrie und Pädaudiologie	77	34	29	5	36	8	3	2		1	5	16	93
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	24	10	9	1	11	2		2	2		1	6	30
TG Audiologie	1	1	1									2	3
TG Phoniatrie	2	1	1		1							1	3
TG Phoniatrie und Pädaudiologie	5	3	3		1						1	9	14

Tabelle 4: Fortsetzung 2

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Haut- und Geschlechtskrankheiten	**2.843**	**2.159**	**1.681**	**478**	**488**	**24**	**13**	**53**	**12**	**11**	**143**	**1.129**	**3.972**
Dermatologie und Venerologie	26	16	5	11	8	1		1	1		1	12	38
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.817	2.143	1.676	467	480	23	13	52	11	11	142	1.117	3.934
Humangenetik	**190**	**115**	**76**	**39**	**54**	**11**	**6**	**6**			**15**	**19**	**209**
Humangenetik	190	115	76	39	54	11	6	6			15	19	209
Hygiene und Umweltmedizin	**93**	**7**	**1**	**6**	**29**	**5**		**41**	**1**	**22**	**16**	**103**	**196**
Hygiene	11	2		2	3	1		1	1		5	18	29
Hygiene und Umweltmedizin	82	5	1	4	26	4		40		22	11	85	167
Innere Medizin	**15.411**	**6.899**	**5.348**	**1.551**	**7.246**	**304**	**93**	**484**	**18**	**102**	**782**	**4.731**	**20.142**
Innere Medizin	11.318	5.319	4.214	1.105	5.000	136	50	427	14	91	572	3.855	15.173
Innere Medizin und Angiologie	18	4	2	2	14	1						1	19
Innere Medizin u. Endokrinologie u. Diabetolog.	23	8	3	5	14						1	1	24
Innere Medizin und Gastroenterologie	65	9	5	4	54	3	1				2	8	73
Innere Medizin und Geriatrie	22	3	1	2	19	6						1	23
Innere Medizin und Hämatologie u. Onkologie	76	15	6	9	59						2	4	80
Innere Medizin und Kardiologie	141	24	6	18	111	1					6	15	156
Innere Medizin und Nephrologie	84	27	14	13	51						6	2	86
Innere Medizin und Pneumologie	72	14	6	8	55						3	4	76
Innere Medizin und Rheumatologie	30	9	4	5	21		1					1	31
Innere Medizin und SP Angiologie	11	5	3	2	6							3	14
Innere Medizin u. SP Endokrinolog. u. Diabetol.	22	6	1	5	14						2	2	24
Innere Medizin und SP Gastroenterologie	33	4	1	3	29	1						2	35
Innere Medizin und SP Geriatrie	3	1		1	2	1						1	4
Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin	49	9	6	3	40		1						49
Innere Medizin u. SP Hämatologie u. Onkologie	49	11	5	6	37						1	5	54
Innere Medizin und SP Kardiologie	78	15	7	8	60	1		1	1		2	6	84
Innere Medizin und SP Nephrologie	44	17	8	9	25						2	3	47
Innere Medizin und SP Pneumologie	34	6	3	3	25						3	2	36
Innere Medizin und SP Rheumatologie	17	7	4	3	10							2	19
Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde	18	9	5	4	3			3		1	3	26	44

Tabelle 4: Fortsetzung 3

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Lungenheilkunde	4	3	2	1							1	17	21
Lungen- und Bronchialheilkunde	80	48	46	2	14	1	1	9		5	9	147	227
SP Angiologie	131	61	50	11	62	6	2	4			4	18	149
SP Endokrinologie	155	86	57	29	58	5	2	3		1	8	20	175
SP Endokrinologie und Diabetologie	1	1	1										1
SP Gastroenterologie	417	136	108	28	258	27	13	2			21	82	499
SP Geriatrie	14	1	1		13	4						3	17
SP Hämatologie und Internistische Onkologie	495	179	126	53	286	24	6	3	1		27	65	560
SP Infektiologie	3				2						1	1	4
SP Kardiologie	671	270	191	79	371	35	9	9	2		21	116	787
SP Nephrologie	556	290	217	73	211	15	3	6			49	75	631
SP Pneumologie	339	141	114	27	173	13	1	10		3	15	73	412
SP Rheumatologie	266	128	107	21	115	16	3	6		1	17	78	344
TG Diabetologie	7	4	4		3							36	43
TG Endokrinologie	1	1	1										1
TG Gastroenterologie	9	2	1	1	6	2					1	4	13
TG Hämatologie	10	4	4		5	2					1	15	25
TG Infektions- und Tropenmedizin												6	6
TG Kardiologie	7	1		1	5	2					1	3	10
TG Lungen- und Bronchialheilkunde	10	4	2	2	5	2		1				5	15
TG Nephrologie	10	6	3	3	3						1	2	12
TG Rheumatologie	5	3	2	1	2							3	8
TG Kardiologie und Angiologie	13	8	7	1	5							18	31
Kinder- und Jugendmedizin	**7.263**	**3.587**	**2.903**	**684**	**2.816**	**97**	**60**	**412**		**295**	**448**	**3.839**	**11.102**
Kinderheilkunde	696	408	345	63	184	14	5	60		36	44	469	1.165
Kinder- und Jugendmedizin	5.705	2.971	2.389	582	2.030	45	45	337		249	367	3.181	8.886
SP Endokrinologie und Diabetologie	16	7	4	3	9	1						4	20
SP Infektiologie	1				1								1
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	67	6	5	1	59	3					2	8	75
SP Kinder-Kardiologie	128	40	36	4	77	3		4		4	7	35	163

Tabelle 4: Fortsetzung 4

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
SP Kinderpneumologie	23	11	7	4	12							4	27
SP Neonatologie	411	95	74	21	291	18	4	11		6	14	102	513
SP Nephrologie	14	3	1	2	11							2	16
SP Neuropädiatrie	188	41	37	4	134	12	6				13	10	198
SP Pädiatrische Rheumatologie												2	2
SP Pulmologie	2	1	1		1							2	4
TG Kinderdiabetologie												1	1
TG Kindergastroenterologie	1				1							2	3
TG Kinderhämatologie	1										1	3	4
TG Kinderkardiologie	3				3	1						1	4
TG Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	3	2	2		1							1	4
TG Kinderneonatologie												1	1
TG Kindernephrologie	3	1	1		2							6	9
TG Kinderneuropsychiatrie	1	1	1									5	6
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychother.	**1.161**	**597**	**506**	**91**	**499**	**48**	**5**	**34**		**23**	**31**	**252**	**1.413**
Kinder- und Jugendpsychiatrie	271	169	155	14	81	11	1	12		6	9	136	407
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychother.	890	428	351	77	418	37	4	22		17	22	116	1.006
Laboratoriumsmedizin	**358**	**199**	**79**	**120**	**110**	**14**	**6**	**9**	**1**	**4**	**40**	**156**	**514**
Laboratoriumsmedizin	358	199	79	120	110	14	6	9	1	4	40	156	514
Mikrobiolog., Virolog. u. Infektionsepidemiol.	**280**	**102**	**35**	**67**	**128**	**8**	**1**	**27**	**5**	**3**	**23**	**168**	**448**
Mikrobiologie	1				1							4	5
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	192	75	30	45	75	7	1	22	3	2	20	151	343
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiol.	87	27	5	22	52	1		5	2	1	3	13	100
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	**180**	**110**	**88**	**22**	**65**	**1**	**1**	**1**			**4**	**43**	**223**
Kieferchirurgie	1				1							1	2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	179	110	88	22	64	1	1	1			4	42	221
Nervenheilkunde	**1.172**	**740**	**695**	**45**	**281**	**37**	**4**	**67**	**1**	**24**	**84**	**1.054**	**2.226**
Nervenheilkunde	761	472	438	34	179	18	4	55	1	20	55	679	1.440
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	213	147	137	10	43	8		5		1	18	178	391
Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)	198	121	120	1	59	11		7		3	11	188	386

Tabelle 4: Fortsetzung 5

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TG Kinderneuropsychiatrie												9	9
Neurochirurgie	**309**	**73**	**47**	**26**	**223**	**13**	**10**	**5**	**1**		**8**	**48**	**357**
Neurochirurgie	309	73	47	26	223	13	10	5	1		8	48	357
Neurologie	**2.082**	**574**	**382**	**192**	**1.349**	**52**	**11**	**45**	**2**	**9**	**114**	**337**	**2.419**
Neurologie	2.082	574	382	192	1.349	52	11	45	2	9	114	337	2.419
Nuklearmedizin	**315**	**221**	**153**	**68**	**80**	**6**	**3**	**3**	**2**		**11**	**87**	**402**
Nuklearmedizin	315	221	153	68	80	6	3	3	2		11	87	402
Öffentliches Gesundheitswesen	**380**	**14**	**12**	**2**	**18**			**316**	**2**	**222**	**32**	**384**	**764**
Öffentliches Gesundheitswesen	380	14	12	2	18			316	2	222	32	384	764
Pathologie	**500**	**190**	**123**	**67**	**283**	**17**	**14**	**4**	**1**		**23**	**152**	**652**
Neuropathologie	31	2	1	1	28	3	2				1	6	37
Pathobiochemie und Labordiagnostik	1				1							2	3
Pathologie	464	185	120	65	253	14	12	4	1		22	132	596
Pathologische Anatomie	2	2	2									9	11
Pathologische Physiologie	1	1		1								2	3
TG Neuropathologie	1				1							1	2
Pharmakologie	**114**	**4**	**1**	**3**	**39**	**6**		**8**			**63**	**47**	**161**
Klinische Pharmakologie	74	4	1	3	24	4		3			43	19	93
Pharmakologie												1	1
Pharmakologie und Toxikologie	37				14	2		3			20	26	63
TG Klinische Pharmakologie	3				1			2				1	4
Physikalische und Rehabilitative Medizin	**724**	**258**	**199**	**59**	**385**	**33**	**4**	**36**		**6**	**45**	**254**	**978**
Physikalische und Rehabilitative Medizin	684	245	190	55	363	27	4	33		5	43	177	861
Physiotherapie	40	13	9	4	22	6		3		1	2	77	117
Physiologie	**18**	**1**		**1**	**10**			**2**	**1**		**5**	**21**	**39**
Physiologie	18	1		1	10			2	1		5	21	39
Psychiatrie und Psychotherapie	**4.626**	**1.886**	**1.704**	**182**	**2.332**	**148**	**32**	**189**	**5**	**77**	**219**	**567**	**5.193**
Psychiatrie	1.505	777	735	42	551	39	7	86	2	37	91	267	1.772
Psychiatrie und Psychotherapie	3.078	1.104	964	140	1.748	103	25	100	3	40	126	295	3.373
SP Forensische Psychiatrie	43	5	5		33	6		3			2	5	48

Tabelle 4: Fortsetzung 6

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	**2.117**	**1.697**	**1.665**	**32**	**362**	**55**	**12**	**13**	**1**	**2**	**45**	**410**	**2.527**
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	547	333	327	6	198	24	6	5			11	62	609
Psychotherapeutische Medizin	1.564	1.359	1.333	26	163	30	6	8	1	2	34	336	1.900
Psychotherapie	6	5	5		1	1						12	18
Radiologie	**2.407**	**1.053**	**566**	**487**	**1.188**	**75**	**39**	**27**	**4**	**6**	**139**	**788**	**3.195**
Diagnostische Radiologie	1.130	535	267	268	512	36	21	9	2		74	145	1.275
Radiologie	840	325	171	154	462	22	7	11	2	3	42	549	1.389
Radiologische Diagnostik	319	163	111	52	131	10	10	6		2	19	65	384
SP Kinderradiologie	48	13	8	5	34	3					1	6	54
SP Neuroradiologie	56	14	7	7	40	2					2	3	59
TG Kinderradiologie	6	1	1		4	1	1	1		1		6	12
TG Neuroradiologie	5	1	1		4	1						3	8
TG Strahlentherapie	3	1		1	1						1	11	14
Rechtsmedizin	**80**	**9**	**6**	**3**	**48**	**5**		**12**	**1**	**2**	**11**	**24**	**104**
Rechtsmedizin	80	9	6	3	48	5		12	1	2	11	24	104
Strahlentherapie	**535**	**229**	**96**	**133**	**282**	**20**	**6**	**5**		**2**	**19**	**53**	**588**
Strahlentherapie	535	229	96	133	282	20	6	5		2	19	53	588
Transfusionsmedizin	**278**	**42**	**15**	**27**	**154**	**10**	**1**	**17**	**4**	**2**	**65**	**94**	**372**
Blutspende- und Transfusionswesen	8	2		2	1	1		2	1	1	3	18	26
Transfusionsmedizin	270	40	15	25	153	9	1	15	3	1	62	76	346
Urologie	**728**	**288**	**223**	**65**	**381**	**12**	**7**	**24**	**1**	**5**	**35**	**115**	**843**
Urologie	728	288	223	65	381	12	7	24	1	5	35	115	843
Sonstige Gebietsbezeichnungen	**69**	**13**	**12**	**1**	**14**	**1**		**23**	**1**	**9**	**19**	**181**	**250**
Geschichte der Medizin	1										1	1	2
Immunologie	7				3			1			3	3	10
Kieferchirurgie	1				1								1
Medizinische Genetik												1	1
Sozialhygiene	20	1	1		2			13		8	4	119	139
Sportmedizin	38	10	9	1	8	1		9	1	1	11	45	83

Tabelle 4: Fortsetzung 7

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8 +11)	Ambulant			Stationär			Behörden, Körpersch. u.a.			Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Spalte 1+12)
		insgesamt	davon: niedergelassen	davon: angestellt	insgesamt	darunter: leitend	darunter: gleichzeit. in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitätsoffiziere	darunter: in Gesundh.-ämtern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Sonstige Facharztbezeichnungen[1]	2	2	2									12	14
Insgesamt	**154.546**	**59.148**	**45.955**	**13.193**	**80.266**	**1.615**	**611**	**5.219**	**761**	**1.702**	**9.913**	**52.180**	**206.726**

1 Enthält nicht zuordenbare Bezeichnungen

Tabelle 5: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen am 31.12.2012

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ohne Gebietsbezeichnung	102.468	1,2	54.443	14.992	14.182	13.073	4.441	1.337
Allgemeinmedizin	43.304	0,3	307	2.109	11.996	16.032	8.971	3.889
Anästhesiologie	20.836	3,4	675	2.535	7.659	7.495	2.087	385
Anatomie	103	1,0	0	2	35	50	11	5
Arbeitsmedizin	2.926	2,2	21	132	932	1.218	456	167
Augenheilkunde	6.980	1,0	219	716	2.222	2.307	946	570
Biochemie	48	–9,4	0	1	6	23	12	6
Chirurgie	32.906	2,7	566	4.141	12.337	10.654	3.889	1.319
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.147	1,7	521	1.682	5.864	5.807	2.216	1057
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5.922	2,0	224	684	1.936	1.968	748	362
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.519	2,0	175	639	1.952	1.812	614	327
Humangenetik	310	5,1	7	42	104	102	36	19
Hygiene und Umweltmedizin	201	0,0	2	5	62	90	31	11
Innere Medizin	46.995	3,2	1.252	5.779	16.749	14.857	5.457	2.901
Kinder- und Jugendmedizin	13.179	2,6	505	1.714	4.294	4.384	1.657	625
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1.885	4,4	53	153	775	636	189	79
Laboratoriumsmedizin	1.038	1,9	9	55	359	403	121	91
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie	697	0,1	13	72	237	274	64	37
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.544	1,6	12	164	602	513	184	69
Nervenheilkunde	3.337	–2,9	2	40	316	1.362	979	638

Tabelle 5: Fortsetzung

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Neurochirurgie	1.784	6,1	69	264	758	515	130	48
Neurologie	5.370	5,8	242	965	2.589	1.280	223	71
Nuklearmedizin	1.074	1,9	16	93	418	379	99	69
Öffentliches Gesundheitswesen	857	–1,0	1	12	127	486	208	23
Pathologie	1.535	2,3	21	143	501	579	185	106
Pharmakologie	443	–0,2	5	26	149	178	58	27
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1.793	2,3	10	49	463	825	326	120
Physiologie	105	8,2	1	9	19	52	13	11
Psychiatrie und Psychotherapie	9.485	4,2	118	663	3.900	3.692	864	248
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4.066	1,0	6	65	579	1.568	1.117	731
Radiologie	7.379	2,6	227	786	2.544	2.760	798	264
Rechtsmedizin	229	4,6	10	22	76	77	28	16
Strahlentherapie	1.142	5,4	29	108	526	391	72	16
Transfusionsmedizin	562	2,0	6	27	214	252	48	15
Urologie	5.388	1,4	180	601	1.955	1.820	580	252
Sonstige Gebietsbezeichnungen[1]	138	–1,4	0	0	1	79	40	18
Insgesamt	**348.695**	**1,9**	**59.947**	**39.490**	**97.438**	**97.993**	**37.898**	**15.929**

1 Enthält Biophysik, Geschichte der Medizin, Immunologie, Kieferchirurgie, Pathologische Biochemie, Sozialhygiene, Sportmedizin und nicht zuordenbare Bezeichnungen.

Tabelle 6: Berufstätige Ärztinnen nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen am 31.12.2012

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ohne Gebietsbezeichnung	60.112	1,7	32.201	8.079	8.888	8.048	2.271	625
Allgemeinmedizin	18.938	2,1	173	1.127	6.696	7.560	2.413	969
Anästhesiologie	8.559	4,3	368	998	3.239	3.084	727	143
Anatomie	24	9,1	0	0	10	11	3	0
Arbeitsmedizin	1.367	4,7	15	72	529	567	148	36
Augenheilkunde	3.162	1,8	116	366	1.140	1.024	344	172
Biochemie	13	0,0	0	0	2	7	3	1
Chirurgie	5.670	6,5	208	1.047	2.448	1.594	311	62
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10.473	4,2	426	1.331	4.350	3.444	761	161
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.995	4,4	118	268	722	662	159	66
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.843	3,3	126	433	1.107	828	221	128
Humangenetik	190	7,3	6	26	65	68	18	7
Hygiene und Umweltmedizin	93	4,5	2	4	30	41	16	0
Innere Medizin	15.411	7,0	714	2.408	6.366	4.437	1.072	414
Kinder- und Jugendmedizin	7.263	4,2	367	1.122	2.477	2.289	765	243
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1.161	6,3	40	102	518	368	93	40
Laboratoriumsmedizin	358	4,7	2	31	142	140	23	20
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie	280	1,4	9	31	108	109	12	11
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	180	5,9	1	30	92	43	12	2
Nervenheilkunde	1.172	–2,7	2	17	130	619	246	158

Tabelle 6: Fortsetzung

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Neurochirurgie	309	12,4	20	61	142	79	6	1
Neurologie	2.082	8,7	153	477	991	401	51	9
Nuklearmedizin	315	1,3	8	30	139	114	20	4
Öffentliches Gesundheitswesen	380	–3,1	1	7	69	221	73	9
Pathologie	500	4,8	16	72	192	174	34	12
Pharmakologie	114	0,0	1	8	44	45	13	3
Physikalische und Rehabilitative Medizin	724	3,0	8	27	241	334	96	18
Physiologie	18	20,0	1	0	0	12	3	2
Psychiatrie und Psychotherapie	4.626	4,8	74	334	2.004	1.807	334	73
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.117	2,1	6	31	356	906	507	311
Radiologie	2.407	4,9	91	257	947	910	165	37
Rechtsmedizin	80	12,7	7	15	29	24	3	2
Strahlentherapie	535	6,4	15	50	258	184	23	5
Transfusionsmedizin	278	4,1	4	17	111	123	20	3
Urologie	728	4,0	61	122	312	191	38	4
Sonstige Gebietsbezeichnungen[1]	69	–8,0	0	0	1	45	20	3
Insgesamt	**154.546**	**3,3**	**35.360**	**19.000**	**44.895**	**40.513**	**11.024**	**3.754**

1 Enthält Geschichte der Medizin, Immunologie, Kieferchirurgie, Sozialhygiene, Sportmedizin und nicht zuordenbare Bezeichnungen.

Tabelle 7: Stationär tätige Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen am 31.12.2012

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ohne Gebietsbezeichnung	78.841	1,9	51.122	12.771	9.047	4.600	1.189	112
Allgemeinmedizin	2.474	3,8	94	262	1.063	811	206	38
Anästhesiologie	15.741	3,6	658	2.296	6.117	5.188	1.382	100
Anatomie	70	1,4	0	2	21	37	7	3
Arbeitsmedizin	299	4,5	8	28	104	121	31	7
Augenheilkunde	936	3,5	130	285	310	161	43	7
Biochemie	29	–17,1	0	1	4	13	7	4
Chirurgie	19.744	3,6	548	3.648	8.191	5.422	1.731	204
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5.381	4,7	482	1.136	2.054	1.253	398	58
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.408	7,3	195	394	489	244	79	7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	987	4,4	109	265	362	186	51	14
Humangenetik	108	–0,9	5	23	25	32	17	6
Hygiene und Umweltmedizin	73	0,0	2	3	24	32	11	1
Innere Medizin	21.139	4,4	1.143	4.493	8.341	5.315	1.604	243
Kinder- und Jugendmedizin	5.263	3,9	454	1.253	1.907	1.250	353	46
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	835	2,7	43	104	381	246	56	5
Laboratoriumsmedizin	284	–1,7	8	20	103	114	31	8
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie	322	–0,9	9	45	103	123	36	6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	385	4,1	6	102	163	72	37	5
Nervenheilkunde	836	–3,0	2	22	141	396	230	45

Tabelle 7: Fortsetzung

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Neurochirurgie	1.137	5,1	65	230	470	292	68	12
Neurologie	3.616	5,6	226	825	1.708	721	117	19
Nuklearmedizin	315	–3,7	10	45	133	91	30	6
Öffentliches Gesundheitswesen	31	3,3	1	1	6	16	6	1
Pathologie	692	2,7	17	109	257	216	76	17
Pharmakologie	161	0,0	3	14	60	61	21	2
Physikalische und Rehabilitative Medizin	924	0,5	9	34	244	421	190	26
Physiologie	55	3,8	1	7	9	27	9	2
Psychiatrie und Psychotherapie	5.087	4,7	106	542	2.280	1.747	374	38
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	863	6,3	5	46	246	367	169	30
Radiologie	3.522	2,3	188	562	1.247	1.179	311	35
Rechtsmedizin	135	0,0	9	17	52	39	15	3
Strahlentherapie	586	–0,7	22	73	266	179	40	6
Transfusionsmedizin	312	2,3	4	21	127	129	27	4
Urologie	2.207	2,1	167	470	876	521	155	18
Sonstige Gebietsbezeichnungen[1]	31	0,0	0	0	1	19	10	1
Insgesamt	174.829	2,9	55.851	30.149	46.932	31.641	9.117	1.139

1 Enthält Biophysik, Immunologie, Kieferchirurgie, Pathologische Biochemie, Sozialhygiene, Sportmedizin und nicht zuordenbare Bezeichnungen.

Tabelle 8: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen am 31.12.2012

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ohne Gebietsbezeichnung	8.186	–4,4	53	106	1.153	4.257	1.791	826
Allgemeinmedizin	34.109	–1,1	96	1.119	8.437	13.365	8.036	3.056
Anästhesiologie	2.980	0,3	0	41	729	1.600	476	134
Anatomie	3	50,0	0	0	2	1	0	0
Arbeitsmedizin	303	4,8	1	3	102	113	50	34
Augenheilkunde	4.989	–1,5	29	217	1.550	1.983	812	398
Biochemie	1	0,0	0	0	0	1	0	0
Chirurgie	9.827	–0,0	7	223	3.083	4.258	1.640	616
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9.784	–0,9	12	276	2.918	4.147	1.675	756
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.914	–0,6	12	186	1.248	1.611	610	247
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3.559	–0,6	10	149	1.195	1.484	503	218
Humangenetik	107	4,9	0	6	41	44	8	8
Hygiene und Umweltmedizin	5	–16,7	0	0	1	0	2	2
Innere Medizin	20.000	0,1	29	635	6.194	8.052	3.229	1.861
Kinder- und Jugendmedizin	5.925	0,0	18	220	1.642	2.593	1.070	382
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	853	6,2	5	27	301	352	115	53
Laboratoriumsmedizin	299	–5,1	0	7	74	141	40	37
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie	107	0,0	1	5	31	47	9	14
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.047	0,6	5	38	395	420	134	55
Nervenheilkunde	2.029	–3,7	0	9	135	814	635	436

Tabelle 8: Fortsetzung

Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung	Altersgruppe					
	absolut	zum Vorjahr in Prozent	bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Neurochirurgie	479	6,4	0	21	207	179	48	24
Neurologie	1.141	3,5	4	32	547	443	85	30
Nuklearmedizin	548	0,0	1	21	205	232	56	33
Öffentliches Gesundheitswesen	29	16,0	0	0	2	12	6	9
Pathologie	564	–2,4	0	12	158	275	86	33
Pharmakologie	13	18,2	0	0	2	6	2	3
Physikalische und Rehabilitative Medizin	576	1,9	0	6	141	288	88	53
Physiologie	5	25,0	0	0	0	2	0	3
Psychiatrie und Psychotherapie	3.277	2,8	3	55	1.142	1.532	380	165
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3.016	–0,6	1	14	304	1.138	913	646
Radiologie	2.442	–0,4	8	73	747	1.173	344	97
Rechtsmedizin	13	8,3	0	0	5	2	3	3
Strahlentherapie	278	8,2	3	9	123	118	23	2
Transfusionsmedizin	45	7,1	0	0	18	16	4	7
Urologie	2.728	–0,2	4	84	920	1.196	374	150
Sonstige Gebietsbezeichnungen[1]	32	18,5	0	0	0	19	8	5
Insgesamt	123.213	–0,6	302	3.594	33.752	51.914	23.255	10.396

1 Enthält Immunologie, Kieferchirurgie, Sozialhygiene, Sportmedizin und nicht zuordenbare Bezeichnungen.

Tabelle 9: Anerkennung von Facharztbezeichnungen

Facharztbezeichnung	2010		2011		2012	
	insge-samt	darunter: Ärztinnen	insge-samt	darunter: Ärztinnen	insge-samt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin	753	500	759	498	794	518
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	332	189	539	268	155	92
Anästhesiologie	873	382	1.008	487	845	405
Anästhesiologie und Intensivtherapie	3	1	1	0	0	0
Anatomie	3	1	6	0	3	2
Arbeitsmedizin	139	76	148	93	142	85
Augenheilkunde	182	99	214	118	176	102
Biochemie	0	0	0	0	1	0
Allgemeinchirurgie	0	0	16	4	64	20
Allgemeine Chirurgie	114	35	105	36	148	53
Chirurgie	494	160	378	119	187	61
Gefäßchirurgie	106	25	112	33	107	31
Herzchirurgie	74	15	68	8	45	11
Kinderchirurgie	34	19	41	15	32	19
Orthopädie	108	24	109	22	53	26
Orthopädie und Unfallchirurgie	810	133	820	149	725	152
Plastische Chirurgie	59	16	41	16	45	13
Plastische und Ästhetische Chirurgie	39	8	37	11	53	14
Thoraxchirurgie	39	3	36	9	34	5
Visceralchirurgie	142	21	175	29	219	55
Viszeralchirurgie	0	0	0	0	57	20
Frauenheilkunde	48	40	57	47	0	0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	555	467	549	436	603	504
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	161	65	191	89	185	90
Phoniatrie und Pädaudiologie	4	0	4	3	1	1
Sprach-, Stimm- u. kindliche Hörstörung.	7	5	8	5	5	3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	167	106	149	110	173	115
Humangenetik	18	14	16	9	15	10
Hygiene	1	0	0	0	0	0
Hygiene und Umweltmedizin	6	5	10	7	10	5
Innere Medizin	1.872	837	2.136	1.069	1.739	961
Innere Medizin und Angiologie	6	3	14	7	24	15
Innere Medizin u. Endokrinolog. u. Diabet.	6	3	13	5	14	9
Innere Medizin und Gastroenterologie	31	3	41	11	106	31
Innere Medizin und Geriatrie	18	7	17	8	13	6
Innere Medizin u. Hämatologie u. Onkolog.	18	8	37	22	59	27
Innere Medizin und Infektiologie	0	0	1	0	0	0
Innere Medizin und Kardiologie	70	17	97	27	187	55
Innere Medizin und Nephrologie	23	8	36	16	63	28
Innere Medizin und Pneumologie	29	12	32	12	58	25
Innere Medizin und Rheumatologie	4	1	12	6	25	17
Innere Medizin und SP Angiologie	12	4	4	1	7	3

Tabelle 9: Fortsetzung

Facharztbezeichnung	2010		2011		2012	
	insge-samt	darunter: Ärztinnen	insge-samt	darunter: Ärztinnen	insge-samt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Innere Med. u. SP Endokrinol. u. Diabetol.	6	4	10	5	4	2
Innere Medizin und SP Gastroenterologie	54	14	79	19	51	11
Innere Medizin u. SP ges. Innere Medizin	19	11	22	9	46	23
Innere Medizin u. SP Hämatolog. u. Onkol.	31	17	33	16	34	20
Innere Medizin und SP Kardiologie	104	27	120	40	103	28
Innere Medizin und SP Nephrologie	24	11	48	19	38	21
Innere Medizin und SP Pneumologie	27	9	33	13	32	14
Innere Medizin und SP Rheumatologie	13	5	15	9	2	2
Kinderheilkunde	1	1	3	3	7	6
Kinder- und Jugendmedizin	563	384	630	442	502	360
Kinder- und Jugendpsychiatrie	12	9	4	4	0	0
Kinder- u. Jugendpsychiatr. u. -psychoth.	118	84	146	106	107	76
Laboratoriumsmedizin	36	22	44	26	36	21
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	9	3	8	5	3	2
Mikrobiolog., Virol. u. Infektionsepidemiol.	20	10	23	5	29	13
Kieferchirurgie	0	0	2	1	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	37	8	47	8	51	10
Nervenheilkunde	49	16	53	27	55	24
Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)	0	0	0	0	1	0
Neurochirurgie	90	19	112	35	99	29
Neurologie	391	206	424	210	382	210
Nuklearmedizin	44	15	52	20	47	15
Öffentliches Gesundheitswesen	30	22	31	20	11	4
Neuropathologie	11	7	6	2	2	1
Pathologie	57	31	64	39	51	22
Klinische Pharmakologie	16	3	8	4	11	2
Pharmakologie und Toxikologie	5	2	5	0	4	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	82	43	83	50	71	37
Physiologie	4	0	4	0	4	1
Psychiatrie	4	3	9	5	7	6
Psychiatrie und Psychotherapie	516	283	590	340	479	257
Psychosomat. Medizin u. Psychotherapie	78	51	103	61	90	65
Psychotherapeutische Medizin	32	18	47	28	15	8
Diagnostische Radiologie	99	43	80	32	41	19
Radiologie	222	84	253	90	274	110
Radiologische Diagnostik	1	0	0	0	1	1
Rechtsmedizin	9	8	14	6	12	8
Strahlentherapie	58	27	56	37	48	24
Transfusionsmedizin	34	17	22	14	30	23
Urologie	194	44	228	63	175	53
Insgesamt	**10.460**	**4.873**	**11.548**	**5.618**	**10.127**	**5.118**

Tabelle 10: Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland am 31.12.2012

Herkunftsland	Ausländer insgesamt		Dar.: ohne ärztl. Tätigk.	Berufstätig		Davon:			
						Krankenhaus		niedergelassen	sonstig ärztlich tätig
	Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%		Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%	Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Europäische Union	**18.254**	**16,5**	**2.227**	**16.027**	**16,8**	**12.626**	**17,7**	**2.124**	**1.277**
Davon:									
Belgien	299	9,1	27	272	8,8	158	12,9	89	25
Bulgarien	1.111	19,8	99	1012	20,0	885	18,5	63	64
Dänemark	63	0,0	14	49	0,0	22	–4,3	22	5
Estland	45	36,4	5	40	33,3	33	32,0	4	3
Finnland	106	–0,9	31	75	1,4	35	0,0	18	22
Frankreich	446	3,0	86	360	3,7	162	5,9	146	52
Griechenland	2.556	14,9	298	2.258	17,8	1.772	18,1	316	170
Irland	44	10,0	11	33	13,8	23	21,1	8	2
Italien	1050	8,9	202	848	7,6	583	5,4	179	86
Lettland	149	36,7	8	141	38,2	119	41,7	15	7
Litauen	231	35,9	15	216	32,5	196	37,1	15	5
Luxemburg	240	7,6	41	199	7,6	161	8,1	29	9
Malta	7	0,0	2	5	0,0	4	0,0	0	1
Niederlande	717	9,0	117	600	7,5	317	6,4	208	75
Österreich	2.491	5,4	401	2.090	3,2	1.642	0,2	242	206
Polen	1.759	7,5	179	1.580	7,1	1.212	6,8	239	129
Portugal	111	12,1	19	92	9,5	63	6,8	18	11
Rumänien	2.910	38,2	206	2.704	39,7	2.399	41,3	160	145
Schweden	100	4,2	23	77	4,1	45	2,3	28	4
Slowakei	922	21,5	73	849	20,3	779	20,8	34	36
Slowenien	43	22,9	11	32	10,3	27	17,4	3	2
Spanien	457	14,5	93	364	13,0	225	12,5	78	61
Tschechische Republik	762	15,6	63	699	15,3	609	16,7	39	51
Ungarn	1.228	32,5	117	1111	33,9	919	34,2	115	77
Vereinigtes Königreich	250	5,5	67	183	2,2	118	3,5	41	24
Zypern	157	23,6	19	138	23,2	118	31,1	15	5
Übriges Europa	**5.616**	**8,4**	**685**	**4.931**	**8,0**	**3.886**	**7,8**	**587**	**458**
Darunter:									
Kroatien	211	12,8	24	187	11,3	161	11,0	14	12
Norwegen	89	–1,1	29	60	–3,2	32	3,2	20	8
Russland/ehem. Sowjetunion	1.814	4,6	187	1.627	2,6	1.287	1,6	174	166
Schweiz	236	2,6	39	197	2,1	145	1,4	32	20
Serbien/ehem. Jugoslawien	491	25,9	78	413	33,2	325	36,6	56	32
Türkei	922	2,4	188	734	1,8	507	2,0	171	56
Ukraine	922	5,7	56	866	5,5	702	3,5	62	102
Europa gesamt	**23.870**	**14,5**	**2.912**	**20.958**	**14,6**	**16.512**	**15,2**	**2.711**	**1.735**

Tabelle 10: Fortsetzung

Herkunftsland	Ausländer insgesamt		Dar.: ohne ärztl. Tätigk.	Berufstätig		Davon:			
						Krankenhaus		niedergelassen	sonstig ärztlich tätig
	Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%		Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%	Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Afrika gesamt	**1.586**	**15,9**	**186**	**1.400**	**16,9**	**1.218**	**17,0**	**102**	**80**
Darunter:									
Ägypten	429	48,4	15	414	50,5	368	52,1	22	24
Äthiopien	32	–5,9	3	29	–12,1	21	–19,2	4	4
Ghana	76	–2,6	32	44	–8,3	21	–16,0	17	6
Kamerun	137	0,0	10	127	–0,8	118	–0,8	8	1
Libyen	542	10,2	57	485	10,5	460	9,0	7	18
Nigeria	54	3,8	13	41	5,1	31	3,3	8	2
Sudan	62	5,1	12	50	6,4	37	–2,6	7	6
Amerika gesamt	**934**	**9,5**	**151**	**783**	**10,7**	**577**	**12,5**	**124**	**82**
Davon:									
Nordamerika	337	7,3	62	275	9,6	177	12,7	64	34
Mittelamerika	140	12,0	20	120	14,3	92	9,5	9	19
Südamerika	457	10,4	69	388	10,5	308	13,2	51	29
Darunter:									
Brasilien	119	5,3	22	97	2,1	83	6,4	11	3
Asien gesamt	**5.886**	**16,7**	**944**	**4.942**	**17,4**	**3.913**	**18,0**	**668**	**361**
Darunter:									
Afghanistan	216	0,0	45	171	0,0	109	–2,7	47	15
China	186	6,3	17	169	5,6	139	9,4	21	9
Indien	177	18,0	20	157	22,7	135	23,9	9	13
Indonesien	254	27,0	45	209	28,2	161	30,9	35	13
Irak	177	3,5	21	156	6,8	117	4,5	25	14
Iran	1.201	11,1	414	787	18,3	451	23,2	240	96
Israel	221	17,6	28	193	15,6	150	12,8	31	12
Japan	69	21,1	21	48	4,3	41	5,1	5	2
Jemen	136	17,2	19	117	8,3	107	5,9	5	5
Jordanien	450	33,9	33	417	37,6	354	42,2	46	17
Kasachstan	189	3,8	15	174	3,6	140	–2,8	12	22
Libanon	113	22,8	15	98	15,3	68	19,3	20	10
Syrien	1165	16,9	88	1077	16,1	909	15,8	117	51
Vietnam	74	17,5	19	55	0,0	36	0,0	12	7
Australien/Ozeanien	**27**	**17,4**	**6**	**21**	**10,5**	**14**	**27,3**	**4**	**3**
Sonstige insgesamt	**245**	**15,6**	**39**	**206**	**16,4**	**148**	**23,3**	**43**	**15**
Ausland gesamt	**32.548**	**14,8**	**4.238**	**28.310**	**15,1**	**22.382**	**15,8**	**3.652**	**2.276**

Adressverzeichnis der Ansprechpartner bzw. Ombudspersonen in den Landesärztekammern gegen „Ausbeutung der Arbeitskraft und Überlastung von Ärztinnen und Ärzten“

Stand: 20.12.2012

Ärztekammer	Name/Titel	Zuständigkeits-bereich	Straße	Stadt	Tel.	Fax	E-Mail-Adresse	Internet
Nordbaden	Prof. Dr. med. Stefan Wysocki	umfassend	Keßlerstr. 1	76185 Karlsruhe	0721-5961-121	0721-5961-1140	baek-nordbaden@baek-nb.de	
	Dr. med. Josef Ungemach	Weiterbildung	Keßlerstr. 1	76185 Karlsruhe	0721-5961-121	0721-5961-1140	baek-nordbaden@baek-nb.de	
Nord-Württemberg	Dr. med. Stephan Roder	umfassend	Rathausplatz 34	74388 Talheim	07133-9 88 50	07133-96 03 27	dr.roder@baek-nw.de	
Süd-Württemberg	Dr. med. Michael Schulze	Weiterbildung	Haldenhaustr. 11	72770 Reutlingen	07121-9 17 24 12	07121-9 17 24 00	zentrale@baek-sw.de	www.baek-sw.de
Bayern	Bayerische LÄK München: Ärztliche Kreisverbände Ärztliche Bezirksverbände	umfassend	Adressen über Landesärztekammer erhältlich		089-4 14 71	089-4147-280	blaek@blaek.de	www.blaek.de
Berlin	Dr. med. Günther Jonitz	umfassend	Friedrichstr. 16	10969 Berlin	030-40806-5000	030-40806-4099	g.jonitz@aekb.de	www.aerztekammer-berlin.de
Brandenburg	Dr. med. Ingrid Hörning Sprechzeiten: Mi. 14:00-17:00 Uhr	umfassend	Dreifertstraße 12	03044 Cottbus	0355-7 80 10 60	0355-7 80 10 36	ingridhoerning@laekb.de post@laekb.de	www.laekb.de
Bremen	Barbara Feder	umfassend	Schwachhauser Heerstraße 30	28209 Bremen	0421-3404-200 (-241)	0421-3404-208	info@aekhb.de oder barbara.feder@aekhb.de	www.aekhb.de
Hamburg	Dr. med. Klaus Beelmann	umfassend	Humboldtstr. 56	22083 Hamburg	040-22802-422	040-2 02 29 94 00	post@aekhh.de	www.aerztekammer-hamburg.de
Hessen	Dr. med. Viktor Karnosky Sprechzeiten: Mo.-Do. 10:00-12:00 Uhr Mi. 14:00-15:30 Uhr	Weiterbildung	Im Vogelsgesang 3	60488 Frankfurt	069-97672-109	069-97672-222	viktor.karnosky@laekh.de	

Ärztekammer	Name/Titel	Zuständigkeits-bereich	Straße	Stadt	Tel.	Fax	E-Mail-Adresse	Internet
Mecklenburg-Vorpommern	Ass. jur. Frank Theodor Loebbert	umfassend	August-Bebel-Str. 9a	18055 Rostock	0381-4 92 80 51	0381-4 92 80 50	loebbert@aek-mv.de oder info@aek-mv.de	www.aek-mv.de
	Antje Pehn	umfassend	August-Bebel-Str. 9a	18055 Rostock	0381-4 92 80 52	0381-4 92 80 50	pehn@aek-mv.de	
Nieder-sachsen	Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Walter Krannich	umfassend	Berliner Allee 20	30175 Hannover	0511-380-2224	0511-380-2242	hans-walter.krannich@aekn.de	www.aekn.de
Nordrhein	Rudolf Henke	umfassend	Tersteegenstr. 9	40474 Düsseldorf	0211-4302-2102	0211-4302-5199	praesident@aekno.de	www.aekno.de
Rheinland-Pfalz	Dr. med. Jürgen Hoffart Sprechzeiten: Mo.-Do. 9:00-16:00 Uhr Fr. 9:00-13:00 Uhr	umfassend	Deutschhaus-platz 3	55116 Mainz	06131-28822-82 und 28822-22	06131-28822-88	hoffart@laek-rlp.de	www.laek-rlp.de
Saarland	Dr. med. Kurt Fassbender	umfassend	Faktoreistr. 4	66111 Saarbrücken	0681-4003-279	0681-4003-370	info-aeks@aeksaar.de	www.aeksaar.de
Sachsen	HGF: Ass. jur. Michael Schulte Westenberg	Allgemeine An-gelegenheiten	Schützenhöhe 16	01099 Dresden	0351-8267-414	0351-8267-412	ombudsstelle@slaek.de	www.slaek.de
Sachsen-Anhalt	Vorstand	umfassend	Doctor-Eisen-bart-Ring 2	39120 Magdeburg	0391-6054-6	0391-6054-7000	info.aeksa@.de	www.aeksa.de
Schleswig-Holstein	Dr. med. Manfred Berger	umfassend	Seekamp 28	24837 Schleswig	04621-2 44 08		bar-man-berger@gmx.de	
	Prof. Dr. med. Med. dr. Hendrik Schimmelpenning	umfassend	Am Kiebitz-berg 10	23730 Neustadt	04561-54 10 61		hschimmelpenning@schoen-kliniken.de	
Thüringen	Ursula Liebeskind	umfassend	Im Semmicht 33	07751 Jena-Maua	03641-614-102	03641-614-107	Beratungsstelle@laek-thueringen.de	www.laek-thueringen.de
Westfalen-Lippe	Dr. med. Hans-Ulrich Schröder	umfassend	Garten-str. 210-214	48147 Münster	0251-9292-010	0251-9292-009	ombudsmann@aekwl.de	www.aekwl.de

Bekanntmachungen der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer[1]

Ausarbeitungen im Jahr 2012

Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie	Dtsch Arztebl 2012; 109(40): A 2001-2004 [05.10.2012]

Gesamtverzeichnis (1997 – 2012)

Alle Ausarbeitungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer sind im Internet unter http://www.zentrale-ethikkommission.de/ abrufbar.

[1] Die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) ist bei der Bundesärztekammer eingerichtet, in ihrer Arbeit jedoch unabhängig. Die dokumentierten Stellungnahmen geben, soweit nicht anders vermerkt, ausschließlich die Auffassung der ZEKO wieder.

Ausarbeitungen der Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern

Ausarbeitungen im Jahr 2012

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (KOM[2012]369) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und der Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern	August 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/STN_BAeK_EU-VO-Vorschlag_KOM_2012_369_27082012.pdf
Kommentare der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zum Konsultationspapier der Europäischen Behörde für Arzneimittel (European Medicines Agency, EMA) „Reflection paper on the need for active control in therapeutic areas where use of placebo is deemed ethical and one or more established medicines are available (EMA/759784/2010)“	März 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StnBAEK_EMA-759784-2010_28032011.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung (Kabinettsbeschluss, Stand: 15.02.2012) für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	März 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stn_BAeK-AkdAe_zum_Reg-E_2._AMG-AendG_09032012.pdf

Kommentare der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zum Konsultationspapier der Europäischen Behörde für Arzneimittel (European Medicines Agency, EMA) „Reflection paper on risk based quality management in clinical trials (EMA INS/GCP/394194/2011)“	Februar 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/STN_BAeK_EMA-INS-GCP-394194-2011_15022012.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf (Stand: 02.12.2011) für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	Januar 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stn_BAeK_2._Gesetz_dAMG_11012012.pdf

Die Ausarbeitungen aus den Jahren 2007 bis 2011 sind ebenfalls im Internet abrufbar unter http://baek.de/skoeklaek.

Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Ausarbeitungen im Jahr 2012

Stellungnahme der Bundesärztekammer „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“	Dezember 2012 Dtsch Arztbl 2013; 110(8): A 337-350
Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf der Bundesregierung für eine Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikverordnung – PIDV)	Dezember 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stn-baek-pid_141220123.pdf
Forderungen der Bundesärztekammer zum Entwurf der Bundesregierung für eine Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikverordnung – PID-V)	Dezember 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/forderungen-baek-pidv-_14122012.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Rechtsverordnung der Bundesregierung über die rechtmäßige Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikverordnung – PIDV)	August 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stellbak_pid_20082012.pdf

Die Ausarbeitungen aus den Jahren 1968 bis 2011 sind im Internet unter http://baek.de/page.asp?his=0.6.39 abrufbar.

Sonstige Veröffentlichungen aus den Jahren 2006 – 2012

Hübner M, Pühler W: Die neuen Regelungen zur Präimplantationsdiagnostik – wesentliche Fragen bleiben offen	Medizinrecht 2011; 29: 789-796
Hübner M, Pühler W: Das Gendiagnostikgesetz – neue Herausforderungen im ärztlichen Alltag	Medizinrecht 2010; 28: 676-682
Arbeitsgruppe des Vorstands der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit Vertretern des Wissenschaftlichen Beirats: Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Pränataldiagnostik, Dezember 2006	Dezember 2006 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Vorschlag_Schw_recht.pdf

Initiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung

Expertisen/Literaturreviews 2012

Einflüsse der Auftraggeber (Drittmittelgeber) auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien Teil 2: Inwieweit gibt es Hinweise darauf, ob und ggf. wie diese Mechanismen zu veränderten, interessengeleiteten Inhalten medizinischer Leitlinien (und der dortigen Arzneimittelempfehlungen) führen können? (Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH, et al., Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin)	www.bundesaerztekammer.de/Versorgungsforschung
Der Einfluss pharmazeutischer Unternehmen auf ärztliche Leitlinien (Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin)	www.bundesaerztekammer.de/Versorgungsforschung
Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie (Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz et al., Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg)	www.bundesaerztekammer.de/Versorgungsforschung
Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Deutschland – Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht der Patienten, ihrer Behandler und der Kostenträger (Prof. Dr. med. Gereon Heuft, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Prof. Dr. med. Harald Freyberger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald am Hanse-Klinikum Stralsund, Prof. Dr. med. Renate Schepker, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg)	www.bundesaerztekammer.de/Versorgungsforschung
Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie (Prof. Dr. med. P. Joraschky, K. Hospodarz, M.A., Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden)	www.bundesaerztekammer.de/Versorgungsforschung

Ausarbeitungen/Veröffentlichungen aus den Jahren 2005 bis 2011 sind im Internet unter http://baek.de/versorgungsforschung verfügbar.

Report Versorgungsforschung

Report Versorgungsforschung, Band 7: „Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin“	Im Druck
Report Versorgungsforschung, Band 6: „Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung – Eine Herausforderung für die gesamte Ärzteschaft“	Broschüre, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2013 (ISBN 978-3-7691-3527-5)
Report Versorgungsforschung, Band 5: „Transition – Spezielle Versorgungsanforderungen an die medizinische Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter“	Broschüre, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2012 (ISBN 978-3-7691-3495-7)
Report Versorgungsforschung, Band 4: „Telemedizin und Versorgungsforschung“	Broschüre, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2012 (ISBN 978-3-7691-3494-0)
Report Versorgungsforschung, Band 3: „Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen: Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung“	Broschüre, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2010 (ISBN 978-3-7691-3457-5)
Report Versorgungsforschung, Band 2: „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen“	Broschüre, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2009 (ISBN 978-3-7691-3438-4)
Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung – Beiträge des Symposiums in der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz	Broschüre, Schwabe Verlag, Basel, 2009 (ISBN 978-3-7965-2572-8)
Report Versorgungsforschung, Band 1: „Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland – Konzepte, Anforderungen, Datenquellen“	Broschüre, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2008 (ISBN 978-3-7691-3324-0)

Geförderte Projekte
Eine Kurzbeschreibung der Projekte sowie Hinweise zu Publikationen sind unter www.baek.de/versorgungsforschung verfügbar.

Richtlinien, Empfehlungen und Positionen der Ständigen Kommission Organtransplantation

Internet: www.bundesaerztekammer.de/transplantationsmedizin

Richtlinien zur Organtransplantation nach § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG

Allgemeiner Teil Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 zur Organtransplantation	Dtsch Arztebl 2012; 109(45): A 2267-2268
Besonderer Teil Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 Transplantationsgesetz zur:	
a) Herz- und Herz-Lungen-Transplantation (Neufassung)	Dtsch Arztebl 2013; 110(6): A 241
b) Lungentransplantation (Neufassung)	Dtsch Arztebl 2013; 110(6): A 241
c) Lebertransplantation (Neufassung)	Dtsch Arztebl 2013; 110(6): A 241
d) Nierentransplantation (Neufassung)	Dtsch Arztebl 2013; 110(6): A 241
e) Pankreastransplantation (Neufassung)	Dtsch Arztebl 2013; 110(6): A 242
f) Dünndarmtransplantation (Neufassung)	Dtsch Arztebl 2013; 110(6): A 242
Richtlinien zur ärztlichen Beurteilung nach § 11 Abs. 4 S. 2 TPG gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG	Dtsch Arztebl 2007; 104(49): A 3428-3430
Richtlinie zur medizinischen Beurteilung von Organspendern und zur Konservierung von Spenderorganen gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 a) und b) TPG	Dtsch Arztebl 2005; 102(43): A 2968-2975

Stellungnahmen und Empfehlungen

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz [BT-Drs. 17/9030]	März 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stellbaek_zu_gesetzentwurf_tpg_21032012.pdf

---

Schriftenreihe Transplantationsmedizin im Fokus, Band IV (Hrsg.: Middel CD, Lilie H, Vilmar K): „Novellierung des Transplantationsgesetzes – Ziele und Perspektiven“	erscheint 2013
Schriftenreihe Transplantationsmedizin im Fokus, Band III (Hrsg.: Middel CD, Pühler W, Lilie H, Vilmar K): „Förderung der Organspende – Bestandsaufnahme und Bewertung“	Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2012 (ISBN 978-3-7691-3503-9)
Schriftenreihe Transplantationsmedizin im Fokus, Band II (Hrsg.: Middel CD, Pühler W, Lilie H, Vilmar K): „Organspende und Organtransplantation in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bewertung“	Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2011 (ISBN 978-3-7691-3464-3)
Schriftenreihe Transplantationsmedizin im Fokus, Band I (Hrsg.: Middel CD, Pühler W, Lilie H, Vilmar K): „Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts – Bestandsaufnahme und Bewertung“	Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2010 (ISBN 978-3-7691-3428-5)

Gewebemedizin

Internet: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3286.3292

(Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Beirats siehe auch S. 487ff.)

Gesamtverzeichnis (2007 – 2012)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung (Kabinettsbeschluss, Stand: 15.02.2012) für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet), (geweberechtliche Aspekte) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	März 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stn_BAeK-AkdAe_zum_Reg-E_2._AMG-AendG_09032012.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf (Stand: 02.12.2011) für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (als 16. AMG-Novelle vorbereitet), (geweberechtliche Aspekte) in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	Januar 2012 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stn_BAeK_2._Gesetz_AMG_11012012.pdf
Antwort der Bundesärztekammer auf das Schreiben des BMG vom 30.09.2009 zum Erfahrungsbericht der Bundesregierung nach Artikel 7a Gewebegesetz im Berichtszeitraum vom 01.08.2007 bis 01.08.2010	März 2010 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/GewebemedAntwort20100301.pdf
Antworten der Bundesärztekammer zum Fragenkatalog des BMG für den Erfahrungsbericht der Bundesregierung zum Gewebegesetz (BR-Drs. 385/07), zur AMWHV (BR-Drs. 938/07) und zur TPG-GewV (BR-Drs. 939/07) im Berichtszeitraum vom 01.08.2007 bis 31.12.2008	Februar 2009 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellGewebegesFragenkatalog.pdf
Positionspapier der Ständigen Kommission Organtransplantation „Regelung an der Schnittstelle Gewebemedizin – Organtransplantation – Problemanalyse und Lösungsvorschläge“	September 2008 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/PositionspapierGewebemedOrgantrans.pdf

Stellungnahme der Bundesärztekammer gegenüber dem BMG zum Entwurf einer Verordnung für den Betrieb eines Registers über Gewebeeinrichtungen nach dem TPG (TPG-Geweberegisterverordnung)	April 2008 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellTPG_Geweberegisterverordnung.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer gegenüber dem BMG zum Entwurf einer Zweiten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Festlegung eines Musters für einen Organspendeausweis	November 2007 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellOrganspendeausweis.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer gegenüber dem BMG zum Referentenentwurf der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem TPG (TPG-Gewebeverordnung)	Oktober 2007 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellEntnahmeGewebe.pdf
Stellungnahme der Bundesärztekammer gegenüber dem BMG zum Referentenentwurf der Verordnung zur Änderung der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)	September 2007 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellAMWHV.pdf
Erweiterte und aktualisierte Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Regierungsentwurf für ein Gewebegesetz vom 24.01.2007	Januar 2007 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ZRegStell20070124.pdf

---

Pühler W, Middel CD, Hübner M: Pankreasinseln – Was tun, wenn ein Organ zum Gewebe wird?	Medizinrecht (2010); 28: 23-27
Pühler W, Middel CD, Hübner M: Praxisleitfaden Gewebegesetz – Grundlagen, Anforderungen, Kommentierungen	Oktober 2008 Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (ISBN 978-3-7691-3377-6)
Pühler W, Middel CD, Hübner M: Umsetzung der Geweberichtlinie 2004/23/EG und ihrer Durchführungsrichtlinien 2006/17/EG und 2006/86/EG auf untergesetzlicher Ebene	StoffRecht 2008; 1: 12-18
Pühler W, Hübner M, Middel CD: Regelungssystematische Vorschläge zur Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG (Geweberichtlinie)	Medizinrecht 2007; 25(1): 16-21

Bekanntmachungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Verzeichnis der laufenden Amtsperiode (2009 – 2013)

Methodenpapier – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie (Stand 20.09.2010, Version 2.8)	Dtsch Arztebl 2011; 108(8): A 417
Stellungnahme zur Systemischen Psychotherapie	Dtsch Arztebl 2009; 106(5): A 208-210

Ergänzende Vereinbarung zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer über den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG	Dtsch Arztebl 2009; 106(15): A 730

Alle Ausarbeitungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie sind im Internet unter www.wbpsychotherapie.de abrufbar.

13.2 Ergebnisse der Beratungen zu Beschlüssen der Deutschen Ärztetage

Die Beschlüsse der Ärztetage sind jeweils im Anhang des jährlich erscheinenden Stenografischen Wortberichts sowie in den sogenannten Beschlussprotokollen vollständig dokumentiert und können im Internet unter www.bundesaerztekammer.de abgerufen werden.

Die an den Vorstand der Bundesärztekammer gerichteten Beschlüsse und Entschließungen sowie die an ihn überwiesenen Anträge wurden im Nachgang zu den Ärztetagen in mehreren Vorstandssitzungen behandelt. Die Ergebnisse der Beratungen zu Beschlüssen aus dem Jahr 2012 (13.2.1) sowie vorherigen Ärztetagen (13.2.2 bis 13.2.4) werden nachfolgend dargestellt.

13.2.1 Beratungsergebnisse zu den Beschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages 2012

TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Patientenrechtegesetz: keine amerikanischen Verhältnisse!
(Drucksache I-15) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Entsprechende Hinweise wurden in die Stellungnahme der Bundesärztekammer aufgenommen. Der Kabinettsentwurf des Patientenrechtegesetzes hat die Hinweise berücksichtigt.*

IGeL-Beurteilung – Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung
(Drucksache I-19) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Die Idee der Zertifizierung/Akkreditierung sinnvoller individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) wurde im Vorstand und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit dem Ergebnis beraten, dass damit erhebliche Aufwände verbunden sind. Es wurde vereinbart, zunächst die politische Entwicklung nach der Veröffentlichung der überarbeiteten IGeL-Checkliste abzuwarten.
Der Vorstand befürwortet, dass das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) den IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund (MDS) bewertet und das Ergebnis in ca. sechs Monaten dem Vorstand zur Beratung und Prüfung der Notwendigkeit des Aufbaus eines eigenen Portals vorlegt.
Ergebnis: *ÄZQ und Bundesärztekammer befinden sich derzeit in Abstimmung über die Beurteilung des IGeL-Monitors des MDS insgesamt und der formalen und inhaltlichen Qualität der Bewertungen einzelner individueller Gesundheitsleistungen durch den IGeL-Monitor im Besonderen.*

Nürnberger Erklärung
(Drucksache I-26) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Übersicht über die bisherigen Aktivitäten wird erstellt und dem Vorstand zur anschließenden Beratung über das weitere Vorgehen vorgelegt.

Ergebnis: *Aufgrund der wachsenden gesellschaftlichen wie politischen Bedeutung des Themas Geschichte der Ärzteschaft wie auch als Resultat aus der Nürnberger Erklärung, Forschungstätigkeiten zu unterstützen, hat der Vorstand in seiner 16. Sitzung am 16.11.2012 beschlossen, die bisherigen Aktivitäten, so u. a.*

- *die Verleihung des Forschungspreises „Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus“,*
- *die Nürnberger Erklärung,*
- *die Unterstützung der Ausstellung „Fegt alle hinweg“ und*
- *die Stiftung Alt Rehse*

als einen eigenen Arbeitsbereich „Referat des Präsidiums, Menschenrechte und Geschichte der Ärzteschaft“ einzurichten.

Praxisgebühr
(Drucksache I-28) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Ambulante Versorgung“.
Ergebnis: *Die Forderung nach Abschaffung der Praxisgebühr wurde vom 115. Deutschen Ärztetag 2012 beschlossen. Die Einführung einer Gebühr für die Inanspruchnahme von Notfallsprechstunden, -ambulanzen bzw. ärztlichen Notfalldiensten wird vom Ausschuss „Ambulante Versorgung“ abgelehnt, da die Gefahr gesehen wird, dass hierdurch sozial benachteiligten Menschen der Zugang zur ärztlichen Versorgung gerade in Notsituationen verwehrt wird.*

Patientenrechtegesetz
(Drucksache I-29) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Entsprechende Hinweise wurden in die Stellungnahme der Bundesärztekammer aufgenommen. Der Kabinettsentwurf des Patientenrechtegesetzes hat die Hinweise berücksichtigt.*

Aufklärung zur Gewebespende
(Drucksache I-31) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Wissenschaftlichen Beirat und in der Ständigen Kommission Organtransplantation.
Ergebnis: *Dem Anliegen des Antrags wurde bereits durch das gemeinsam mit der Ständigen Kommission Organtransplantation erarbeitete Papier „Regelungen an der Schnittstelle Gewebemedizin – Organtransplantation“ entsprochen. Über dieses Papier hinaus sieht der Wissenschaftliche Beirat gemäß seinem Beschluss vom 15.12.2012 aufgrund der z. T. unklaren Rechtslage – u. a. auch aus haftungsrechtlicher Sicht – derzeit keine Handlungsoptionen für die Bundesärztekammer. Die Ständige Kommission Organtransplantation wird sich im ersten Quartal 2013 mit der Thematik befassen.*

TOP II: Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft
(Drucksache II-09) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Vorschlag für die Besetzung und die Vorgehensweise des Gesundheitsökonomischen Beirats wird dem Vorstand zur Beratung vorgelegt.

Ergebnis: *Der Vorstand hat in seinen Sitzungen am 29.06.2012 und 24.08.2012 über die Besetzung und die Vorgehensweise des Gesundheitsökonomischen Beirats beraten. Der Beirat wurde eingesetzt und unterstützt die Bearbeitung eines Forderungskatalogs. Ein Bericht über die Arbeit erfolgt auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 (s. Drs. II-12).*

Bundesärztekammer soll 2013 ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens vorlegen
(Drucksache II-12) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Vorschlag für die Besetzung und die Vorgehensweise des Gesundheitsökonomischen Beirats wird dem Vorstand zur Beratung vorgelegt.
Ergebnis: *Der Vorstand hat in seinen Sitzungen am 29.06.2012 und 24.08.2012 über die Besetzung und die Vorgehensweise des Gesundheitsökonomischen Beirats beraten. Der Beirat wurde eingesetzt und unterstützt die Bearbeitung eines Forderungskatalogs. Ein Bericht über die Arbeit erfolgt auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 (s. Drs. II-09).*

TOP III: Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern
(Drucksache III-01) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an die Politik, die Landesärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbände, die Anliegen des Antrags zu unterstützen.
Ergebnis: *Ein entsprechendes Schreiben wurde am 19.11.2012 versandt.*

Betriebswirtin im Gesundheitswesen – Arztentlastung durch fortgebildete Medizinische Fachangestellte
(Drucksache III-02) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an die Landesärztekammern, das Anliegen des Antrags zu unterstützen.
Ergebnis: *Ein Schreiben an die Landesärztekammern erfolgt nach Beendigung der Arbeiten am Gesamtkonzept der Fortbildung (Curriculum/Stoffkatalog, Musterfortbildungs- und -prüfungsordnung) im Frühjahr 2013.*

Pflichtangebot sektorenübergreifender Vernetzung für GKV
(Drucksache III-03) und **(Drucksache III-03a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung in den Ausschüssen „Ambulante Versorgung“ und „Krankenhaus“.
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ wird die Anliegen der Antragsteller bei seiner weiteren Befassung mit der Thematik berücksichtigen. Der Ausschuss „Krankenhaus“ hat ergänzend auf die Möglichkeit verwiesen, dieses Anliegen seitens der Ärztekammern – soweit beteiligt – in den bereits gebildeten bzw. noch zu bildenden Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V als Vorschlag einzubringen und dort mit den übrigen Beteiligten zu erörtern. Hingewiesen wurde jedoch auch auf die mögliche Gefahr, dass für den Fall der Finanzierung solcher regionaler vernetzter Versorgungsformen durch die Krankenkassen diese auch Einfluss auf deren strukturelle und inhaltliche Organisation zu nehmen versuchen werden.*

Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten
(Drucksache III-07) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung in den Ausschüssen „Ambulante Versorgung", „Krankenhaus" und „Berufsordnung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ambulante Versorgung" wird in Kooperation mit den anderen zuständigen Gremien der Bundesärztekammer eine geeignete Form der Umsetzung des Beschlusses entwickeln und hierüber den Deutschen Ärztetag informieren. Ergänzend hat der Ausschuss „Krankenhaus" darauf verwiesen, dass das Petitum dieses Antrags, nämlich bei der Organisation entsprechender Strukturen die Verbesserung der Patientenversorgung und nicht eine etwaige Gewinnoptimierung als Zielsetzung in den Vordergrund zu stellen, bereits als wesentliche Voraussetzung in den vom Ärztetag mit großer Mehrheit verabschiedeten Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer Eingang gefunden hat.*

TOP IV: Weiterbildung

Ambulante hausärztliche Versorgung durch Internisten
(Drucksache IV-01) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien werden dieses Anliegen bei den Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigen.*

Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung – Nicht nur Module diskutieren
(Drucksache IV-02) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Bereits in der Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" am 26.06.2012 wurden anhand eines Fragenkatalogs Grundsatzkriterien erstellt, die von der Arbeitsgruppe „Kompetenzblöcke" der Ständigen Konferenz in mehreren Sitzungen weiterentwickelt und im Hinblick auf ihre Anwendung auf eine novellierte (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) überprüft wurden. In den sich anschließenden Beratungen der Weiterbildungsgremien wurde darauf hingewiesen, dass Mindestweiterbildungszeiten für den Erwerb der für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Erfahrungen sinnvoll sein können. Die nähere Ausgestaltung von Struktur, Inhalten und Dauer der Weiterbildung soll bei der Novellierung der MWBO auch unter Beteiligung der Fachgesellschaften grundlegend diskutiert werden.*

Ergänzung des § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010
(Drucksache IV-03) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *In einer intensiven Diskussion befürworteten die Weiterbildungsgremien den Antrag. Lediglich die Umsetzung wurde unterschiedlich beurteilt; einige Sitzungsmitglieder befürworteten, die im Beschluss genannte Formulierung bereits zum jetzigen*

Zeitpunkt in die derzeitige Satzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufzunehmen. Die Mehrzahl der Mitglieder fasste aber folgenden Beschluss:
„Im Zusammenhang mit den Bestimmungen der Weiterbildungsordnungen zur persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter empfiehlt die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" den Landesärztekammern folgende Formulierung – angelehnt an die Bremer Weiterbildungsordnung – für die Handhabung, bis eine endgültige Fassung des § 7 Abs. 1 MWBO im Rahmen der Novellierung durch den Deutschen Ärztetag verabschiedet ist: „Die persönliche Eignung fehlt insbesondere, wenn der Weiterbilder seinen Pflichten nach § 5 Abs. 3 bis 6, § 8 Abs. 2 und § 9 wiederholt nicht nachkommt. Gleiches gilt bei Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung, sofern sie Auswirkungen auf das Weiterbildungsverhältnis haben und mit berufsrechtlichen Maßnahmen geahndet wurden sowie bei der Veranlassung und Duldung von Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz von einigem Gewicht."

Evaluation der Weiterbildungsergebnisse und Konsequenzen
(Drucksache IV-04) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben im Grundsatz die Einzelaspekte begrüßt, welche auch in der zur Nachbereitung des Projekts „Evaluation der Weiterbildung" 2009/2011 sowie zur Vorbereitung einer Neukonzeption der Befragung etablierten Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern im Detail diskutiert werden. Die Ergebnisse der laufenden Beratungen wurden in allen betroffenen Gremien auf Bundesebene vorgestellt. Einzelne Aspekte wurden auch im Zusammenhang mit anderen Anträgen beraten.*

Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten
(Drucksache IV-05) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Zielsetzung der Anträge, die Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit Facharztkompetenzen und Zusatzbezeichnungen zu erhalten, wurde von den Weiterbildungsgremien begrüßt. Die Bedeutung der MWBO für die ärztliche Berufsausübung auszubauen, könnte dabei mit der Aufnahme z. B. berufsbegleitender Qualifikationen in einen neu einzuführenden Abschnitt D aufgegriffen werden.*

Weiterbildung in Teilzeit
(Drucksache IV-06) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung" hatte sich bereits in seiner Sitzung am 11.05.2012 dafür ausgesprochen, unter Hinweis auf eine künftige stärkere Orientierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) an Weiterbildungsinhalten im Vergleich zu Weiterbildungszeiten, die Anrechnung von Weiterbildungsabschnitten unter einer Dauer von sechs Monaten im Rahmen der Novellierung der MWBO zu beraten. In Bezug auf Teilzeitweiterbildung unter 50 Prozent besteht bereits eine Flexibilisierung, da gemäß § 4 Abs. 6 MWBO in der Regel eine Teilzeittätigkeit von mindestens 50 Pro-*

zent der wöchentlichen Arbeitszeit vorausgesetzt wird. Die Weiterbildungsgremien bekräftigten nochmals, dass weitere Öffnungen für die Möglichkeiten von Teilzeitweiterbildung im Rahmen der Novellierung der MWBO abzustimmen sein werden.

Modul-Diskussion in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
(Drucksache IV-07) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Das Anliegen des Antrags, auch für die novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) keinen ausschließlich modularen Aufbau vorzusehen, wurde im Vortrag des Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg bereits entkräftet.*

Evaluation der Weiterbildung institutionalisieren
(Drucksache IV-10) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben die geplante Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung begrüßt. Eine kontinuierliche Befragung wird auf der Ebene einzelner Landesärztekammern in Betracht gezogen. Die Aufnahme von Fragen zur Bewertung der Arbeit der Landesärztekammern in den neu zu erstellenden Fragenkatalog einer zukünftigen Befragung wird grundsätzlich begrüßt.*

Weiterbildung berufsrechtlich stärker verankern!
(Drucksache IV-11) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" und im Ausschuss „Berufsordnung".
Ergebnis: *Für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und die Zulassung von Weiterbildungsstätten sind in § 5 bzw. § 6 Abs. 2 MWBO Voraussetzungen bestimmt, die eine ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung sicherstellen sollen. Darüber hinaus führt jede Ärztekammer ein öffentlich einsehbares Verzeichnis der befugten Ärzte und der Weiterbildungsstätten mit Angaben über den Umfang ihrer jeweiligen Befugnis. Die Weiterbildungsgremien haben darauf hingewiesen, dass die im Weiterbildungsrecht bereits bestehenden Regelungen lediglich besser umgesetzt werden müssten. Dieses Beratungsergebnis hat der Ausschuss „Berufsordnung der für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte" zur Kenntnis genommen. Der Berufsordnungsausschuss ist der Auffassung, dass die zuständigen Gremien befasst waren und eine weitere Diskussion nicht notwendig ist. Der Ausschuss schließt sich dem Votum der Weiterbildungsgremien an.*

Weiterbildung präzisieren und flexibel strukturieren
(Drucksache IV-12) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben dieses Anliegen begrüßt und werden es bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigen.*

(Muster-)Weiterbildungsordnung – Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung
(Drucksache IV-14) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" sowie im Ausschuss „Ambulante Versorgung"; Bitte an die KBV um entsprechende Umsetzung und Begleitung, entsprechende Aufforderung gegenüber Politik und Krankenkassen.
Ergebnis: *Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" hat sich in ihrer Sitzung vom 26.06.2012 gegen einen obligaten Weiterbildungsabschnitt in der ambulanten Versorgung ausgesprochen. Im laufenden Berichtsjahr wurde von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer u. a. geprüft, in welchen Fächern eine Weiterbildung im ambulanten Bereich, z. B. aus didaktischer und die Qualitätssicherung betreffender Sicht, erforderlich ist. Gemeinsam werden Möglichkeiten einer – auch finanziellen – Förderung der ambulanten Weiterbildung geprüft und beraten. Bundesärztekammer und KBV erarbeiten ein gemeinsames Konzept, welches dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorgestellt wird.*

Angemessene Anreize statt weiterem Zwang in der Weiterbildung
(Drucksache IV-15) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" sowie im Ausschuss „Ambulante Versorgung"; Bitte an die KBV um entsprechende Umsetzung und Begleitung, entsprechende Aufforderung gegenüber Politik und Krankenkassen.
Ergebnis: *Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" hat sich in ihrer Sitzung am 26.06.2012 gegen einen obligaten Weiterbildungsabschnitt in der ambulanten Versorgung ausgesprochen. Im laufenden Berichtsjahr wurde von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer u. a. geprüft, in welchen Fächern eine Weiterbildung im ambulanten Bereich, z. B. aus didaktischer und die Qualitätssicherung betreffender Sicht, erforderlich ist. Gemeinsam werden Möglichkeiten einer – auch finanziellen – Förderung der ambulanten Weiterbildung geprüft und beraten. Bundesärztekammer und KBV erarbeiten ein gemeinsames Konzept, welches dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorgestellt wird.*

Sonografie als fester Bestandteil in der (Muster-)Weiterbildungsordnung Anästhesie
(Drucksache IV-16) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben empfohlen, dieses Anliegen bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu beraten.*

Weiterbildung in Teilzeit
(Drucksache IV-17) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung" hatte sich bereits in seiner Sitzung am 11.05.2012 dafür ausgesprochen, unter Hinweis auf eine künftige stärkere Orientierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) an Weiterbildungsinhalten im Ver-*

gleich zu Weiterbildungszeiten, die Anrechnung von Weiterbildungsabschnitten unter einer Dauer von sechs Monaten im Rahmen der Novellierung der MWBO zu beraten. In Bezug auf Teilzeitweiterbildung unter 50 Prozent besteht bereits eine Flexibilisierung, da gemäß § 4 Abs. 6 MWBO in der Regel eine Teilzeittätigkeit von mindestens 50 Prozent der wöchentlichen Arbeitszeit vorausgesetzt wird. Die Weiterbildungsgremien bekräftigten nochmals, dass weitere Öffnungen für die Möglichkeiten von Teilzeitweiterbildung im Rahmen der Novellierung der MWBO abzustimmen sein werden.

Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit
(Drucksache IV-18) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Bereits in der Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" am 26.06.2012 wurden anhand eines Fragenkatalogs Grundsatzkriterien erstellt, die von der Arbeitsgruppe „Kompetenzblöcke" der Ständigen Konferenz in mehreren Sitzungen weiterentwickelt und im Hinblick auf ihre Anwendung auf eine novellierte (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) überprüft wurden. Die Weiterbildungsgremien haben darüber hinaus darauf hingewiesen, dass Mindestweiterbildungszeiten für den Erwerb der für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Erfahrungen sinnvoll sein können. Die nähere Ausgestaltung von Struktur, Inhalten und Dauer der Weiterbildung soll bei der Novellierung der MWBO auch unter Beteiligung der Fachgesellschaften grundlegend diskutiert werden.*

Kooperation und Weiterbildung
(Drucksache IV-19) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Das Anliegen dieses Antrags wurde von den Weiterbildungsgremien begrüßt.*

Ambulant zu vermittelnde Weiterbildungsinhalte
(Drucksache IV-21) und **(Drucksache IV-21a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" sowie im Ausschuss „Ambulante Versorgung".
Ergebnis: *Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" hat sich in ihrer Sitzung am 26.06.2012 gegen einen obligaten Weiterbildungsabschnitt in der ambulanten Versorgung ausgesprochen. Im laufenden Berichtsjahr wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer u. a. geprüft, in welchen Fächern eine Weiterbildung im ambulanten Bereich, z. B. aus didaktischer und die Qualitätssicherung betreffender Sicht, erforderlich ist. Gemeinsam werden Möglichkeiten einer – auch finanziellen – Förderung der ambulanten Weiterbildung geprüft und beraten. Bundesärztekammer und KBV erarbeiten ein gemeinsames Konzept, welches dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorgestellt wird.*

Nacherwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie
(Drucksache IV-22) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben befürwortet, die geriatrischen Kompetenzen in einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) differenziert abzubilden.*

Nebenberuflicher Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen und/oder Weiterbildungsmodulen
(Drucksache IV-23) und **(Drucksache IV-23a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben dieses Anliegen begrüßt und beabsichtigen, bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die Möglichkeit für berufsbegleitende Elemente der Weiterbildung in einen neu einzuführenden Abschnitt D aufzunehmen.*

Neudefinition des Modul-Themas
(Drucksache IV-24) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Das Anliegen des Antrags, auch für die novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) keinen ausschließlich modularen Aufbau vorzusehen, wurde im Vortrag des Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg bereits entkräftet.*

Kompetenzbasierte Weiterbildung
(Drucksache IV-25) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Das Anliegen der Antragsteller wurde bei den auf die Ausrichtung an Kompetenzen orientierten Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufgegriffen.*

Förderung der ärztlichen Weiterbildung – Zuschläge
(Drucksache IV-26) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben ihre frühere Ablehnung dieses Anliegens bekräftigt.*

Förderung der ärztlichen Weiterbildung – Kürzere Abschnitte
(Drucksache IV-27) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung" hatte sich bereits in seiner Sitzung am 11.05.2012 dafür ausgesprochen, unter Hinweis auf eine künftige stärkere Orientie-*

rung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) an Weiterbildungsinhalten im Vergleich zu Weiterbildungszeiten, die Anrechnung von Weiterbildungsabschnitten unter einer Dauer von sechs Monaten im Rahmen der Novellierung der MWBO zu beraten. In Bezug auf Teilzeitweiterbildung unter 50 Prozent besteht bereits eine Flexibilisierung, da gemäß § 4 Abs. 6 MWBO in der Regel eine Teilzeittätigkeit von mindestens 50 Prozent der wöchentlichen Arbeitszeit vorausgesetzt wird. Die Weiterbildungsgremien bekräftigten nochmals, dass weitere Öffnungen für die Möglichkeiten von Teilzeitweiterbildung im Rahmen der Novellierung der MWBO abzustimmen sein werden.

Verzicht auf die Anzeige- und Genehmigungspflicht der Teilzeitweiterbildung
(Drucksache IV-28) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben auf die Vorteile einer vorherigen Anzeige und Genehmigung für Teilzeittätigkeiten im Hinblick auf die spätere Anerkennung von Weiterbildungszeiten aufmerksam gemacht. Eine bundeseinheitliche Vorgabe wurde auf Grund der derzeit bestehenden föderalen Unterschiede nicht befürwortet.*

Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern
(Drucksache IV-29) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben sich dafür ausgesprochen, akut- und notfallmedizinische Kompetenzen im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) kritisch zu beraten.*

Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten
(Drucksache IV-30) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Zielsetzung der Anträge, die Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit Facharztkompetenzen und Zusatzbezeichnungen zu erhalten, wurde von den Weiterbildungsgremien begrüßt. Die Bedeutung der MWBO für die ärztliche Berufsausübung auszubauen, könnte dabei mit der Aufnahme z. B. berufsbegleitender Qualifikationen in einen neu einzuführenden Abschnitt D aufgegriffen werden.*

Erstellung eines Kriterienkatalogs für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
(Drucksache IV-31) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Bereits in der Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" am 26.06.2012 wurden anhand eines Fragenkatalogs Grundsatzkriterien erstellt, die von der Arbeitsgruppe „Kompetenzblöcke" der Ständigen Konferenz in mehreren Sitzungen weiterentwickelt und im Hinblick auf ihre Anwendung auf eine novellierte (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) überprüft wurden. In den sich anschließenden Beratungen der Weiterbildungsgremien wurde darauf hingewiesen, dass Mindestweiterbil-*

dungszeiten für den Erwerb der für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Erfahrungen sinnvoll sein können. Die nähere Ausgestaltung von Struktur, Inhalten und Dauer der Weiterbildung soll bei der Novellierung der MWBO auch unter Beteiligung der Fachgesellschaften grundlegend diskutiert werden.

Teilnahme der Weiterbildungsbefugten an der Evaluation der Weiterbildung (Drucksache IV-32) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben die Bedeutung einer Befragung möglichst aller Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden unterstrichen. Gemäß der Berufsordnung besteht die Verpflichtung, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Entsprechend einem Beschluss des 113. Deutschen Ärztetags 2010 wurde § 5 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dahingehend ergänzt, Weiterbildungsbefugte zu verpflichten, „an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung teilzunehmen".*

Erhebung der Evaluation der Weiterbildung direkt von den Weiterbildungsassistenten (Drucksache IV-33) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben die Bedeutung einer Befragung möglichst aller Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden unterstrichen. Der Aufbau von Weiterbildungsregistern auf Landesebene – nutzbar auch über die Evaluation der Weiterbildung hinaus – wäre zwar empfehlenswert, eine Verpflichtung zur detaillierten Meldung der Weiterzubildenden, d. h. wer sich bei welchem Befugten an welcher Weiterbildungsstätte wie viele Jahre in Weiterbildung befindet und welchen Facharzt anstrebt, ist in den gültigen Meldeordnungen bislang nicht vorgesehen. Ein erster möglicher Schritt zur Umsetzung eines „Weiterbildungsregisters" könnte sein, die Befugten, zu denen bereits ein Rechtsverhältnis besteht, zu verpflichten, den Ärztekammern namentlich die bei ihnen tätigen Weiterzubildenden und den Wechsel zeitnah zu melden.*

Umgang mit in der Evaluation der Weiterbildung dokumentierten Rechtsverletzungen (Drucksache IV-34) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Das Anliegen dieses Antrags könnte Gefahr laufen, sich kontraproduktiv auf das Ziel auszuwirken, die Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden möglichst umfassend zu erreichen. Empfehlenswert wären unterstützende Maßnahmen der Landesärztekammern, um eine Verbesserung der Weiterbildung vor Ort zu erreichen. Die Weiterbildungsgremien haben in diesem Zusammenhang auf den Beschluss zu der im Antrag IV-03 empfohlenen Ergänzungen in § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) anhand der in Bremen getroffenen Regelung verwiesen.*

Definition der Lernziele für die Facharztprüfung
(Drucksache IV-37) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben dieses Anliegen begrüßt und werden es bei den auf die Ausrichtung an Kompetenzen orientierten Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufgreifen.*

Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern
(Drucksache IV-38) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben sich dafür ausgesprochen, akut- und notfallmedizinische Kompetenzen im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) kritisch zu beraten.*

Bürokratie und Weiterbildung
(Drucksache IV-39) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben dieses Anliegen begrüßt und empfehlen, bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) bürokratische Hürden möglichst zu vermeiden.*

Nichteignung als Weiterbilder/in – Konsequenz für Assistentinnen/Assistenten
(Drucksache IV-40) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben auf geeignete Verfahren der Landesärztekammern im Umgang mit der im Antrag beschriebenen Situation hingewiesen.*

Bescheinigung der fachärztlichen Kompetenz anstatt von Richtzahlen
(Drucksache IV-41) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben dieses Anliegen begrüßt und werden es bei den auf die Ausrichtung an Kompetenzen orientierten Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufgreifen.*

Modifizierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
(Drucksache IV-42) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien haben befürwortet, dieses Anliegen bei den Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu prüfen.*

Simulation, E-Learning
(Drucksache IV-43) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Das Anliegen dieses Antrags wurde von den Weiterbildungsgremien begrüßt und soll bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigt werden.*

Weiterbildung – Leistungskataloge
(Drucksache IV-44) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Da die OPS- und ICD-Systeme sowie weitere Verschlüsselungssysteme eine andere Hierarchisierung und Granularität als die Formulierungen in den Weiterbildungsordnungen besitzen, weist die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" auf den enormen Aufwand einer Übertragung hin. Um den aktuellen Novellierungsprozess nicht zu verzögern, sollte kein flächendeckender Abgleich der Verschlüsselungen mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) eingefordert werden. Sollte ein Abgleich nach wie vor sinnvoll erscheinen, sollten die Fachgesellschaften gebeten werden, Vorschläge für eine Übersetzung einzubringen.*

Vereinfachung der Beantragung der Weiterbildungsermächtigung
(Drucksache IV-45) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Da die OPS- und ICD-Systeme sowie weitere Verschlüsselungssysteme eine andere Hierarchisierung und Granularität als die Formulierungen in den Weiterbildungsordnungen besitzen, weist die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" auf den enormen Aufwand einer Übertragung hin. Um den aktuellen Novellierungsprozess nicht zu verzögern, sollte kein flächendeckender Abgleich der Verschlüsselungen mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) eingefordert werden. Sollte ein Abgleich nach wie vor sinnvoll erscheinen, sollten die Fachgesellschaften gebeten werden, Vorschläge für eine Übersetzung einzubringen.*

Justiziable Zwischenabschnitte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
(Drucksache IV-46) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Die Weiterbildungsgremien erachten dieses Anliegen als nicht umsetzbar. Das formulierte Ziel des Antrags soll aber durch die Einführung von Kompetenzlevel in der novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufgegriffen werden.*

Ambulante Weiterbildungsabschnitte
(Drucksache IV-47) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" sowie im Ausschuss „Ambulante Versorgung".
Ergebnis: *Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" hat sich in ihrer Sitzung am 26.06.2012 gegen einen obligaten Weiterbildungsabschnitt in der ambulanten Ver-*

sorgung ausgesprochen. Im laufenden Berichtsjahr wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer u. a. geprüft, in welchen Fächern eine Weiterbildung im ambulanten Bereich, z. B. aus didaktischer und die Qualitätssicherung betreffender Sicht, erforderlich ist. Gemeinsam werden Möglichkeiten einer – auch finanziellen – Förderung der ambulanten Weiterbildung geprüft und beraten. Bundesärztekammer und KBV erarbeiten ein gemeinsames Konzept, welches dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover vorgestellt wird.

Weiterbildung
(Drucksache IV-48) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis: *Da die OPS- und ICD-Systeme sowie weitere Verschlüsselungssysteme eine andere Hierarchisierung und Granularität als die Formulierungen in den Weiterbildungsordnungen besitzen, weist die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" auf den enormen Aufwand einer Übertragung hin. Um den aktuellen Novellierungsprozess nicht zu verzögern, sollte kein flächendeckender Abgleich der Verschlüsselungen mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) eingefordert werden. Sollte ein Abgleich nach wie vor sinnvoll erscheinen, sollten die Fachgesellschaften gebeten werden, Vorschläge für eine Übersetzung einzubringen.*

TOP VI: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Konzeptionelle Weiterentwicklung des Deutschen Ärztetages
(Drucksache VI-02) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Auswertung der Befragungsergebnisse und Entwicklung eines Vorschlags für eine Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages in der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse".
Ergebnis: *Die Ergebnisse und Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages wurden in der Vorstandssitzung am 17.01.2013 beraten. Ein Bericht erfolgt auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013.*

Ärzte in sozialen Medien – Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien
(Drucksache VI-07) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Telematik" und in der Ständigen Konferenz „Öffentlichkeitsarbeit".
Ergebnis: *Der Ausschuss Telematik hat in seiner Sitzung am 16.08.2012 beschlossen, eine Handreichung zu erarbeiten (Hervorhebung Gefahrenpotenziale durch spezifisches Arzt-Patienten-Verhältnis).*

Priorisierung in der Medizin
(Drucksache VI-13) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und anschließende Beratung im Vorstand.

Ergebnis: *Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen" eingesetzt, um die öffentliche Auseinandersetzung weiter zu fördern. Das Themengebiet „Priorisierung im Gesundheitswesen" wurde daraufhin dem Hauptgeschäftsführungsbereich „Vorstandsangelegenheiten, Kooperation mit Ärztekammern, Abstimmung mit Verbänden" zugeordnet.*

Künftige Versorgung sichern – ärztlichen Nachwuchs intensiv fördern!
(Drucksache VI-23) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Beratung in den Ausschüssen „Ärztliche Weiterbildung" und „Ausbildung, Hochschule und Medizinische Fakultäten" sowie in der Ständigen Konferenz „Öffentlichkeitsarbeit".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten" hat den Antrag in seiner Sitzung am 23.08.2012 befürwortend zur Kenntnis genommen. Die Weiterbildungsgremien haben bekräftigt, dass bei den Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die Belange von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, z. B. im Hinblick auf moderne Lehrkonzepte und die Qualität der Weiterbildung, zu beachten sind.*

Persönlichkeitsrechte der Ärztinnen und Ärzte auch in Internet-Bewertungsportalen schützen!
(Drucksache VI-29) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und anschließende Beratung im Vorstand.
Ergebnis: *Der Vorstand hat die Vorstandsüberweisung in seiner Sitzung am 22.02.2013 beraten. Das Anliegen des Antrags wird bereits durch § 5 des Telemediengesetzes und § 55 Abs. 1 Rundfunkstaatsvertrag umgesetzt. Auch Betreiber von Internetseiten unterliegen danach stets der Impressumspflicht, es sei denn, die Inhalte sind ausschließlich privater Natur.*
Hinsichtlich der weitergehenden Forderung nach kurzfristigem und kostenlosem Rechtsschutz ist der bestehende Rahmen des zivilprozessualen Eilverfahrens zur Kenntnis zu nehmen. Die unbefriedigende Situation für die betroffenen Ärzte lässt sich nicht auf ein konkretes normatives Defizit zurückführen. Vielmehr liegt die Ursache in der gefestigten Rechtsprechung der obersten Gerichte zum Schutz der Meinungsfreiheit, die sich negativ zulasten der Ärzte und anderer Berufsgruppen auswirkt. Eine erste positive Entscheidung im Sinne der Ärzte liegt mit Beschluss des Landgerichts Nürnberg vom 08.05.2012 (Az. 11 O 2608/12) vor. Das Gericht hat den Betreiber eines Arztbewertungsportals im Wege der einstweiligen Verfügung verpflichtet, die Verbreitung einer negativen Bewertung auf Verlangen des Arztes zu unterlassen, da er sich von dem bewertenden Patienten keinen Nachweis für die negative Bewertung hatte vorlegen lassen.

Finanzierung von delegationsfähigen Präventionsleistungen
(Drucksache VI-33) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand fordert eine extrabudgetäre Vergütung der bisherigen und zukünftigen ärztlichen Präventionsleistungen.*

GOÄ – Laborkapitel
(Drucksache VI-34) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Gebührenordnung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Gebührenordnung" sprach sich in seiner Sitzung am 18.06.2012 dafür aus, dem Antrag nicht zu folgen. Begründung: Bei den Laboratoriumsuntersuchungen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) handelt es sich per Definition um ärztliche Leistungen. Der Umstand der teilweise hochautomatisierten Gewinnung von Massenparametern werde im Entwurf der Bundesärztekammer für eine neue GOÄ durch einen spezifischen Bewertungsalgorithmus berücksichtigt.*

Morbiditätskomponente bei Arznei- und Heilmittelbudgets einführen
(Drucksache VI-37) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand unterstützt grundsätzlich das Anliegen. Die Auswirkung einer Gesetzesänderung soll durch die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft (AkdÄ) geprüft und ein Vorschlag dem Vorstand zur Beratung vorgelegt werden.
Ergebnis: *Die Beratung zum Anliegen des Antrags ist noch nicht abgeschlossen.*

Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung
(Drucksache VI-40) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Für den Fall, dass ein Präventionsgesetz von der Bundesregierung nicht vorgelegt wird, begrüßt der Vorstand eine Präventionsinitiative, die die Erbringung und Vergütung von ärztlichen Präventionsleistungen verbessert.
Ergebnis: *Der Deutsche Ärztetag hat sich wiederholt für ein Präventionsgesetz ausgesprochen, solange mit diesem die Rolle der Ärzteschaft in der Prävention sowie in den entscheidenden Gremien gestärkt wird. Für die laufende Legislaturperiode sieht der Koalitionsvertrag lediglich die Verabschiedung einer Nationalen Präventionsstrategie vor. Die Bundesärztekammer hat dem Bundesministerium für Gesundheit die Vorstellungen der Ärzteschaft hierzu wiederholt mitgeteilt.*

Änderungen im Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (16. AMG-Novelle)
(Drucksache VI-42) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Eine entsprechende Positionierung wurde gegenüber dem Gesetzgeber abgegeben.*

Psychosomatische Kompetenz
(Drucksache VI-44) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung mit den Vorstandsbeauftragten für Fragen der ärztlichen Psychotherapie und im Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.
Ergebnis: *Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung unterstützt grundsätzlich die Aufforderung, die psychosomatische Kompetenz von Ärzten zu stärken, damit diese auch in seelischen Krisensituationen als Ansprechpartner wahrgenommen und nicht von psychologischen Psychotherapeuten verdrängt werden. Hierzu bestehen bereits Fortbildungsmaßnahmen (z. B. 80-Std.-Curriculum Psychosomatische Grundversor-*

*gung, Ärztliche Gesprächsführung), weitere werden entwickelt, z. B. das Curriculum zur Psychotraumatologie. Die Bundesärztekammer hat im Rahmen ihrer Förderinitiative zur Versorgungsforschung drei Expertisen gefördert, um die spezifische Rolle von Ärzten bei der Behandlung seelischer Leiden sowie ihre Wahrnehmung durch die (Fach-)Öffentlichkeit zu erfassen. Die Ergebnisse der Expertisen wurden bereits auf der Homepage der Bundesärztekammer veröffentlicht (*www.bundesaerztekammer.de/versorgungsforschung*). Ein Metaartikel zur Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt ist in Vorbereitung. Als weitere mögliche Maßnahme könnte die Thematik vorbehaltlich der Verfügbarkeit entsprechender Mittel im Rahmen eines Symposiums über die psychosomatische und psychiatrische Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten behandelt werden.*

Zeitpunkt Deutscher Ärztetag
(Drucksache VI-46) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand befürwortet die Durchführung des Deutschen Ärztetages in der „Himmelfahrtswoche". Wie in der Vergangenheit geschehen, ist eine Abweichung von der Terminplanung mit dem Vorstand der Bundeärztekammer abzustimmen. In der Konsequenz des Beschlusses ergibt sich bei der Wahl der zukünftigen Tagungsorte eine höhere Priorität für die zeitliche Anberaumung des Deutschen Ärztetages in der Himmelfahrtswoche.*

Strukturwandel des ärztlichen Berufsbildes: Eine Aufgabe für die Kammern
(Drucksache VI-47) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an die Landesärztekammern mit der Bitte um Rückmeldung ihrer entsprechenden Aktivitäten, danach Beratung in der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern.
Ergebnis: *Die Bundesärztekammer hat mit Rundschreiben vom 24.09.2012 die Landesärztekammern gebeten, ihr entsprechende Rückmeldungen zukommen zu lassen. Eine Beratung der Ergebnisse ist in der Sitzung der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern am 14./15.02.2013 vorgesehen.*

Harmonisierung zwischen den berufsrechtlichen und den vertragsärztlichen Vorgaben zu Qualifikationsanforderungen für Ärzte
(Drucksache VI-50) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen" hat in seiner Sitzung am 31.05.2012 beschlossen, die künftige engere Abstimmung und Kooperation von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung anhand der Anforderungen, die sich z. B. aus den Qualitätssicherungsvereinbarungen und der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) ergeben, zu verdeutlichen. Die Weiterbildungsgremien befürworten dieses Vorgehen.*

Satzungsleistungen der GKV streichen
(Drucksache VI-51) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand befürwortet grundsätzlich das Anliegen. Beratung im Rahmen der Erstellung des Forderungskatalogs zu den Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft (s. Drs. II-09).
Ergebnis: *Die Beratung zum Forderungskatalog zu den Anforderungen an eine Krankenversicherung ist noch nicht abgeschlossen.*

Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen in der Arbeits- und Betriebsmedizin
(Drucksache VI-56) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe" sowie im Ausschuss „Arbeitsmedizin".
Ergebnis: *Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe" haben in der Sitzung am 13.12.2012 die Erarbeitung eines Mustercurriculums Arbeits- und Betriebsmedizin in Zusammenarbeit mit Dezernat 5 beschlossen.*

Kriterienkatalog zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen Dritter für Medizinische Fachangestellte
(Drucksache VI-58) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe".
Ergebnis: *Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe" haben in der Sitzung am 13.12.2012 die Entwicklung eines Kriterienkatalogs durch die Bundesärztekammer begrüßt und empfehlen die Einsetzung einer Arbeitsgruppe mit Vertretern interessierter Landesärztekammern.*

Regelungen zur Rechtssicherheit bei elektronischer Dokumentation
(Drucksache VI-60) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung in der Rechtsberatertagung und im Ausschuss „Telematik".
Ergebnis: *Für die Überarbeitung der „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis" vom 09.05.2008 hat die Ständige Konferenz der Rechtsberater eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Dezernates Telematik ins Leben gerufen. Da es sich um gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erarbeitete und publizierte Empfehlungen handelt, wird die KBV in der AG vertreten sein.*

Prävention von Genitalverstümmelung – Aktualisierung der „Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung" der Bundesärztekammer vom 25.11.2005
(Drucksache VI-63) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung mit den Menschenrechtsbeauftragten von Landesärztekammern und Bundesärztekammer.
Ergebnis: *Die Arbeitsgruppe der Menschenrechtsbeauftragten hat am 13.12.2012 den Beschluss beraten. Die Empfehlungen wurden ergänzt um ein Kapitel 10, das auf die Bestimmungen des Bundeskinderschutzgesetzes eingeht. Die so überarbeiteten Empfeh-*

lungen wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.01.2013 beschlossen.

Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken
(Drucksache VI-69) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung in den Ausschüssen „Ambulante Versorgung" und „Krankenhaus" sowie in der Ständigen Konferenz „Öffentlichkeitsarbeit".
Ergebnis: *Die Ausschüsse „Ambulante Versorgung" und „Krankenhaus" haben in ihren Sitzungen am 18.10. bzw. 30.10.2012 als Ergebnis ihrer Beratungen das Anliegen des Antrags, seitens der Ärzteschaft eine Kampagne zum Thema „Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken" ausdrücklich begrüßt. Die Bundesärztekammer beabsichtigt, eine mit dieser Zielsetzung geplante öffentliche Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu unterstützen. Darüber hinaus hat der Ausschuss „Krankenhaus" im Hinblick auf die Stärkung der stationären Versorgung auf dem Lande eine vom Bundesrat in seiner Sitzung am 12.10.2012 gefasste Entschließung zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser sowie zu deren nachhaltigen finanziellen Sicherung unter dieser Zielsetzung nachdrücklich begrüßt.*

Gendermedizinische Aspekte im Medizinstudium und der ärztlichen Fort- und Weiterbildung
(Drucksache VI-70) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand unterstützt das Anliegen; sukzessive Umsetzung bei der Weiterentwicklung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.*

Psychotherapie und Palliativmedizin
(Drucksache VI-71) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und Erarbeitung von Ansatzpunkten; danach Beratung im Vorstand.
Ergebnis: *Das Anliegen wurde im Jour fixe der Bundesärztekammer mit der Ständigen Konferenz Ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände im November 2012 beraten und ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der Befürwortung wird sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung im Berichtsjahr 2013 mit diesem Anliegen befassen.*

Zwischenbericht der AG „Zukunft der Ärztekammern" – Prüfung einer Antragskommission für den Deutschen Ärztetag
(Drucksache VI-72) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Bewertung in der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse".
Ergebnis: *Die Beratung des Antrags erfolgte in der Vorstandssitzung am 17.01.2013. Ein Bericht ist auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 vorgesehen.*

GOÄ als ärztliche Gebührenordnung
(Drucksache VI-73) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Gebührenordnung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Gebührenordnung" nahm den Antrag in seiner Sitzung am 18.06.2012 zustimmend zur Kenntnis. Der Ausschuss stellte fest, dass mit der punktuel-*

len Einbindung der Psychologischen Psychotherapeuten, die per Rechtsverordnung über die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) faktisch an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden sind, in die eine GOÄ-Novellierung vorbereitenden Gespräche die GOÄ als rein ärztliche Gebührenordnung nicht in Frage gestellt werde.

Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus
(Drucksache VI-76) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Krankenhaus".
Ergebnis: *Ausschuss und Ständige Konferenz „Krankenhaus" der Bundesärztekammer haben in ihrer Sitzung am 30.10.2012 die in diesem überwiesenen Entschließungsantrag dargelegten Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus als einen sachdienlichen und verstärkt in die Krankenhauspraxis umzusetzenden Leitfaden für eine „gute Betriebsführung" ausdrücklich begrüßt und diesen den Landesärztekammern zur stärkeren Berücksichtigung im Rahmen ihrer Beratungspraxis gegenüber Ärztinnen und Ärzten empfohlen. Weiterhin bietet es sich an, diesen Leitfaden in allen in Frage kommenden Informations- und Beratungsforen einzubringen, um somit nicht nur eine hohe Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten bei der Ausübung ihres Berufes, sondern auch eine optimale Patientenversorgung zu ermöglichen.*

Tarifhoheit als Strukturprinzip in der ambulanten und stationären Versorgung
(Drucksache VI-80neu) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Diskussion im Vorstand über das Für und Wider der Umsetzung: Die Übernahme der Tarifhoheit im ambulanten wie stationären Bereich würde in den Kompetenzbereich von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) bzw. des Marburger Bundes eingreifen. Für den stationären Bereich (Fallpauschalen im DRG-System) wurde der Bundesärztekammer ein Stellungnahme-/Beratungsrecht gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingeräumt. Aufgrund der Kompetenzsituation im Vergleich zu anderen Organisationen verfolgt die Bundesärztekammer stärker das Ziel, vollwertiges Mitglied oder wenigstens ständiger Gast in allen Bereichen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu werden.*

Moderne Kommunikation im Gesundheitswesen entwickeln – das politische Projekt „Elektronische Gesundheitskarte" aufgeben
(Drucksache VI-82) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Vorstand und im Ausschuss „Telematik".
Ergebnis: *Die Entschließung wurde mit Schreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, an Gesundheitsminister Daniel Bahr zur Information übermittelt. Der Minister hat mit Schreiben vom 17.09.2012 geantwortet und mitgeteilt, dass er die Bedenken des Ärztetages ernst nimmt. Dabei hat er darauf hingewiesen, dass die technische Umsetzung des sogenannten Versichertenstammdatendienstes auf Vorschlag der Bundesärztekammer auch ohne Anbindung des Praxisverwaltungssystems möglich sein wird.*

Für ehrliche Diskussionen statt polemischer Budgetierung operativer Eingriffe
(Drucksache VI-84) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung in den Ausschüssen „Ambulante Versorgung" und „Krankenhaus" sowie in der Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen".
Ergebnis: *Die Ausschüsse „Ambulante Versorgung" und „Krankenhaus" haben in ihren Sitzungen am 18.10. bzw. 30.10.2012 die grundlegenden Anliegen dieses Antrages vollauf geteilt und empfohlen, diese in der Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen" der Bundesärztekammer entsprechend zu berücksichtigen.*

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Telematikprojekten im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung
(Drucksache VI-89) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand unterstützt das Anliegen. Schreiben an die DKG und KBV.
Ergebnis: *Der Vorstand der Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen des Antrages. Beide Organisationen wurden mittels Schreiben vom 29.10.2012 über den Beschluss informiert. Die Abstimmung im Sinne des Beschlusses findet bereits laufend auf Ebene der Leistungserbringerorganisationen der Gesellschafter in der gematik statt.*

Einbeziehung der Hausärzte in telemedizinische Projekte
(Drucksache VI-90) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Telematik" und in der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin.
Ergebnis: *Eine Beratung der Vorstandsüberweisung erfolgte im Ausschuss „Telematik" am 16.08.2012. Im Ergebnis ist ein Austausch mit dem Ziel der Erstellung einer konsentierten Darstellung von Nutzenaspekten von Telemedizin im hausärztlichen Bereich mit der Akademie Allgemeinmedizin geplant. Die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin hat sich am 21.11.2012 eingehend mit der zukünftigen Bedeutung telemedizinischer Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung befasst und eine Entschließung zur Bedeutung und Nutzung von telemedizinischen Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung (Stand 14.12.2012) verabschiedet.*

Elektronischen Heilberufsausweis als deutschlandweit einheitlichen Standard etablieren
(Drucksache VI-91) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand unterstützt das Anliegen, da damit u. a. das Anliegen der Verbreitung eines Heilberufsausweises mit einer qualifizierten elektronischen Signatur unterstützt wird.*

Ausreichende Stromversorgung an den Arbeitsplätzen der Delegierten
(Drucksache VI-92) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und anschließende Beratung im Vorstand, Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung".
Ergebnis: *Dem Vorschlag der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität" vom 15.11.2012, dem Anliegen der Antragsteller wenn möglich Rechnung zu tragen, hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 17.01.2013 zugestimmt. Sollten die Bedingungen der aus-*

gewählten Hallen dem technisch entgegenstehen und dadurch die Kosten nicht zu vertreten sein, wird der Vorstand informiert, der im Einzelfall über die Alternativen entscheidet.

Kostenloser WLAN-Anschluss für die Delegierten
(Drucksache VI-93) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und anschließende Beratung im Vorstand, Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung".
Ergebnis: *Dem Vorschlag der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität" vom 15.11.2012, dem Anliegen der Antragsteller wenn möglich Rechnung zu tragen, hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 17.01.2013 zugestimmt. Sollten die Bedingungen der ausgewählten Hallen dem technisch entgegenstehen und dadurch die Kosten nicht zu vertreten sein, wird der Vorstand informiert, der im Einzelfall über die Alternativen entscheidet.*

Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung
(Drucksache VI-94) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.
Ergebnis: *Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung unterstützt die im Antrag formulierte Bitte zur Schaffung von bedarfsorientierter, praxisnaher geriatrischer und gerontopsychiatrischer Modulfortbildung und stellt fest, dass eine solche Fortbildungsmaßnahme mit dem kürzlich verabschiedeten Curriculum Geriatrische Grundversorgung bereits auf den Weg gebracht wurde.*

Stress am Arbeitsplatz macht krank
(Drucksache VI-96) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Die Bundesärztekammer veranstaltet gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit seit 2009 Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt". Die zweite Veranstaltung mit dem Titel „Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung" fand am 18.09.2012 statt. Weitere Veranstaltungen sind vorgesehen.*

Übernahme der Reise- und Übernachtungskosten der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen studentischen Vertreter
(Drucksache VI-99) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Wie bisher verfahren, werden Medizinstudierende ohne Kostenübernahme eingeladen.*

Positionspapier „Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
(Drucksache VI-100) und **(Drucksache VI-100a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten".

Ergebnis: *Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten" hat den Antrag in seiner Sitzung am 23.08.2012 befürwortend zur Kenntnis genommen.*

Positionspapier zur Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
(Drucksache VI-102) und **(Drucksache VI-102a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten" hat den Antrag in seiner Sitzung am 23.08.2012 befürwortend zur Kenntnis genommen.*

Disruptive Behaviour ahnden
(Drucksache VI-103) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Berufsordnung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte" ist in seiner Sitzung am 04.12.2012 zu der Einschätzung gelangt, dass § 29 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) das Anliegen des Antrags ausreichend berücksichtigt und eine Ergänzung der MBO nicht erforderlich ist (vgl. Protokoll des Ausschusses vom 04.12.2012). Der Vorstand der Bundesärztekammer hat das Votum des Ausschusses in seiner Sitzung am 13./14.12.2012 zustimmend zur Kenntnis genommen.*

Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
(Drucksache VI-104) und **(Drucksache 104a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand teilt das Anliegen und vertritt diese Position nach außen.*

Positionspapier „Qualitätskontrolle für IGeL" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
(Drucksache VI-105) und **(Drucksache 105a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Der Vorstand der Bundesärztekammer teilt grundsätzlich das Anliegen des Antrags zum seriösen Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen und sieht seine Position dadurch bestätigt. Das Anliegen wird im Kontext der Prüfung der Drucksache I-19 aufgegriffen; eine Änderung der Berufsordnung wird aufgrund der dort bereits vorhandenen generellen Regelungen zur patientengerechten Versorgung nicht für notwendig gehalten.*

Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung
(Drucksache VI-107) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Gebührenordnung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Gebührenordnung" nahm den Antrag in seiner Sitzung am 18.06.2012 zustimmend zur Kenntnis. Der Ausschuss stellte fest, dass es sich bei dem von der Bundesärztekammer erarbeiteten Entwurf einer neuen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) um ein rein ärztliches Gebührenverzeichnis handelt. Die Tat-*

sache, dass die für Psychologische Psychotherapeuten geltende Gebührenordnung (GOP) direkt auf einige Kapitel, Abschnitte bzw. Gebührenpositionen der GOÄ verweist, ändere nichts daran, dass auch eine neue GOÄ ausschließlich ärztliche Leistungen abbilden werde. Von einer neuen GOÄ sind insofern keine Auswirkungen auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu erwarten. Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer nahmen den Antrag ohne weitere Befassung zur Kenntnis.

Fortbildung „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen"
(Drucksache VI-110) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an die Landesärztekammern.
Ergebnis: *Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung unterstützt die Aufforderung, vermehrt Fortbildungen nach dem Curriculum der Bundesärztekammer anzubieten und Ärzte zur Teilnahme zu motivieren. Zudem kann festgestellt werden, dass der Deutsche Senat darüber hinaus einer Überarbeitung bzw. Ergänzung des Curriculums hinsichtlich des sogenannten Istanbul-Protokolls zustimmt. Ein derart aktualisiertes Curriculum wird möglicherweise auch die Motivation für eine Teilnahme fördern.*

Richtlinien zur Anerkennung von Zeugnissen und Kompetenzen von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern
(Drucksache VI-112) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit und die Gesundheitsministerkonferenz.
Ergebnis: *Im Rahmen eines verkürzten Konvergenzverfahrens zur unterjährigen gesetzlich bedingten und erforderlichen Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) könnte die Zielsetzung dieses Antrags durch Übernahme der aktuell im Hinblick auf die Anerkennung von in EU-Mitgliedstaaten und Drittstaaten erworbenen Zeugnissen und Kompetenzen durchgeführten Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO in Landesrecht aufgegriffen werden. Der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien wird im Mai 2013 dem 116. Deutschen Ärztetag über den aktuellen Stand der Umsetzung auf Bundes- und Landesebene berichten.*

Systemoffene Schnittstelle für Praxis- und Krankenhaussoftware zur Qualitätssicherung
(Drucksache VI-114) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Telematik".
Ergebnis: *Eine Beratung der Vorstandsüberweisung erfolgte im Ausschuss „Telematik" am 16.08.2012. Das Dezernat Telematik hat Kontakt mit den Antragstellern (Stephan Bernhardt und Dr. Hans-Detlef Dewitz) aufgenommen, um eine konkretere Zielsetzung des Antrages zu erfassen. Es wurde vereinbart, dass ein Antrag für den 116. Deutschen Ärztetag 2013 mit dem Ziel einer Gesetzesformulierung vorbereitet werden soll.*

Psychische Belastungen der Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens
(Drucksache VI-116) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Schreiben an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Träger von Pflegeeinrichtungen.

Ergebnis: *Das Anliegen dieser Entschließung, auch in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die psychische Gesundheitsvorsorge der Mitarbeiter als besondere Zielsetzung vorzusehen, indem Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die die Gesundheit der Mitarbeiter nicht gefährden, wird Gegenstand der gemeinsamen Sitzung der Präsidien der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Frühjahr 2013 sein.*

WLAN-Verfügbarkeit auf Deutschen Ärztetagen
(Drucksache VI-118) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und anschließende Beratung im Vorstand, Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung".
Ergebnis: *Dem Vorschlag der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität" vom 15.11.2012, dem Anliegen der Antragsteller wenn möglich Rechnung zu tragen, hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 17.01.2013 zugestimmt. Sollten die Bedingungen der ausgewählten Hallen dem technisch entgegenstehen und dadurch die Kosten nicht zu vertreten sein, wird der Vorstand informiert, der im Einzelfall über die Alternativen entscheidet.*

Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in § 15 Abs. 2d: Schluss der Rednerliste
(Drucksache VI-119) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Erarbeitung eines Vorschlags zur Änderung der Geschäftsordnung und anschließende Beratung im Vorstand.
Ergebnis: *Ein Vorschlag für eine entsprechende Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage wird vorbereitet.*

Änderung der Geschäftsordnung
(Drucksache VI-121) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Erarbeitung eines Vorschlags zur Änderung der Geschäftsordnung und anschließende Beratung im Vorstand.
Ergebnis: *Ein Vorschlag für eine entsprechende Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage wird vorbereitet.*

Medizinische Hilfe für besonders schutzbedürftige Asylbewerber, Umsetzung der Mindestnorm EU-Aufnahmerichtlinien (2003)
(Drucksache VI-122) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung mit den *Menschenrechtsbeauftragten von Landesärztekammern und Bundesärztekammer.*
Ergebnis: *Die Arbeitsgruppe der Menschenrechtsbeauftragten hat am 13.12.2012 die Vorstandsüberweisung beraten. Die Geschäftsführung der Arbeitsgruppe der Menschenrechtsbeauftragten wird beauftragt, den Sinngehalt des Antrags aufzugreifen und deren Umsetzung zu unterstützen.*

Tabakentwöhnung
(Drucksache VI-123) (Beschluss) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Sucht und Drogen" und im Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Ergebnis: *Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung unterstützt die Forderung nach der Popularisierung des Curriculums „Qualifikation Tabakentwöhnung" zur Etablierung der Tabakentwöhnung in der Krankenversorgung und appelliert an die Landesärztekammern und ihre Akademien, entsprechende Kurse anzubieten.*

Ratgeber zu IGeL – Vorversion, 2. Auflage
(Drucksache VI-124) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und
Ergebnis: *Die im Antrag vorgeschlagene Verkürzung wird nur in Teilen wie folgt aufgegriffen: „Die Entscheidung für oder gegen eine IGeL treffen allein die Patientinnen und Patienten. Deshalb sollten sie sich aus verschiedenen unabhängigen Quellen informieren und prüfen, ob die Leistungen für sie von Nutzen sind. Das ist auch empfehlenswert, wenn Patientinnen und Patienten die Leistung selbst wünschen. Oder wenn gesetzliche Krankenkassen die IGeL als zusätzliche Serviceleistung bezahlen. Denn das allein ist kein Garant für den Nutzen der IGeL. Im Anhang dieses Ratgebers sind verlässliche Quellen aufgelistet, die weiterführende Informationen zu IGeL bieten."*

Zulassung eines oralen Diacetylmorphins zur Substitution schwerstkranker Opiatabhängiger
(Drucksache VI-127) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Sucht und Drogen".
Ergebnis: *Der Antrag wurde vom Ausschuss „Sucht und Drogen" der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 14.06.2012 beraten mit dem Ergebnis, zunächst die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) um die Erstellung einer Übersicht zur aktuellen Studienlage zum oralen Diamorphin zu bitten. In ihrer Antwort vom 27.09.2012 bezieht sich die AkdÄ auf drei Studien zum Thema aus der Schweiz, England und Spanien, die unterschiedliche Studiendesigns und Vergleichsgruppen genutzt haben. Der Ausschuss wird die von der AkdÄ zusammengestellten Studienergebnisse in seiner nächsten Sitzung am 31.01.2013 diskutieren und auf dieser Grundlage eine Empfehlung an den Vorstand der Bundesärztekammer geben.*

Ergebnisse der Anträge
(Drucksache VI-128) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Prüfung des Anliegens und anschließende Beratung im Vorstand.
Ergebnis: *Dem Vorschlag der Arbeitsgruppe „Entscheidungsqualität" vom 15.11.2012, dem Anliegen der Antragsteller wenn möglich Rechnung zu tragen, hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 17.01.2013 zugestimmt. Die im Internet zur Verfügung gestellten Anträge werden nach der Abstimmung um das Abstimmungsergebnis ergänzt.*

Änderung der (Muster-)Berufsordnung § 6, Meldungen von Nebenwirkungen an die Realität anpassen
(Drucksache VI-129) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Berufsordnung".
Ergebnis: *Der Ausschuss „Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte" ist in seiner Sitzung am 04.12.2012 unter Berücksichtigung der Einschätzung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu der Einschätzung*

gelangt, dass eine Änderung des § 6 (Muster-)Berufsordnung (MBO) nicht zielführend ist und von einer Änderung daher abzusehen ist (vgl. Protokoll des Ausschusses vom 04.12.2012). Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 13./14.12.2012 die Empfehlung des Berufsordnungsausschusses zustimmend zur Kenntnis genommen.

13.2.2 Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 114. Deutschen Ärztetages 2011

TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Fachärztliche Weiterbildung im ambulanten Bereich
(Drucksache I-23) und **(Drucksache I-23a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Beratung in der Deutschen Akademie der Gebietsärzte.
Ergebnis 2011/2012: *Die Deutsche Akademie der Gebietsärzte hat am 24.03.2012 die Möglichkeiten der fachärztlichen Weiterbildung im ambulanten Bereich intensiv beraten.*

TOP VI: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Konsequente Vergütung geleisteter Überstunden
(Drucksache VI-24) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Das Anliegen soll u. a. in einer gemeinsamen Sitzung mit dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgegriffen werden.
Ergebnis 2011/2012: *Das Anliegen des Antrags wird in einer gemeinsamen Sitzung der Präsidien von Bundesärztekammer und DKG im Frühjahr 2013 an die Vertretung der Krankenhausträger herangetragen werden.*

Priorisierungsdebatte
(Drucksache VI-35) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Beratung in der Strategiekommission „Prioritäten im Gesundheitswesen".
Ergebnis 2011/2012: *Die Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen" hat das Anliegen des Antrags in die weitere Bearbeitung einbezogen. Ein Bericht zum aktuellen Stand der Arbeit der Arbeitsgruppe erfolgt auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013.*

Spitzenmedizin muss angemessen bezahlt werden
(Drucksache VI-49) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Das Anliegen wird u. a. Beratungsgegenstand einer gemeinsamen Sitzung mit dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).
Ergebnis 2011/2012: *Das Anliegen des Antrags wird in einer gemeinsamen Sitzung der Präsidien von Bundesärztekammer und DKG im Frühjahr 2013 an die Vertretung der Krankenhausträger herangetragen werden.*

Sicherstellungszuschlag für eine flächendeckende Krankenhausversorgung nutzen
(Drucksache VI-50) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Das Anliegen wird u. a. Beratungsgegenstand einer gemeinsamen Sitzung mit dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Im Ergebnis soll ein Schreiben an den GKV-Spitzenverband gerichtet werden.
Ergebnis 2011/2012: *Das Anliegen des Antrags wird in einer gemeinsamen Sitzung der Präsidien von Bundesärztekammer und DKG im Frühjahr 2013 an die Vertretung der Krankenhausträger herangetragen werden.*

Bekenntnis zur Weiterbildung
(Drucksache VI-54) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Das Anliegen wird u. a. Beratungsgegenstand einer gemeinsamen Sitzung mit dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sein.
Ergebnis 2011/2012: *Das Anliegen des Antrags wird in einer gemeinsamen Sitzung der Präsidien von Bundesärztekammer und DKG im Frühjahr 2013 an die Vertretung der Krankenhausträger herangetragen werden.*

Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich
(Drucksache VI-65) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Arbeitsmedizin".
Ergebnis 2011/2012: *Die Arbeitsmedizingremien der Bundesärztekammer haben in ihrer Sitzung am 25.01.2012 das Anliegen des Antrags, eine Substitution im betriebsärztlichen Bereich auszuschließen, vollauf unterstützt.*

Bundeseinheitliche Gleichwertigkeitsprüfung
(Drucksache VI-67) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Beratung in den Ausschüssen „Internationale Angelegenheiten" und „Ärztliche Weiterbildung".
Ergebnis 2011/2012: *Der Vorstand unterstützt das Ziel einer bundeseinheitlichen Gleichwertigkeitsprüfung für Ausbildungsnachweise aus Drittstaaten. Die Prüfungen sollten die allgemeinen Qualitätskriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllen und möglichst einheitlich und standardisiert erfolgen.*

Die Lehre an Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern ist Arbeitszeit
(Drucksache VI-72) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand teilt das Anliegen des Antrags. Das Anliegen wird u. a. Beratungsgegenstand einer gemeinsamen Sitzung mit dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Daraufhin Schreiben an den Medizinischen Fakultätentag.
Ergebnis 2011/2012: *Das Anliegen des Antrags wird in einer gemeinsamen Sitzung der Präsidien von Bundesärztekammer und DKG im Frühjahr 2013 an die Vertretung der Krankenhausträger herangetragen werden.*

Stärkung der Ehrenamtlichkeit in den ärztlichen Körperschaften
(Drucksache VI-73) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Beratung in der Arbeitsgruppe „Organisation – Zusammenwirken von Ehren- und Hauptamt".
Ergebnis 2011/2012: *Die ehren- und hauptamtliche Struktur der Ärztekammern stellt ein duales System dar, das die Vorteile einer unmittelbaren Vernetzung der gewählten Mandatsträgerinnen und Mandatsträger in der aktuellen ärztlichen Versorgungslandschaft mit der professionellen Expertise von Hauptberuflern verbindet. Die Identifikation mit dem Ganzen und damit ein hoher Wirkungsgrad im Sinne der Mitglieder gelingen am besten auf dem Boden einer konstruktiven Kommunikationskultur, verlässlicher Kooperationsformen und transparenter Entscheidungswege.*
Die vom Vorstand der Bundesärztekammer eingerichtete Arbeitsgruppe „Organisation – Zusammenwirken zwischen Ehren- und Hauptamt" stellt fest, dass die Strukturen in den Landesärztekammern teilweise sehr unterschiedlich sind und aufgrund landestypischer Gegebenheiten auch sein müssen. Ein einheitliches Kommunikationskonzept zu empfehlen, würde den unterschiedlichen gewachsenen Strukturen in den einzelnen Landesärztekammern nicht gerecht werden. Vielmehr können lediglich grundsätzliche Feststellungen getroffen und Beispiele angeführt werden.
Der reine Informationsaustausch zwischen den Kammern sowie auch Schulungen und Seminare für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können durch elektronische Plattformen und regelmäßige Treffen noch weiter unterstützt werden.

Bürokratieabbau im Rahmen der Umsetzung des geplanten Patientenrechtegesetzes
(Drucksache VI-77) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand stimmt dem Anliegen des Antrags zu und bringt die Position in das laufende Gesetzgebungsverfahren ein.
Ergebnis 2011/2012: *Das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" (Patientenrechtegesetz) hat im Jahr 2012 das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen. Das Gesetz ist in zweiter und dritter Lesung am 29.11.2012 im Bundestag verabschiedet worden und wird voraussichtlich im Februar 2013 in Kraft treten. Die Bundesärztekammer hat sich aktiv in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht und u. a. zum Referentenentwurf zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben sowie ein Statement zum Regierungsentwurf veröffentlicht. Beide Dokumente sind über den Internetauftritt der Bundesärztekammer abrufbar (*http://baek.de/page.asp?his=0.5.33.10152*).*

Ärztliche Leistung nach Aufwand vergüten
(Drucksache VI-80) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Ambulante Versorgung".
Ergebnis 2011/2012: *Der Ausschuss „Ambulante Versorgung" hat sich mit dem Antrag bei seiner Sitzung am 19.01.2012 befasst und wird das Anliegen bei seiner weiteren Befassung mit der Thematik berücksichtigen.*

Arztparkplatz für Wohnanlagen
(Drucksache VI-83) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand bittet, über die bisherigen Parkmöglichkeiten für Ärzte im Deutschen Ärzteblatt zu berichten.

Ergebnis 2011/2012: *Die Veröffentlichung ist im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 18, am 04.05.2012 erschienen.*

Erleichterung des Hausbesuchs (StVO)
(Drucksache VI-84) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand bittet, über die bisherigen Möglichkeiten zur Erleichterung von Hausbesuchen im Deutschen Ärzteblatt zu berichten.
Ergebnis 2011/2012: *Die Veröffentlichung ist im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 18, am 04.05.2012 erschienen.*

Aufnahme einer Regelung für das Aufsuchen eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Kontext der bevorstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
(Drucksache VI-86) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Der Vorstand teilt die Zielsetzung des Antrags. Lösungen werden bereits vorbereitet.
Ergebnis 2011/2012*: Aus organisatorischen Gründen erfolgte die Befassung des Ausschusses „Gebührenordnung" zum Antrag in der Sitzung am 22.02.2012. Es wurde festgestellt, dass die Bundesärztekammer im Jahr 2011 von der Einforderung einer im Kontext der GOZ-Novelle vorgezogenen Teilnovellierung zur Regelung des Aufsuchens eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau abgekommen ist. Grund hierfür war, dass der PKV-Verband eine vorgezogene Teilnovellierung unter Umständen zum Anlass hätte nehmen können, ebenfalls ausgewählte GOÄ-Änderungen unabhängig von einer umfassenden GOÄ-Novelle einzufordern. Der Ausschuss stellte des Weiteren fest, dass erst mit einer neuen GOÄ eine adäquate Honorierung der ärztlichen Leichenschau erreicht werden kann.*

Probleme bei der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern
(Drucksache VI-92) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 01.07.2011, Beschluss des Vorstands: Aufarbeitung leistungsrechtlicher Möglichkeiten zur Versorgung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürgern.
Ergebnis 2011/2012: *Nach Prüfung der Vorstandsüberweisung durch die Rechtsabteilung und in Abstimmung mit der Geschäftsführung der Arbeitsgruppe der Menschenrechtsbeauftragten scheint eine Behandlung des Themas durch die Bundesärztekammer nicht sachgerecht. Damit das Thema ordnungsgemäß aufgearbeitet werden kann, ist eine Vielzahl von sozial- und aufenthaltsrechtlichen Besonderheiten zu berücksichtigen. Das Thema ist für einen Flyer – vergleichbar dem Flyer zur Versorgung von Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus – nicht geeignet.*
Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. hat sich umfassend auf 40 Seiten unter Einbeziehung einer Vielzahl von Mitwirkenden mit diesem Thema auseinandergesetzt (s. Handreichung „Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland" unter http://www.diakonie.de/media/Texte_12_2011_Sozialleistungen_fuer_Unionsbuerger.pdf*).*

13.2.3 Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 113. Deutschen Ärztetages 2010

TOP V: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Einführung einer Medikamentenkostenbeteiligung
(Drucksache V-116) und **(Drucksache V-116a)** (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 26.06.2010, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss „Ambulante Versorgung":
Ergebnis 2010 – 2012: *Der Ausschuss „Ambulante Versorgung" hat sich am 18.10.2012 mit dem Antrag befasst. Das Anliegen der Antragsteller entspricht der Beschlusslage des 115. Deutschen Ärztetages 2012. Der Vorschlag, eine prozentuale Medikamentenkostenbeteiligung einzuführen, sollte bei der Entwicklung alternativer Steuerungsmechanismen berücksichtigt werden.*

13.2.4 Beratungsergebnisse zu Beschlüssen des 112. Deutschen Ärztetages 2009

TOP VIII: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Clearing von Zertifizierungswildwuchs
(Drucksache VIII-09) (Entschließung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 26.06.2009, Beschluss des Vorstands: Beratung im Ausschuss und in der Ständigen Konferenz „Qualitätssicherung".
Ergebnis 2009 – 2012: *Die Ständige Konferenz „Qualitätssicherung" hat bereits im Juni 2009 auf ihrer Sitzung beschlossen, eine Arbeitsgruppe „Gute Zentrumszertifizierung" einzurichten, die ein Konzept zur Bewertung von Zentrumszertifizierungen erarbeiten soll. Der Ausschuss „Qualitätssicherung" hat am 10.12.2012 das Arbeitsergebnis der AG beraten. Der Konzeptentwurf enthält neben einer ausführlichen Diskussion des Zentrumbegriffs eine Liste zentraler Qualitätsziele für ein krankheitsorientiertes Zentrum sowie einen Katalog mit Kriterien zur Operationalisierung der Qualitätsziele. Der Ausschuss hat der AG empfohlen, das Arbeitsergebnis in Form eines gestrafften Beitrags in einer Fachzeitschrift zu veröffentlichen. Geprüft werden soll in diesem Zusammenhang, wie dabei eine gemeinsame Darstellung mit dem im Jahre 2011 erschienenen Empfehlungspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften „Zertifizierung im medizinischen Kontext" oder entsprechende Verweise darauf möglich sind.*

Unabhängige Patientenberatung
(Drucksache VIII-10) (Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 26.06.2009, Beschluss des Vorstands: Bewertung im Vorstand der Bundesärztekammer.
Ergebnis 2009 – 2012: *Das Patientenforum hatte in seinem Treffen am 11.11.2009 beschlossen, zunächst die Evaluation der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) Ende 2010 abzuwarten. Da die Arbeit der UPD zum Ende 2010 eingestellt und erst ab 2011 mit einem neuen Geschäftsführer wieder aufgenommen wurde, wurde die Beratung zur Arbeit der UPD verschoben. Das Treffen des Patientenforums 2012, das für die Beratungen zur UPD vorgesehen war, musste aufgrund von Terminüberschneidungen der Teilnehmer abgesagt werden. Eine Beratung ist nun für April 2013 geplant.*

13.3 Auszeichnungen der Bundesärztekammer

Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft

Die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, gestiftet vom Präsidium des Deutschen Ärztetages am 6. Juli 1952, wird jährlich an Ärzte verliehen, die sich durch vorbildliche ärztliche Haltung, erfolgreiche berufsständische Arbeit oder hervorragende wissenschaftliche Leistungen besondere Verdienste um das Ansehen des Arztes erworben haben. Die Verleihung erfolgt durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer und findet im Rahmen des Deutschen Ärztetages statt.

Im Jahr 2012 wurden geehrt:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Köln (posthum)
Dr. med. Joachim Koch, Pleidelsheim
Dr. med. Winrich Mothes, Schwerin
Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft

Das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft, gestiftet vom 61. Deutschen Ärztetag 1958, wird vom Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages für Verdienste um die medizinische Wissenschaft, die Gesundheit der Bevölkerung und den ärztlichen Berufsstand verliehen.

Im Jahr 2012 wurden geehrt:

Dr. med. Reiner Brettenthaler, Elixhausen (Österreich)
Dr. jur. Rainer Hess, Rösrath
Dr. jur. Karl-Eberhard Nick, Stuttgart
Dr. jur. Bernd Luxenburger, Saarbrücken
Dr. jur. Pia Rumler-Detzel, Köln
RA Horst Dieter Schirmer, Berlin

Ernst-von-Bergmann-Plakette

Die Ernst-von-Bergmann-Plakette, gestiftet vom Vorstand der Bundesärztekammer am 13.01.1962, wird vom Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages für Verdienste um die ärztliche Fortbildung an in- und ausländische Persönlichkeiten verliehen. Die Verleihung der Plakette erfolgt durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer.

Im Jahr 2012 wurden geehrt:

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Prof. Dr. med. Klaus Lehmann, Aachen

13.4 Die Organisation der Bundesärztekammer

Das Grundgesetz hat weite Bereiche des Gesundheitswesens den Ländern zugeordnet. Dazu gehören vor allem die Regelung der ärztlichen Berufsausübung und die Organisation des ärztlichen Berufsstands, soweit sie öffentlich-rechtlicher Art sind. In den Ländern der Bundesrepublik Deutschland bestehen somit Ärztekammern, die durch Landesgesetze als Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet sind. Ihnen gehören kraft Gesetzes alle Ärzte im Bereich des jeweiligen Landes als Pflichtmitglieder an. Den Ärztekammern obliegt die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft; sie nehmen als übertragene hoheitliche Aufgabe die Aufsicht über die Ärzte ihres Bereichs wahr. Des Weiteren bestehen ihre Aufgaben darin, die ärztliche Ausbildung und Fortbildung zu fördern, für einen hohen moralischen und wissenschaftlichen Ansprüchen verpflichteten Ärztestand zu sorgen, die ärztlichen Berufspflichten und die Weiterbildung zu ordnen und an der Gesetzgebung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens mitzuwirken.

Die Ärztekammern haben sich auf Bundesebene in der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) zusammengeschlossen. Diese ist aus der im Jahre 1947 gegründeten Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hervorgegangen. Ihr gehören 17 Ärztekammern an.

13.4.1 Deutscher Ärztetag

Die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, die in der Regel einmal jährlich stattfindet, ist der Deutsche Ärztetag. Dieser setzt sich aus den von den Landesärztekammern entsandten Delegierten zusammen. Die Zahl der Delegierten ist auf 250 begrenzt; jede Landesärztekammer stellt zwei Delegierte als Basisvertretung, die Verteilung der restlichen 216 Delegierten erfolgt nach dem d'Hondtschen Verfahren nach der Zahl der Mitglieder der Landesärztekammern.

Für den 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover entsendet die

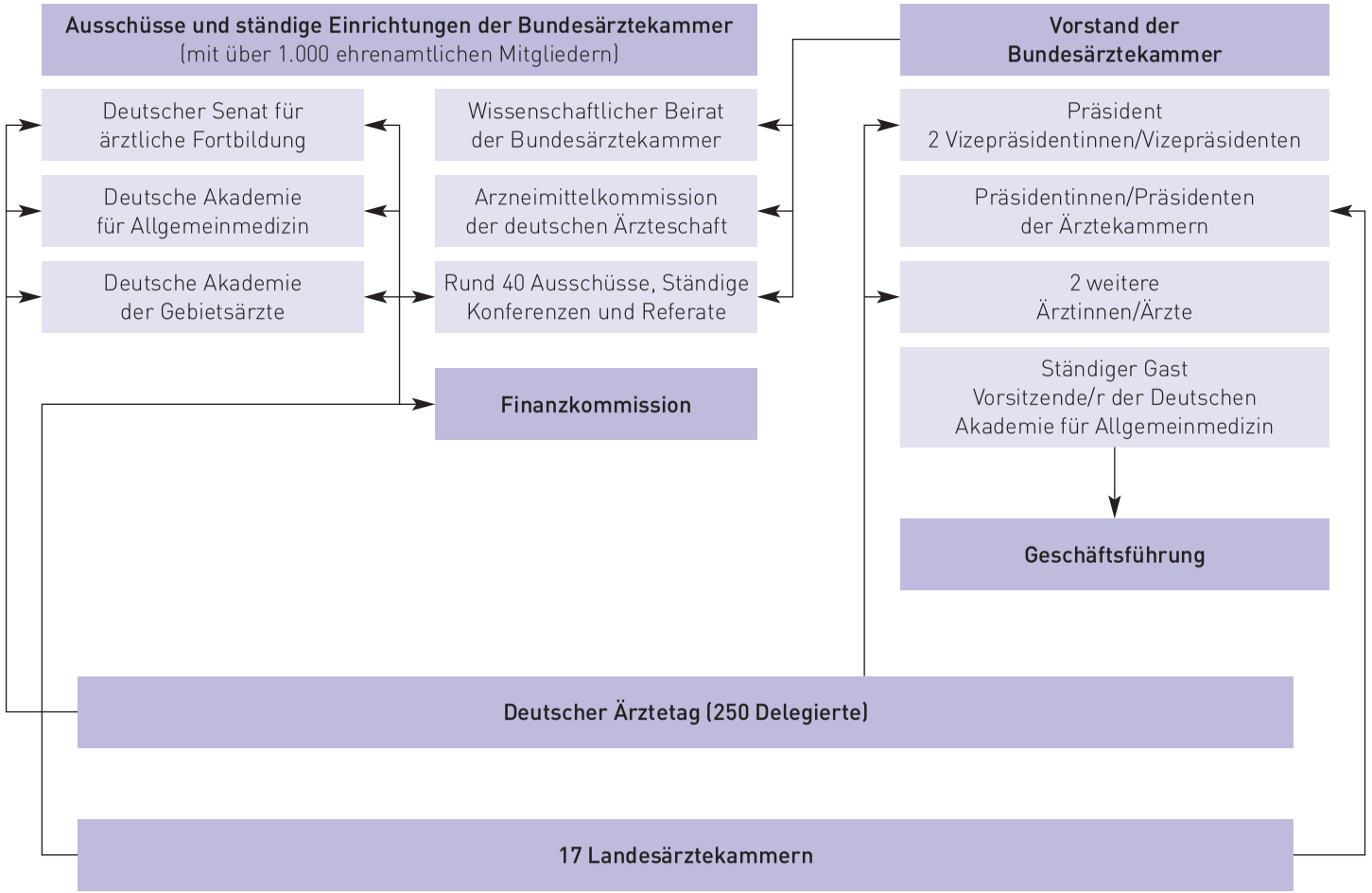
Landesärztekammer Baden-Württemberg	31 Delegierte
Bayerische Landesärztekammer	39 Delegierte
Ärztekammer Berlin	16 Delegierte
Landesärztekammer Brandenburg	7 Delegierte
Ärztekammer Bremen	4 Delegierte
Ärztekammer Hamburg	9 Delegierte
Landesärztekammer Hessen	18 Delegierte
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern	6 Delegierte
Ärztekammer Niedersachsen	20 Delegierte
Ärztekammer Nordrhein	29 Delegierte
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	11 Delegierte

Ärztekammer des Saarlandes	4 Delegierte
Sächsische Landesärztekammer	12 Delegierte
Ärztekammer Sachsen-Anhalt	7 Delegierte
Ärztekammer Schleswig-Holstein	9 Delegierte
Landesärztekammer Thüringen	7 Delegierte
Ärztekammer Westfalen-Lippe	21 Delegierte

Die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, der „Deutsche Ärztetag", stellt somit die parlamentarische Vertretung der gesamten Ärzteschaft der Bundesrepublik Deutschland dar. Der Deutsche Ärztetag besteht – anfänglich als Veranstaltung des Deutschen Ärztevereinsbundes – seit 1873 und tritt im Jahr 2013, nach den durch die beiden Weltkriege und die Zeit des NS-Regimes eingelegten Zwangspausen, zum 116. Male zusammen.

Die Vorbereitung und Durchführung der Deutschen Ärztetage obliegen dem Vorstand der Bundesärztekammer. Die dem Vorstand durch die Wahl des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel bzw. kraft Amtes angehörenden Mitglieder sind im Kapitel 13.4.2 auf Seite 534f. aufgeführt.

Bundesärztekammer – Deutscher Ärztetag



13.4.2 Organe, Ausschüsse, Ständige Konferenzen, sonstige Einrichtungen und Geschäftsführung

Stand: 31.12.2012

Inhaltsverzeichnis **Seite**

Vorstand der Bundesärztekammer 534
Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer 535
Beauftragter des Vorstands für Fragen der ärztlichen Psychotherapie 535
Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“ 536
Gesundheitsökonomischer Beirat 536

Kurzporträts und Gremienzusammensetzungen der Einrichtungen der Bundesärztekammer mit besonderen Statuten 537

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 537
Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin 542
Deutsche Akademie der Gebietsärzte 543
Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung 545
Finanzkommission der Bundesärztekammer 546
Arbeitsgruppe: „Mittelfristige Finanzplanung“ 547
Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer 548
Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Leber- und die Dünndarmtransplantation“ 550
Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Nierentransplantation“ 550
Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Pankreastransplantation“ 551
Arbeitsgruppe „Revision der Richtlinie zur medizinischen Beurteilung von Organspendern und zur Konservierung von Spenderorganen“ 551
Arbeitsgruppe „Thorakale Organe“ 551
Arbeitsgruppe „Verfahrensordnung für die Richtlinienarbeit“ 552
Unter-Arbeitsgruppe „Lebendspende“ 552
Ad-hoc-Arbeitsgruppe „Verbesserung der Abläufe in der Transplantationsmedizin“ 552
Prüfungskommission 553
Überwachungskommission 554
Gemeinsame Arbeitsgruppe der Prüfungskommission und der Überwachungskommission „Datenanforderungen und Datenflüsse in der Transplantationsmedizin“ 554
Wissenschaftlicher Beirat 555
Arbeitskreis „Gendiagnostikgesetz“ 557
Arbeitskreis „Hämatopoetische Stammzellen“ 557
Arbeitskreis „Offene Fragen der Reproduktionsmedizin“ 557
Redaktionsgruppe „Präimplantationsdiagnostik“ 558
Arbeitskreis „Revision der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ 558

Arbeitskreis „Richtlinien zum Führen einer Augenhornhautbank“ 559
Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ 560
Arbeitskreis „Zukunft der deutschen Hochschulmedizin“ 560
Ständiger Arbeitskreis „Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ 561
Ständiger Arbeitskreis „Richtlinien zur Hämotherapie“ 562

Ausschüsse und Ständige Konferenzen der Bundesärztekammer 563

Ausschüsse der Bundesärztekammer 564

Ambulante Versorgung 564
Arbeitsmedizin 564
Ärzte im öffentlichen Dienst 565
Ärztliche Weiterbildung 566
Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten 568
Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte 569
Ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen 570
Gebührenordnung 570
Gesundheit und Umwelt 572
Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation 573
Internationale Angelegenheiten 575
Krankenhaus 576
Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der ambulant-stationären Kooperation“ . 576
Medizinische Fachberufe 577
Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst 578
Qualitätssicherung 579
Beirat gemäß „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ 580
Fachgruppe D1: „Quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen“ 580
Fachgruppe D2: „Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen“ . 581
Fachgruppe D4: „Ejakulatuntersuchungen“ 581
Fachgruppe D5: „Molekulargenetische und zytogenetische Untersuchungen“ 581
Strategiekommission 584
Sucht und Drogen 584
Telematik 584

Ständige Konferenzen der Bundesärztekammer 564

Arbeitsmedizin 564
Ärztliche Versorgungswerke 565
Ärztliche Weiterbildung 567
Beratung der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte 569
Geschäftsführungen und Vorsitzende der Ethikkommission der Landesärztekammern 571
Gesundheit und Umwelt 572
Prävention und Gesundheitsförderung 573
Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen 574
Krankenhaus 576

Medizinische Fachberufe ... 577
Öffentlichkeitsarbeit ... 579
Qualitätssicherung ... 582
Rechtsberater der Ärztekammern ... 583
Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern ... 585

Gemeinsame Einrichtungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ... 586

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ... 586
Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ ... 594

Vertreter der Bundesärztekammer in externen Gremien ... 595

Advisory Forum des European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) 595
Arbeitskreis „Blut“ beim Robert-Koch-Institut ... 595
Beirat DIN NAMed, Normenausschuss Medizin ... 595
Beirat für das Zentrum für Krebsregisterdaten ... 595
Bundesfachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation ... 595
Expertenbeirat Influenza beim Robert-Koch-Institut ... 595
Fachbeirat 3 „Gesundheit/Forensik“ des Akkreditierungsbeirates (AKB) ... 595
Fachbeirat Sicherheitswirtschaft beim DIN ... 596
Gemeinsamer Bundesausschuss, Unterausschuss Qualitätssicherung ... 596
Gendiagnostik-Kommission nach § 23 GenDG beim Robert-Koch-Institut ... 596
Gesundheitsforschungsrat beim BMBF ... 596
Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) ... 596
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) ... 596
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) ... 596
Kuratorium des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeuten (IFK) zur Einführung eines Qualitätsmanagements für die Physiotherapiepraxen ... 597
Kuratorium „Health Technology Assessment“ (HTA) beim DIMDI ... 597
Präsidium des DIN – Deutsches Institut für Normung e. V. ... 597
Sektorkomitee „Medizinische Laboratorien“ bei der ZLG ... 597
Ständiger Ausschuss der europäischen Ärzte (CPME) ... 597
Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation ... 598
Stiftung zur Förderung der Normung im Bereich der Medizin (SNMed) ... 598
Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ... 598
Vorstand der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 598
Weltärztebund ... 598

Einrichtungen bei der Bundesärztekammer ... 600

Deutscher Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung ... 600
Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen ... 600
Pandemiebeauftragte der Landesärztekammern ... 600
Patientenforum ... 601
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie ... 602
Arbeitsgruppe „Forschungsförderung“ ... 603

Arbeitsgruppe „Gutachtenantrag Gestalttherapie“ 603
Arbeitsgruppe „Operationalisierung der Verfahren“ 604
Gem. Arbeitsgruppe des WB Psychotherapie und des G-BA 604
Jour fixe der Bundesärztekammer mit dem Sprecherrat der SKO ärztlicher psychotherapeutischer Verbände 604
Zentrale Ethikkommission 605
ZEKO-Arbeitskreis „Ärztliche Behandlung ohne Krankheitsbezug“ 605
ZEKO-Arbeitskreis „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung“ 606
ZEKO-Arbeitskreis „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“ 606
ZEKO-Arbeitskreis „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“ . . . 606
Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen 607

Geschäftsführung der Bundesärztekammer 608

Vorstand der Bundesärztekammer

Laut Satzung der Bundesärztekammer § 5 besteht der Vorstand der Bundesärztekammer aus dem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten, den Präsidenten der Landesärztekammern, die Mitglieder der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) sind, und zwei weiteren Ärztinnen/Ärzten.

Dem Vorstand gehören durch Wahl des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel bzw. kraft Amtes an:

Präsident:
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin
  (Präsident der Ärztekammer Hamburg)

Vizepräsidenten:
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
  (Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen)
- Dr. med. Max **Kaplan**, München
  (Präsident der Bayerischen Landesärztekammer)

Weitere Ärztinnen und Ärzte:
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena
- Dr. med. Christoph von **Ascheraden**, St. Blasien, ab 23.05.2012

Präsidenten der Landesärztekammern:
- Dr. med. Franz-Joseph **Bartmann**, Bad Segeberg
  (Ärztekammer Schleswig-Holstein)
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
  (Landesärztekammer Baden-Württemberg)
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
  (Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern)
- Dr. med. Heidrun **Gitter**, Bremen ab 23.01.2012
  (Ärztekammer Bremen)
- Dr. med. Simone **Heinemann-Meerz**, Magdeburg
  (Ärztekammer Sachsen-Anhalt)
- Rudolf **Henke**, Düsseldorf
  (Ärztekammer Nordrhein)
- Prof. Dr. med. Frieder **Hessenauer**, Mainz
  (Landesärztekammer Rheinland-Pfalz)
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
  (Ärztekammer Berlin)
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
  (Landesärztekammer Hessen)
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken
  (Ärztekammer des Saarlandes)
- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden
  (Sächsische Landesärztekammer)
- Dr. med. Mathias **Wesser**, Jena
  (Landesärztekammer Thüringen)

- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster
  (Ärztekammer Westfalen-Lippe)
- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus
  (Landesärztekammer Brandenburg)
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen, bis 23.01.2012
  (Ärztekammer Bremen)

Ehrenpräsident:
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten **Vilmar**, Bremen

Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer

Im April 1996 hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, das Amt eines Beauftragten für Menschenrechte beim Vorstand der Bundesärztekammer einzurichten.

Das Tätigkeitsfeld des Menschenrechtsbeauftragten wurde folgendermaßen definiert:

– Ihm obliegt die Beratung und Information der Regierung, der Ärztekammern, der Ärzte und der Öffentlichkeit über rechtliche und politische Fragen der Gesetzgebung und des Verwaltungshandelns, bei denen Menschenrechte im Bereich der Medizin tangiert sind.
– Im Ausland engagiert sich der Menschenrechtsbeauftragte immer dann, wenn Ärzte als Opfer oder Täter an Menschenrechtsverletzungen beteiligt sind und sucht die Abstimmung mit den internationalen Gremien der verfassten Ärzteschaft.
– Der Beauftragte für Menschenrechte der Bundesärztekammer greift nicht in die gesetzlichen Obliegenheiten der Landesärztekammern ein. Er hat keine Zuständigkeiten bei vermuteten Rechtsverstößen von Ärzten im Geltungsbereich deutschen Rechts.
– Der Menschenrechtsbeauftragte hat inzwischen in einer ganzen Reihe von Gesprächen Kontakte hergestellt zu:
  ◦ den nationalen und internationalen Menschenrechtsorganisationen,
  ◦ den Menschenrechtsbeauftragten bei den Bundesministerien und
  ◦ den medizinischen Organisationen, die sich der Opfer von Menschenrechtsverletzungen annehmen.

- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart

Geschäftsführung:
- Dipl.-Volksw. Norbert **Butz**, Berlin

Beauftragter des Vorstands der Bundesärztekammer für Fragen der ärztlichen Psychotherapie

- Dr. med. Christoph von **Ascheraden**, St. Blasien *(Beauftragter)*
- Dr. med. Cornelia **Goesmann**, Hannover *(Kobeauftragte)*

Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“

- Prof. Dr. habil. Jan **Schulze**, Dresden *(Vorsitz)*
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner **Raspe**, Lübeck *(Vorsitz)*
- Prof. Dr. Fritz **Beske**, Kiel
- Prof. Dr. Adele **Diederich**, Bremen
- Prof. Dr. med. Christoph **Fuchs**, Brühl
- Prof. Dr. med. Dominik **Groß**, Aachen
- Dr. med. Simone **Heinemann-Meerz**, Magdeburg
- Rudolf **Henke**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Georg **Marckmann**, München
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin
- Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Eckhard **Nagel**, Essen
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Gesundheitsökonomischer Beirat

- Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Günter **Neubauer**, München
- Dr. sc. pol. Thomas **Drabinski**, Kiel

Kurzporträts und Gremienzusammensetzungen der Einrichtungen der Bundesärztekammer mit besonderen Statuten

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die AkdÄ erhält mittels Statut Aufgaben von Seiten der Bundesärztekammer und informiert die Ärzteschaft vielfältig und aktuell über rationale Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit. Die Aufgaben und Tätigkeiten der AkdÄ sind im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer aufgeführt.

Mit den Therapieempfehlungen bietet die AkdÄ pharmakotherapeutische Problemlösungen auf der Basis validierter und klinisch relevanter Forschungsergebnisse.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) müssen ihr gemäß ärztlicher Berufsordnung mitgeteilt werden. Mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) unterhält sie jeweils einen Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit und eine Datenbank zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Die AkdÄ ist nach Arzneimittelgesetz (AMG § 62) Stufenplanbeteiligte. Sie veranstaltet und wirkt mit an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen.

Der Vorstand der Arzneimittelkommission umfasst bis zu sieben Mitglieder. Fünf Mitglieder des Vorstandes werden aus der Mitte der ordentlichen Mitglieder der Arzneimittelkommission durch die ordentlichen Mitglieder gewählt. Je ein Mitglied des Vorstandes wird vom Vorstand der Bundesärztekammer und vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unmittelbar benannt.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin, setzt sich aus 38 ordentlichen und 140 außerordentlichen ehrenamtlich arbeitenden Mitgliedern aus allen Bereichen der Medizin zusammen. Mitglieder aus Pharmazie, Pharmakoökonomie, Biometrie und Medizinrecht ergänzen die medizinische Expertise.

Vorstand:
- Prof. Dr. med. Wolf-Dieter **Ludwig**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Ursula **Gundert-Remy**, Berlin *(Stv. Vorsitzende)*
- Prof. Dr. med. Kai Daniel **Grandt**, Saarbrücken
- Prof. Dr. med. Bernd **Mühlbauer**, Bremen
- Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard **Niebling**, Titisee-Neustadt
- Dr. med. Simone **Heinemann-Meerz**, Magdeburg
  Vertreterin des Vorstands der BÄK
- Dipl.-Med. Regina **Feldmann**, Berlin
  Vertreter des Vorstands der KBV

Ordentliche Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Manfred **Anlauf**, Bremerhaven
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Kay **Brune**, Erlangen
- PD Dr. med. Tom **Bschor**, Berlin
- Prof. Dr. med. Andreas **Creutzig**, Hannover
- PD Dr. med. Sebastian **Fetscher**, Lübeck

- Prof. Dr. med. Edeltraut **Garbe**, Bremen
- Prof. Dr. med. Andreas **Greinacher**, Greifswald
- Dr. med. Hans **Harjung**, Griesheim
- Prof. Dr. med. Lutz **Hein**, Freiburg
- Prof. Dr. med. Dietrich **Höffler**, Weiterstadt
- Prof. Dr. med. Rudolf Wilhelm Christian **Janzen**, Bad Homburg
- Prof. Dr. med. Winfried V. **Kern**, Freiburg
- Prof. Dr. med. Marion **Kiechle**, München
- Prof. Dr. med. Michael M. **Kochen**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Johannes **Köbberling**, Wuppertal
- Prof. Dr. med. Ulrich **Laufs**, Homburg/Saar
- Prof. Dr. med. Klaus **Lieb**, Mainz
- Prof. Dr. med. Klaus **Mörike**, Tübingen
- Prof. Dr. med. Bruno **Müller-Oerlinghausen**, Berlin
- Prof. Dr. med. Hans-Hartmut **Peter**, Freiburg
- PD Dr. med. Martina **Pitzer**, Karlsruhe
- Prof. Dr. med. Lukas **Radbruch**, Bonn
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang **Rascher**, Erlangen
- PD Dr. med. Christof **Schaefer**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Lutz G. **Schmidt**, Schweinfurt
- Prof. Dr. med. Axel **Schnuch**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Ulrich **Schwabe**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Joachim **Spranger**, Berlin
- Prof. Dr. med. Gerhard Walter **Sybrecht**, Isernhagen
- Prof. Dr. med. Petra A. **Thürmann**, Wuppertal
- Prof. Dr. rer. nat. Hans-Joachim **Trampisch**, Bochum
- Dr. med. Hans **Wille**, Bremen
- Dr. med. Michael **Zieschang**, Darmstadt

Außerordentliche Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dr. h. c. mult. Dieter **Adam**, München
- Prof. Dr. med. Walter-Erich **Aulitzky**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Christopher **Baethge**, Köln
- PD Dr. med. Michael **Barker**, Berlin
- Prof. Dr. med. Torsten **Bauer**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. habil. Thomas **Beck**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Jürgen **Beckmann**, Berlin
- Dr. med. Jürgen **Bethscheider**, Schiffweiler/Saar
- Prof. Dr. med. Udo **Bonnet**, Castrop-Rauxel
- Prof. Dr. med. Joachim **Boos**, Münster
- PD Dr. med. Alexander **Brack**, Würzburg
- Dr. med. Christian **Braun**, Saarbrücken
- Prof. Dr. med. Hans-Reinhard **Brodt**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Gerd Dieter **Burchard**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Reinhard **Busse**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ingolf **Cascorbi**, Kiel
- Prof. Dr. med. Jean-Francois **Chenot**, Greifswald
- Prof. Dr. med. Klaus **Dalhoff**, Lübeck

- PD Dr. med. Sven **Diederich**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Volker **Dinnendahl**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Hans Wilhelm **Doerr**, Frankfurt/Main
- Univ.-Prof. Dr. med. Martina **Dören**, Berlin
- PD Dr. med. Harald **Dormann**, Fürth
- Prof. Dr. med. Bernd **Drewelow**, Rostock
- Prof. Dr. med. Peter **Drings**, Heidelberg
- Dr. med. Günther **Egidi**, Bremen
- Dr. med. Klaus **Ehrenthal**, Hanau
- Prof. Dr. med. Michel **Eichelbaum**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Günter **Emons**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Alexander **Enk**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Thomas **Eschenhagen**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Frank **Faude**, Baden-Baden
- Dr. med. Michael **Freitag**, Jena
- Prof. Dr. rer. nat. Uwe **Fricke**, Köln
- Dr. med. Jan **Geldmacher**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Guido **Gerken**, Essen
- Prof. Dr. med. Hermann-Josef **Gertz**, Leipzig
- Prof. Dr. med. Hans-Joachim **Gilfrich**, Mainz
- Prof. Dr. med. Christoph H. **Gleiter**, Tübingen
- Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. **Goldschmidt**, Trier
- Prof. em. Dr. med. Friedrich-Arnold **Gries**, Neuss-Uedesheim
- Prof. Dr. med. Stefan **Grond**, Detmold
- Prof. Dr. Dr. h. c. mult. David **Groneberg**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Gerhard **Groß**, Speyer
- Prof. Dr. med. Roland **Gugler**, Karlsruhe
- Prof. Dr. med. Walter E. **Haefeli**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard **Haen**, Regensburg
- PD Dr. med. Winfried **Häuser**, Saarbrücken
- Dr. rer. nat. Ulrich **Hagemann**, Berlin
- Prof. Dr. med. habil. Werner **Handrick**, Frankfurt/Oder
- Prof. Dr. jur. Dieter **Hart**, Bremen
- Prof. Dr. med. Joerg **Hasford**, München
- Prof. Dr. med. Tobias **Heintges**, Neuss
- Prof. Dr. med. Hans-Werner **Hense**, Münster
- Prof. Dr. rer. nat. Christoph **Hiemke**, Mainz
- Prof. Dr. med. Falk **Hiepe**, Berlin
- Prof. Dr. med. Jan **Hildebrandt**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Dr. sc. agr. Bernd **Hinney**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Gert **Höffken**, Dresden
- Prof. Dr. med. Ulrich **Höffler**, Ludwigshafen
- Dr. med. Günter **Hopf**, Düsseldorf
- PD Dr. med. Karl-Peter **Ittner**, Regensburg
- Prof. Dr. rer. nat. Ulrich **Jaehde**, Bonn
- Prof. Dr. med. Wolfgang **Jilg**, Regensburg
- Prof. Dr. med. Jens **Jordan**, Hannover
- Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hans Christian **Kasperk**, Heidelberg

- Prof. Dr. med. Franz **Kehl**, Karlsruhe
- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. **Kekulé**, Halle
- Dr. med. Brigitte **Keller-Stanislawski**, Langen
- Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilhelm **Kirch**, Dresden
- Dr. med. David **Klemperer**, Regensburg
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker **Kliem**, Hannoversch Münden
- Prof. Dr. med. Gerald **Klose**, Bremen
- Prof. Dr. med. Herbert **Koop**, Berlin
- Dr. med. Dipl.-Chem. Gottfried **Kreutz**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Thomas **Krieg**, Köln
- Prof. Dr. med. Stephanie **Läer**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Rainer **Lasek**, Bergisch Gladbach
- Prof. Dr. oec. publ. Reiner **Leidl**, München
- PD Dr. med. Joachim **Leißner**, Köln
- Prof. Dr. med. Thomas **Lempert**, Berlin
- Prof. Dr. med. Johannes G. **Liese**, Würzburg
- Prof. Dr. med. Herbert **Löllgen**, Remscheid
- Prof. Dr. phil. Weyma **Lübbe**, Regensburg
- PD Dr. med. habil. Ahmed **Madisch**, Hannover
- Prof. Dr. med. Johannes **Mann**, München
- Prof. Dr. med. Klaus **Mann**, Essen
- Prof. Dr. med. Georg **Maschmeyer**, Potsdam
- Prof. Dr. med. Thomas **Meinertz**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Hans F. **Merk**, Aachen
- Prof. Dr. med. Uta **Meyding-Lamadé**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Maja **Mockenhaupt**, Freiburg
- Dr. rer. nat. Horst **Möller**, Bonn
- Dr. med. Wolfgang **Mondorf**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. habil. Ulrich A. **Müller**, Jena
- Prof. Dr. med. Friedemann **Nauck**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Olaf **Ortmann**, Regensburg
- Dr. med. Wolfgang **Paulus**, Ravensburg
- Prof. Dr. med. Thomas **Poralla**, Berlin
- Dr. med. Martina **Pötschke-Langer**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Bernd **Pötzsch**, Bonn
- Prof. Dr. med. Hilmar W. **Prange**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Bernhard **Rauch**, Ludwigshafen
- Prof. Dr. med. Vera **Regitz-Zagrosek**, Berlin
- PD Dr. med. Heike **Rittner**, Würzburg
- Prof. Dr. Joachim **Röhmel**, Bremen
- Prof. Dr. med. Ivar **Roots**, Berlin
- Prof. Dr. med. Tilman **Sauerbruch**, Bonn
- Prof. Dr. med. Harald **Schäfer**, Völklingen
- Prof. Dr. med. Hans Heinz **Schild**, Bonn
- Prof. Dr. med. habil. Burkhard **Schneeweiß**, Berlin
- Prof. Dr. med. Matthias **Schwab**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Hannsjörg W. **Seyberth**, Landau
- Prof. Dr. med. Ulrich Theo **Seyfert**, Homburg

- Prof. Dr. med. Andrea **Siebenhofer-Kroitzsch**, Frankfurt/Main
- Univ.-Prof. Dr. Uwe **Siebert**, Hall in Tirol/Österreich
- Prof. Dr. med. Joachim **Sieper**, Berlin
- Dr. med. Wolfram **Singendonk**, Berlin
- Dr. med. Jürgen **Spehn**, Bremen
- Dr. med. Christian **Sperling**, Berlin
- Prof. Dr. med. Verena **Stangl**, Berlin
- Prof. Dr. med. Martin **Stanulla**, Kiel
- Prof. Dr. rer. nat. Jürgen **Steinmeyer**, Gießen
- Prof. Dr. med. Julia **Stingl** (ehemals Kirchheiner), Ulm
- Prof. Dr. med. Gabriela **Stoppe**, Basel
- Prof. Dr. med. Herwig **Strik**, Marburg
- Prof. Dr. med. Norbert **Suttorp**, Berlin
- Prof. Dr. med. Bernd **Swoboda**, Erlangen
- Prof. Dr. med. Walter **Thimme**, Berlin
- Prof. Dr. med. Ulrich **Treichel**, Hagenow
- Prof. Dr. med. Dieter **Ukena**, Bremen
- Prof. Dr. med. Hans-Peter **Vogel**, Berlin
- PD Dr. med. Michael **von Brevern**, Berlin
- Prof. Dr. med. Wolfgang H.-H. **von Renteln-Kruse**, Hamburg
- PD Dr. med. Ulrich **Wedding**, Jena
- Prof. Dr. rer. pol. Karl **Wegscheider**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Heinz **Wiendl**, Münster
- Prof. Dr. med. Jürgen **Windeler**, Köln
- Prof. Dr. med. Konrad **Wink**, Gengenbach
- Prof. Dr. med. Hans Peter **Zahradnik**, Freiburg

Ehrenmitglieder:

- Prof. Dr. med. Hans **Friebel**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Bruno **Müller-Oerlinghausen**, Berlin
- Prof. Dr. med. Walter **Rummel**, Homburg/Saar

Wissenschaftlicher Dienst:

- Dr. med. Katrin **Bräutigam**, Geschäftsführerin, Berlin
- Dr. rer. medic. Elisabeth **Bronder**, Berlin
- Dr. med. Amin-Farid **Aly**, Berlin
- Dr. rer. nat. Heribert **Düppenbecker**, Berlin
- PD Dr. med. Marios **Paulides**, Berlin
- Dipl.-Oecotroph. Claudia **Schlegel**, Berlin
- Dr. med. Gisela **Schott**, Berlin
- Dr. med. Thomas **Stammschulte**, Berlin
- Dr. med. Mariam **Ujeyl**, Berlin
- Dr. med. Siegbert **Walter**, Berlin

Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin

Seit ihrer Gründung durch Beschluss des 61. Deutschen Ärztetages im Jahre 1958 befasst sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin mit Fragen der allgemeinärztlichen Versorgung. Die ehemals Deutsche Akademie der Praktischen Ärzte wurde vom 81. Deutschen Ärztetag 1978 in „Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin" umbenannt.

Die Grundlagen für die Schaffung des Gebietes „Allgemeinmedizin", das vom 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden 1968 in die Weiterbildungsordnung eingeführt wurde, sowie zwischenzeitlich erfolgte Neufassungen sind in der Akademie vorbereitet und mitberatend begleitet worden.

Seit dem 84. Deutschen Ärztetag 1981 in Trier – mit dem Schwerpunktthema „Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung" – ist dem Deutschen Ärztetag alljährlich über Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin Bericht zu erstatten. Dies geschieht in der Regel durch schriftliche Ausführungen im Rahmen des Tätigkeitsberichts.

Den Vorstand bilden fünf Ärzte für Allgemeinmedizin, die vom Deutschen Ärztetag gewählt werden.

Vorstand:
- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Cornelia **Goesmann**, Hannover *(Stv. Vorsitzende)*
- Prof. Dr. med. Vittoria **Braun**, Berlin
- Dr. med. Hans-Michael **Mühlenfeld**, Bremen
- Bernd **Zimmer**, Wuppertal

Kooptiertes Mitglied:
- Regina **Feldmann**, Berlin
  (Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Delegierte der Landesärztekammer:

Baden-Württemberg:	Dr. med. Stefan **Bilger**, Dossenheim
Bayern:	Dr. med. Wolfgang **Rechl**, Weiden
	Dr. med. Hubert **Prentner**, Sulzbach
Berlin:	Prof. Dr. med. Vittoria **Braun**, Berlin
	Dr. med. Hans-Peter **Hoffert**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Hanjo **Pohle**, Mögelin
Bremen:	Dr. med. Hans-Michael **Mühlenfeld**, Bremen
Hamburg:	Klaus **Schäfer**, Hamburg
Hessen:	Martin **Leimbeck**, Braunfels
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Anke **Müller**, Strasburg
Niedersachsen:	Marion **Renneberg**, Ilsede
Nordrhein:	Bernd **Zimmer**, Wuppertal
Rheinland-Pfalz:	San.-Rat. Dr. med. Michael **Fink**, Gebhardshain
Saarland:	Dr. med. Eckart **Rolshoven**, Püttlingen
Sachsen:	Dr. med. Johannes **Dietrich**, Mühlau
Sachsen-Anhalt:	Dipl.-Med. Stefan **Andrusch**, Halberstadt

Schleswig-Holstein:	Peter **Graeser**, Neumünster
Thüringen:	Dipl.-Med. Silke **Vonau**, Nahetal
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld

Geschäftsführung:
- komm. Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Deutsche Akademie der Gebietsärzte

Seit dem Jahre 1968 befasst sich die Deutsche Akademie der Gebietsärzte mit der Bearbeitung von Berufsfragen der ärztlichen Fachgebiete. Neben dem vom Deutschen Ärztetag gewählten Vorstand der Akademie und den Vertretern der Ärztekammern und ärztlichen Berufsverbände sind seit Ende der 80er Jahre auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften einbezogen.

Das nunmehr bereits langjährige Zusammenwirken ärztlicher Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften in der Akademie der Gebietsärzte bei der Beratung von Berufsfragen der Fachgebiete hat sich bewährt. Die Akademie ist nicht nur eine Informationsplattform zwischen Bundesärztekammer, Landesärztekammern, ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, sondern sie dient auch dem innerärztlichen Meinungsbildungsprozess bei aktuellen Fragen der ärztlichen Berufspolitik.

Den Vorstand bilden fünf Ärzte, die vom Deutschen Ärztetag gewählt werden.

Vorstand:
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(Vorsitzende)*
- Dr. med. Klaus **Ottmann**, Ochsenfurt *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Bernd **Bertram**, Aachen
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena

Kooptiertes Mitglied:
- Dr. med. Andreas **Köhler**, Berlin

Delegierte der Landesärztekammern:

Baden-Württemberg:	Dr. med. Michael **Deeg**, Freiburg
Bayern:	Dr. med. Hans-Joachim **Lutz**, Germering
	Dr. med. Wolfgang **Schaaf**, Straubing
Berlin:	Dr. med. Bernd **Müller**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Jürgen **Fischer**, Treuenbrietzen
Bremen:	Dr. med. Manfred **Neubert**, Bremen
Hamburg:	Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin
Hessen:	Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Fred **Ruhnau**, Hohenzieritz
Niedersachsen:	Dr. med. Reinhard **Simon**, Lehrte
Nordrhein:	Dr. med. Manfred **Pollok**, Hürth
Rheinland-Pfalz:	San.-Rat Rainer **Hinterberger**, Wiesbaden

Saarland:	Dr. med. Dirk **Jesinghaus**, Saarbrücken
Sachsen:	Prof. Dr. med. habil. Uwe **Eichfeld**, Leipzig
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Petra **Bubel**, Lutherstadt Eisleben
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Christian **Sellschopp**, Kiel
Thüringen:	Dr. med. Uwe **Schotte**, Kleinbartloff
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Friedel **Lienert**, Wetter

Vertreter der Berufsverbände:

- PD Dr. med. Siegfried **Veit**, Berlin *(Anästhesisten)*
- Prof. Dr. med. Bernd **Bertram**, Düsseldorf *(Augenärzte)*
- Dr. med. Klaus **Schalkhäuser**, München *(Belegärzte)*
- Dr. med. Uwe **Gerecke**, Hannover *(Betriebs- und Werksärzte)*
- Prof. Dr. med. Hans-Peter **Bruch**, Berlin *(Chirurgen)*
- Dr. med. Michael **Reusch**, Hamburg *(Dermatologen)*
- Dr. med. Stephan A. **Schreiber**, Heidenheim *(Diabetologen)*
- Dr. med. Christian **Albring**, Hannover *(Frauenärzte)*
- Dr. med. Doris **Hartwig-Bade**, Lübeck *(HNO-Ärzte)*
- Dr. med. Klaus-Dieter **Zastrow**, Berlin *(Hygiene/Umweltmedizin)*
- Dr. med. Bernt **Schulze**, Hannover *(Humangenetiker)*
- Dr. med. Horst **Feyerabend**, Hagen *(Internisten)*
- Dipl.-Kfm. Stephan **Eßer**, Berlin *(Kinder- und Jugendärzte)*
- Dr. med. Christa **Schaff**, Weil der Stadt *(Kinder- und Jugendpsychiater)*
- Dr. med. Michael **Müller**, Düsseldorf *(Laborärzte)*
- Prof. Dr. med. Uwe **Groß**, Göttingen *(Mikrobiologen)*
- Dr. med. Dr. med. dent. Stephan **Wunderlich**, Hofheim *(Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen)*
- Dr. med. Frank **Bergmann**, Neuss *(Nervenärzte)*
- Prof. Dr. med. Rudolf **Laumer**, Essen *(Neurochirurgen)*
- Dr. med. Uwe **Meier**, Grevenbroich *(Neurologen)*
- Dr. med. Detlef **Moka**, Essen *(Nuklearmediziner)*
- Dr. med. Ute **Teichert-Barthel**, Berlin *(Öffentliches Gesundheitswesen)*
- Dipl.-Med. Frank Ullrich **Schulz**, Brandenburg *(Orthopäden/Unfallchirurgen)*
- Prof. Dr. med. Werner **Schlake**, Gelsenkirchen *(Pathologen)*
- Prof. Dr. med. Rainer **Schönweiler**, Lübeck *(Phoniatrie und Pädaudiologie)*
- Dr. med. Andreas **Hellmann**, Augsburg *(Pneumologen)*
- Dr. med. Christa **Roth-Sackenheim**, Andernach *(Psychiater)*
- Dr. med. Herbert **Menzel**, Berlin *(Psychosomatische Medizin)*
- Prof. Dr. med. Paul L. **Janssen**, Dortmund *(Psychotherapeuten)*
- Dr. med. Helmut **Altland**, München *(Radiologen)*
- N.N. *(Rechtsmediziner)*
- Dr. med. Jörg **Heinze**, Geesthacht *(Rehabilitationsärzte)*
- Dr. med. Lutz-Michael **Ahlemann**, Lüdenscheid *(Strahlentherapeuten)*
- Prof. Dr. med. Hermann **Eichler**, Homburg *(Transfusionsmediziner)*
- Dr. med. Axel **Schröder**, Neumünster *(Urologen)*
- Dr. med. Thomas **Scharmann**, München *(Spitzenverband Fachärzte Deutschlands)*
- Dr. med. Siegfried **Götte**, Berlin *(Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände)*

Geschäftsführung:

- komm. Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung berät als Ständiger Ausschuss die Bundesärztekammer in allen Fragen der Fortbildung der Ärzte. Er befasst sich mit Eignungsprüfung von Fortbildungsmethoden, Qualitätssicherung der Fortbildung, Entwicklung von Fortbildungsschwerpunkten.

Der Senat besteht aus sieben ordentlichen, direkt vom Deutschen Ärztetag gewählten Mitgliedern und zusätzlich aus außerordentlichen Mitgliedern. Die Mitglieder des Senats müssen auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung ausgewiesen sein.

Ordentliche Mitglieder:

- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Otto **Bach**, Leipzig
- Dr. med. Klaus **Baier**, Stuttgart
- Dr. med. Franz-Joseph **Bartmann**, Bad Segeberg
- Prof. Dr. med. Reinhrad **Griebenow**, Köln
- Prof. Dr. med. Hugo **Van Aken**, Münster
- Jens **Wagenknecht**, Varel

Ehrenmitglied:

- Prof. Dr. med. Heyo **Eckel**, Göttingen

Außerordentliche Mitglieder:
(als Fortbildungsbeauftragte der Landesärztekammern)

Baden-Württemberg:	Dr. med. Klaus **Baier**, Sindelfingen
	Dr. med. Stefan **Roder**, Talheim
	Matthias **Felsenstein**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Klaus-Jürgen **Fresenius**, Rottach-Egern
Berlin:	Dr. med. Matthias **Brockstedt**, Berlin
	Dr. med. Henning **Schaefer**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus
Bremen:	Dr. med. Johannes **Grundmann**, Bremen
Hamburg:	Prof. Dr. med. Christian **Arning**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Roland **Kaiser**, Frankfurt/Main
	Prof. Dr. med. Klaus **Genth**, Bad Homburg
Mecklenburg-Vorpommern:	Prof. Dr. med. Klaus **Dommisch**, Groß Trebbow
Niedersachsen:	Dr. med. Elke **Buckisch-Urbanke**, Edewecht
	Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Walter **Krannich**, Hannover
Nordrhein:	Prof. Dr. med. Reinhard **Griebenow**, Bergisch Gladbach
	Prof. Dr. med. Bernd **Bertram**, Aachen
Rheinland-Pfalz:	Prof. Dr. med. Wilfred **Nix**, Mainz
Saarland:	Eva **Groterath**, Saarbrücken
Sachsen:	Prof. Dr. med. Otto **Bach**, Leipzig
	Dipl.-Bibl. (FH) Astrid **Böhm**, Dresden
	Dr. med. Birgit **Gäbler**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Barbara **Knittel**, Magdeburg

Schleswig-Holstein:	Dr. med. Henrik **Herrmann**, Linden
	Helga **Pecnik**, Bad Segeberg
	Dr. med. Wilken **Boie**, Handewitt
Thüringen:	Prof. Dr. med. Günter **Stein**, Jena
Westfalen-Lippe:	Prof. Dr. med. Falk **Oppel**, Münster
	Dr. med. Hans-Albert **Gehle**, Bochum
	Dr. phil. Michael **Schwarzenau**, Münster
	Elisabeth **Borg**, Münster

Geschäftsführung:

- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin

Finanzkommission der Bundesärztekammer

Nach § 9 der Satzung der Bundesärztekammer besteht bei der Bundesärztekammer eine Finanzkommission, in die jede Landesärztekammer eine Ärztin oder einen Arzt als Mitglied entsendet. Sie überwacht das Finanzgebaren der Bundesärztekammer, prüft die Rechnungslegung und wirkt bei der Aufstellung des Haushaltsplans mit. An den Beratungen dieses Gremiums nehmen auch die stellvertretenden Mitglieder und ein Vertreter der Geschäftsführung der Landesärztekammer beratend teil.

- Dr. med. Franz Bernhard M. **Ensink**, Göttingen *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Klaus Reinhardt, **Bielefeld** *(Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Prof. Dr. med. Dr. dent. Christof **Hofele**, Heidelberg
	Dr. med. Matthias **Fabian**, Ostfildern
	Christoph **Schnitzler**, Stuttgart
Bayern:	Prof. Dr. med. Jan-Diether **Murken**, Ottobrunn
	Dr. med. Joachim **Calles**, Pressig
	Dipl.-Volksw. Frank **Estler**, München
Berlin:	Dr. med. Rudolf **Fitzner**, Berlin
	Dr. med. Kilian **Tegethoff**, Berlin
	Michael **Hahn**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Hanjo **Pohle**, Mögelin
	Dipl.-Med. Hubertus **Kruse**, Forst
	Ass. jur. Herbert **Krahforst**, Berlin
Bremen:	Dr. med. Ernst-Gerhard **Mahlmann**, Bremerhaven
	Dr. med. Johannes **Grundmann**, Bremen
	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Klaus **Schäfer**, Hamburg
	Dr. med. Adib **Harb**, Hamburg
	Dipl.-Volksw. Donald **Horn**, Hamburg
Hessen:	Rainer Oliver **Ibing**, Künzell
	Michael Thomas **Knoll**, Lich
	Dipl.-Betriebsw. FH Hans-Peter **Hauck**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Karl **Schulze**, Waren
	Dr. med. Henning **Wiegels**, Seehof
	Regina **Beyer**, Rostock

Niedersachsen:	Dr. med. Franz-Bernhard M. **Ensink**, Göttingen
	Dr. med. Bernd **Lücke**, Hildesheim
	Klaus **Labuhn**, Hannover
Nordrhein:	Dr. med. Rainer **Holzborn**, Dinslaken
	Dr. med. Friedrich-Wilhelm **Hülskamp**, Essen
	Dipl.-Fin. Klaus **Schumacher**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	San.-Rat Dr. med. Egon **Walischewski**, Koblenz
	N.N.
	Dr. med. Jürgen **Hoffart**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Friedel V. Anton **Hümpfner**, Saarbrücken
	N.N.
	Ass. jur. Heinz-Jürgen **Lander**, Saarbrücken
Sachsen:	Dr. med. Claus **Vogel**, Leipzig
	Dr. med. Thomas **Fritz**, Dresden
	Dipl.-Ök. Kornelia **Keller**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Peter **Wolf**, Dessau
	Prof. Dr. med. Hermann **Seeber**, Dessau
	Dipl.-Ing.-Ök. Gisela **Schmidt**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Bertram **Bartel**, Kronshagen
	Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin
	Karsten **Brandstetter**, Bad Segeberg
Thüringen:	Dr. med. Detlef **Wamhoff**, Erfurt
	Dr. med. Michael **Sakriß**, Erfurt
	RA Helmut **Heck**, Jena
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld
	Dr. med. Peter **Czeschinski**, Münster
	Dr. phil. Michael **Schwarzenau**, Münster

Geschäftsführung:

- Dipl.-Volksw. Rainer **Raabe**, Berlin

Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“

Zur Unterstützung der Arbeit der Finanzkommission und zur Begleitung und Absicherung einer kontinuierlichen Etatplanung bei der Bundesärztekammer wurde 1995 von der Finanzkommission mit Zustimmung des Vorstandes eine Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung eingerichtet. Dieser Arbeitsgruppe gehören an: Der Präsident, der Vorsitzende der Finanzkommission, der stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission, sechs Vertreter aus der Finanzkommission sowie der Hauptgeschäftsführer und der für Finanzangelegenheiten zuständige Dezernent der Bundesärztekammer. Der Finanzbeauftragte des Vorstandes und der zuständige Referent der Bundesärztekammer nehmen als ständige Gäste an den Sitzungen teil.

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Präsident der BÄK)*
- Dr. med. Franz Bernhard M. **Ensink**, Göttingen *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld *(Stv. Vorsitzender)*
- Dipl.-Volksw. Frank **Estler**, München
- Dipl.-Betriebsw. FH Hans-Peter **Hauck**, Frankfurt/Main

- Dipl.-Volksw. Donald **Horn**, Hamburg
- Dipl.-Ing.-Ök. Gisela **Schmidt**, Magdeburg
- Dipl.-Fin. Klaus **Schumacher**, Düsseldorf
- Dr. phil. Michael **Schwarzenau**, Münster
- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin *(Hauptgeschäftsführer der BÄK)*
- Dipl.-Volksw. Rainer **Raabe**, Berlin *(Dezernent Finanzangelegenheiten der BÄK)*
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock *(Finanzbeauftragter des Vorstands der BÄK)*
- Dipl.-Ök. Bernd **Zielesch**, Berlin *(Referent Finanzangelegenheiten der BÄK)*

Geschäftsführung:
- Dipl.-Volksw. Rainer **Raabe**, Berlin

Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (5. Amtsperiode Dezember 2010 – November 2014)

Nach dem TPG trägt die Bundesärztekammer gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine unmittelbare strukturelle Verantwortung für den Bereich der Organspende und Transplantation. Zudem konkretisiert die Bundesärztekammer im gesetzlichen Auftrag die Einzelkriterien für die Allokation postmortal gespendeter Organe. Für diese Angelegenheiten der Organtransplantation hat die Bundesärztekammer eine Ständige Kommission eingerichtet. Die Kommission, deren Mitglieder vom Vorstand der Bundesärztekammer berufen werden, setzt sich zusammen aus zahlreichen transplantationserfahrenen Ärzten sowie Vertretern verschiedener Institutionen, die für die Organspende und -transplantation Sorge tragen. Dazu gehören außer den medizinischen Einrichtungen der Krankenhäuser, der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der Stiftung Eurotransplant Vertreter des Bundes und der Länder, Repräsentanten von Transplantationspatienten, Fachjuristen, Ethiker und Kostenträger.

Ordentliche Mitglieder:
- Prof. Dr. jur. Hans **Lilie**, Halle/Saale *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten **Vilmar**, Bremen *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. jur. Dr. h. c. mult. Hans-Ludwig **Schreiber**, Hannover *(Ehrenvorsitzender)*
- Prof. Dr. math. Dr. rer. pol. Marlies **Ahlert**, Halle/Saale
- Prof. Dr. med. Heinz **Angstwurm**, Gauting
- Prof. Dr. med. Bernhard **Banas**, Regensburg
- Prof. Dr. med. Wolf Otto **Bechstein**, Frankfurt/Main
- Ulrich **Boltz**, Essen
- Conny **Copitzky**, Lutherstadt Wittenberg
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Ulrike **Elsner**, Berlin
- Prof. Dr. med. Ulrich **Frei**, Berlin
- Prof. Dr. med. Georg **Gahn**, Karlsruhe
- Prof. Dr. med. Johann Peter **Hauss**, Leipzig
- Prof. Dr. med. Frieder **Hessenauer**, Mainz
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- Prof. Dr. med. Günter **Kirste**, Frankfurt/Main

- Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich **Leber**, Berlin
- Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin
- Prof. Dr. med. Georg **Marckmann**, MPH, München
- Dr. med. Bernd **Metzinger**, MPH, Berlin
- Prof. Dr. med. Björn **Nashan**, FACS, FRCSC, Hamburg
- MinRat Dr. jur. Hans **Neft**, München
- Prof. Dr. med. Peter **Neuhaus**, Berlin
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Jutta **Riemer**, Bretzfeld
- Prof. Dr. jur. Henning **Rosenau**, Augsburg
- Prof. Dr. med. Hartmut **Schmidt**, Münster
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster

Stellvertretende Mitglieder:
- Dr. med. Helmut **Arbogast**, München
- Dr. med. Wolfgang **Arns**, Köln
- Dipl.-Ök./Medizin Dorothee **Krug**, Berlin
- Marita **Donauer**, Kindsbach
- Dr. med. Antje **Haas**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Uwe **Heemann**, München
- Medizinaldirektor Dr. med. Klaus **Jahn**, Wiesbaden
- Dr. med. Wolfgang **Jorde**, Mönchengladbach
- Axel **Mertens**, MBA, Berlin
- Dr. med. Arie **Oosterlee**, MD, Leiden/NL
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann **Reichenspurner**, Hamburg
- Frank **Reinermann**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Silke **Schicktanz**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Christian **Strassburg**, Hannover
- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn

Ständige Berater und Gäste:
- Prof. Dr. med. Paolo **Fornara**, Halle/Saale
- Ministerialrätin Angelika **Huck**, Bonn
- Nadja **Komm**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans **Lippert**, Magdeburg
- Prof. Dr. med. Bruno Michael **Meiser**, München
- Vors. Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret **Rinder**, Berlin
- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München
- Prof. Dr. med. Richard **Viebahn**, Bochum

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Leber- und die Dünndarmtransplantation“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Prof. Dr. med. Peter **Neuhaus**, Berlin *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Susanne **Beckebaum**, Münster
- Prof. Dr. med. Thomas **Becker**, Kiel
- PD Dr. med. Jens Gunter **Brockmann**, FRCS, Zürich/CH
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin
- Dr. med. Gertud **Greif-Higer**, Mainz
- Prof. Dr. med. Björn **Nashan**, FACS, FRCSC, Hamburg
- Prof. Dr. med. Gerd **Otto**, Mainz
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Jutta **Riemer**, Bretzfeld
- Prof. Dr. med. Hartmut **Schmidt**, Münster
- Prof. Dr. med. Norbert **Senninger**, Münster
- Prof. Dr. med. Christian **Strassburg**, Hannover
- Prof. Dr. med. Joachim **Thiery**, Leipzig

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Nierentransplantation“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Uwe **Heemann**, München *(Federführender)*
- Prof. Dr. math. Dr. rer. pol. Marlies **Ahlert**, Halle/Saale
- Dr. med. Helmut **Arbogast**, München
- Dr. med. Wolfgang **Arns**, Köln
- Prof. Dr. med. Bernhard **Banas**, München
- Prof. Dr. med. Paolo **Fornara**, Halle/Saale
- Prof. Dr. med. Ulrich **Frei**, Berlin
- Prof. Dr. med. Günter **Kirste**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Björn **Nashan**, FACS, FRCSC, Hamburg
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Prof. Dr. jur. Henning **Rosenau**, Augsburg
- Prof. Dr. med. Hartmut **Schmidt**, Münster
- Prof. Dr. med. Torsten **Verrel**, Bonn

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Revision der Allokationsrichtlinien für die Pankreastransplantation“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Dr. med. Helmut **Arbogast**, München *(Federführender)*
- PD Dr. med. Jens Gunter **Brockmann**, FRCS, Zürich/CH
- Prof. Dr. med. Markus **Guba**, München
- Prof. Dr. med. Günter **Kirste**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Barbara **Ludwig**, Dresden
- PD Dr. med. Silvio **Nadalin**, Tübingen
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Prof. Dr. jur. Henning **Rosenau**, Augsburg
- Prof. Dr. med. Torsten **Verrel**, Bonn
- Prof. Dr. med. Richard **Viebahn**, Bochum

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Revision der Richtlinie zur medizinischen Beurteilung von Organspendern und zur Konservierung von Spenderorganen gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und b) TPG“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL *(Federführender)*
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- Prof. Dr. med. Günter **Kirste**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann **Reichenspurner**, Hamburg
- Dr. rer. nat. Constanze **Schönemann**, Berlin
- Prof. Dr. med. Richard **Viebahn**, Bochum

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Thorakale Organe“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann **Reichenspurner**, Hamburg *(Federführender)*
- Prof. Dr. math. Dr. rer. pol. Marlies **Ahlert**, Halle/Saale
- Prof. Dr. med. Jan **Gummert**, Bad Oeynhausen
- Prof. Dr. med. Günter **Kirste**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Bruno **Meiser**, München
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Prof. Dr. med. Martin **Strüber**, Leipzig

- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover

Geschäftsführung:
Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Verfahrensordnung für die Richtlinienarbeit“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Prof. Dr. jur. Hans **Lilie**, Halle/Saale *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Bernhard **Banas**, München
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin
- MinRätin Angelika **Huck**, Bonn
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans **Lippert**, Magdeburg
- MinRat Dr. jur. Hans **Neft**, München
- Vors. Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret **Rinder**, Berlin
- Prof. Dr. jur. Henning **Rosenau**, Augsburg
- Prof. Dr. med. Hartmut **Schmidt**, Münster
- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Unter-Arbeitsgruppe „Lebendspende“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Prof. Dr. med. Paolo **Fornara**, Halle/Saale *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Bernhard **Banas**, München
- Jutta **Riemer**, Bretzfeld
- Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Ad-hoc-Arbeitsgruppe „Verbesserung der Abläufe in der Transplantationsmedizin“ der Ständigen Kommission Organtransplantation

- Prof. Dr. jur. Hans **Lilie**, Halle/Saale *(Federführender)*
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans **Lippert**, Magdeburg
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Vors. Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret **Rinder**, Berlin

- Prof. Dr. jur. Henning **Rosenau**, Augsburg
- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Prüfungskommission gemäß § 12 TPG (4. Amtsperiode Juli 2010 – Juni 2013)

Die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband unterhalten auf der Grundlage von § 12 TPG in Verbindung mit § 10 des Vertrags zur Beauftragung einer Vermittlungsstelle nach § 12 TPG gemeinsam eine Prüfungskommission zur Überprüfung der Vermittlungsentscheidungen. Die Prüfungskommission arbeitet selbständig und unabhängig.

Für die Bundesärztekammer
- Vors. Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret **Rinder**, Berlin *(Vorsitzende)*
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans **Lippert**, Magdeburg *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn

für die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Dipl.-Ök. Holger **Baumann**, Hannover
- Axel **Mertens**, MBA, Berlin
- Dr. med. Bernd **Metzinger**, MPH, Berlin

Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung
- PD Dr. med. Heinz P. **Buszello**, Düsseldorf
- Dipl.-Ök./Medizin Dorothee **Krug**, Berlin
- Frank **Reinermann**, Berlin

Vertreter der Länder
- Medizinaldirektor Dr. med. Klaus **Jahn**, Wiesbaden
- MinRat Dr. jur. Hans **Neft**, München

für die Ständige Kommission Organtransplantation
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. K. Tobias E. **Beckurts**, Köln
- Prof. Dr. med. Paolo **Fornara**, Halle/Saale

Organsachverständige:
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann **Reichenspurner**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Richard **Viebahn**, Bochum

Gäste:
- Stiftung Eurotransplant, Leiden/NL
- Deutsche Stiftung Organtransplantation

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Überwachungskommission gem. § 11 TPG
(4. Amtsperiode Juli 2010 – Juni 2013)

Die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband unterhalten auf der Grundlage von § 11 Abs. 3 Satz 4 TPG in Verbindung mit den Verträgen zur Beauftragung einer Koordinierungsstelle und zur Beauftragung einer Vermittlungsstelle gemeinsam eine Kommission zur Überwachung der Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Die Überwachungskommission arbeitet selbständig und unabhängig.

Für die Bundesärztekammer
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans **Lippert**, Magdeburg *(Vorsitzender)*
- Vors. Richterin am Kammergericht i. R. Anne-Gret **Rinder**, Berlin *(Stv. Vorsitzende)*
- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn

für die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Dipl.-Ök. Holger **Baumann**, Hannover
- Axel **Mertens**, MBA, Berlin
- Dr. med. Bernd **Metzinger**, MPH, Berlin

Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung
- PD Dr. med. Heinz P. **Buszello**, Düsseldorf
- Dipl.-Ök./Medizin Dorothee **Krug**, Berlin
- Frank **Reinermann**, Berlin

Vertreter der Länder
- Medizinaldirektor Dr. med. Klaus **Jahn**, Wiesbaden
- MinRat Dr. jur. Hans **Neft**, München

Gäste:
- Stiftung Eurotransplant, Leiden/NL
- Deutsche Stiftung Organtransplantation

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Gemeinsame Arbeitsgruppe der Prüfungskommission und der Überwachungskommission „Datenanforderungen und Datenflüsse in der Transplantationsmedizin“

- Vors. Richterin am Kammergericht i.R. Anne-Gret **Rinder**, Berlin *(Federführende)*
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans **Lippert**, Magdeburg *(Federführender)*
- Dr. med. Helmut **Arbogast**, München
- Prof. Dr. med. Günter **Kirste**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Peter **Neuhaus**, Berlin
- Prof. Dr. med. Gerd **Otto**, Mainz
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann **Reichenspurner**, Hamburg

- Frank **Reinermann**, Berlin
- Prof. Dr. med. Christian **Strassburg**, Hannover
- Prof. Dr. med. Martin **Strüber**, Leipzig
- Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**, Bonn
- Josephine **Wadewitz**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Oliver **Witzke**, Essen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Wissenschaftlicher Beirat

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer ist interdisziplinär aus Wissenschaftlern verschiedener Fachgebiete der Medizin zusammengesetzt. Seine Aufgabe ist die Beratung des Vorstands der Bundesärztekammer zu medizinisch-wissenschaftlichen Fragen, die insbesondere bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen und der ärztlichen Berufsausübung auftreten. Er erarbeitet nach der Beauftragung durch den Vorstand der Bundesärztekammer Stellungnahmen, Richtlinien bzw. Empfehlungen zu verschiedenen Themenkomplexen unter Berücksichtigung von ethischen Aspekten.

Vorsitzender:
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München *(Innere Medizin)*

Stellvertretende Vorsitzende:
- Prof. Dr. rer. nat. Bärbel-Maria **Kurth**, Berlin *(Epidemiologie)*
- Prof. Dr. med. Peter **Neuhaus**, Berlin *(Chirurgie und Transplantationsmedizin)*

Beisitzer im Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats:
- Prof. Dr. med. Gerhard **Ehninger**, Dresden *(Hämatoonkologie)*
- Prof. Dr. med. Hermann **Hepp**, München *(Gynäkologie/Geburtshilfe)*
- Prof. Dr. phil. Robert **Jütte**, Stuttgart *(Geschichte der Medizin)*
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Präsident der Bundesärztekammer)*
- Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard **Niebling**, Freiburg *(Allgemeinmedizin)*
- Prof. Dr. med. Fred **Zepp**, Mainz *(Kinder- und Jugendmedizin)*

Weiter gehören dem Vorstand an:
- Prof. Dr. med. habil. Jan **Schulze**, Dresden *(Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer)*

Ständiger Gast im Vorstand:
- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin *(Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer)*

Weitere Beiratsmitglieder:
- Prof. Dr. med. Peter **Bartenstein**, München *(Nuklearmedizin)*
- Prof. Dr. med. Gregor **Bein**, Gießen *(Transfusionsmedizin)*
- Prof. Dr. rer. nat. Maria **Blettner**, Mainz *(Medizinische Statistik und Dokumentation)*
- Prof. Dr. med. Manfred **Dietel**, Berlin *(Pathologie)*
- Prof. Dr. med. Georg **Ertl**, Würzburg *(Kardiologie)*
- Prof. Dr. med. Harald **Gollnick**, Magdeburg *(Dermatologie)*
- Prof. Dr. med. Joachim **Grifka**, Bad Abbach *(Orthopädie)*

- Prof. Dr. med. Norbert **Haas**, Berlin *(Unfallchirurgie)*
- Prof. Dr. med. Hans-Peter **Hartung**, Düsseldorf *(Neurologie)*
- Prof. Dr. med. Martin **Heller**, Kiel *(Radiologie)*
- Prof. Dr. med. Karl **Hörmann**, Mannheim *(HNO)*
- Prof. Dr. med. Karl-Walter **Jauch**, München *(Chirurgie)*
- Prof. Dr. med. Thea **Koch**, Dresden *(Anästhesiologie)*
- Prof. Dr. med. Rolf **Kreienberg**, Ulm *(Gynäkologie)*
- Prof. Dr. rer. nat. Heyo **Kroemer**, Greifswald *(Pharmakologie)*
- Prof. Dr. med. Reinhard **Marre**, Ulm *(Mikrobiologie)*
- Prof. Dr. med. Stefan **Meuer**, Heidelberg *(Immunologie)*
- Prof. Dr. med. Eberhard **Nieschlag**, Münster *(Andrologie)*
- Prof. Dr. med. Peter **Propping**, Bonn *(Humangenetik)*
- Prof. Dr. med. Thomas **Reinhard**, Freiburg *(Augenheilkunde)*
- Prof. Dr. med. Hubertus **Riedmiller**, Würzburg *(Urologie)*
- Prof. Dr. med. Markus A. **Rothschild**, Köln *(Rechtsmedizin)*
- Prof. Dr. med. Heinrich **Sauer**, Jena *(Psychiatrie)*
- Prof. Dr. med. Norbert **Suttorp**, Berlin *(Infektiologie)*
- Prof. Dr. med. Petra **Thürmann**, Wuppertal *(Klinische Pharmakologie)*
- Prof. Dr. med. Ute **Thyen**, Lübeck *(Kinder- und Jugendmedizin)*
- Prof. Dr. med. Jörg-Christian **Tonn**, München *(Neurochirurgie)*
- Prof. Dr. med. Brigitte **Vollmar**, Rostock *(Experimentelle Chirurgie)*
- Prof. Dr. med. Karl **Werdan**, Halle *(Kardiologie)*

Ständige Gäste:
- Prof. Dr. med. Christopher **Baethge**, Köln
  (Leiter der med.-wiss. Redaktion des Deutschen Ärzteblatts)
- Oberstarzt Dr. med. Ulrich **Eickstädt**, Bonn *(Bundesministerium der Verteidigung)*
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
  (Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer)
- Prof. Dr. jur. Hans **Lilie**, Halle/Saale
  (Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation)
- Prof. Dr. med. Wolf-Dieter **Ludwig**, Berlin
  (Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)
- Prof. Dr. med. Karl Heinz **Rahn**, Düsseldorf *(Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.)*
- Dr. med. Paul **Rheinberger**, Berlin
  (Leiter des Dezernats 1 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen
  (Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer)

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Gendiagnostikgesetz“ des Wissenschaftlichen Beirats

- Prof. Dr. med. Peter **Propping**, Bonn *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Claus R. **Bartram**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Wolfgang **Eisenmenger**, München
- Prof. Dr. med. Hermann **Hepp**, Buch am Ammersee
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Eberhard **Nieschlag**, Münster
- Prof. Dr. med. Wolff-H. **Schmiegel**, Bochum
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Hämatopoetische Stammzellen“ des Wissenschaftlichen Beirats

- Prof. Dr. med. Gerhard **Ehninger**, Dresden *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Gregor **Bein**, Gießen
- Dr. med. Wolfram **Ebell**, Berlin
- Prof. Dr. med. Jürgen **Finke**, Freiburg
- Dr. med. Johannes **Fischer**, Düsseldorf
- Dr. rer. nat. Margarete **Heiden**, Langen
- Dr. rer. nat. Reinhard **Kasper**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Bernhard **Kubanek**, Neukirchen
- Dr. med. Carlheinz **Müller**, Ulm
- Dr. jur. Arnd **Pannenbecker**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Norbert **Schmitz**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Rainer **Seitz**, Langen
- Prof. Dr. med. Torsten **Tonn**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Markus **Wiesneth**, Ulm
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Axel Rolf **Zander**, Hamburg

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Offene Fragen der Reproduktionsmedizin“ beim Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats

- Prof. Dr. med. Heribert **Kentenich**, Berlin *(Federführender)*

vom Vorstand der Bundesärztekammer entsandte Mitglieder:
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin

- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover

vom Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats benannte Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München
- Prof. Dr. med. Hermann **Hepp**, Buch am Ammersee
- Prof. Dr. med. Gerhard **Ehninger**, Dresden

vom Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats berufene Sachverständige:
- Prof. Dr. med. Klaus **Diedrich**, Lübeck
- Prof. Dr. med. Klaus **Friese**, München
- Dr. rer. nat Sigrid **Graumann**, Berlin
- Dr. med. Georg **Griesinger**, Lübeck
- Dr. med. Ulrich **Hilland**, Bocholt
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- PD Dr. jur. Hans-Georg **Koch**, Freiburg
- Prof. Dr. jur. Hans **Lilie**, Halle/Saale
- Prof. Dr. jur. Volker **Lipp**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Eberhard **Nieschlag**, Münster
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Redaktionsgruppe „Präimplantationsdiagnostik“ des Wissenschaftlichen Beirats

- Prof. Dr. med. Hermann **Hepp**, Buch am Ammersee *(Federführender)*
- Univ.-Prof. Dr. med. Klaus **Diedrich**, Lübeck
- Dr. med. Ullrich **Hilland**, Bocholdt
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- Prof. Dr. med. Markus M. **Nöthen**, Bonn
- Prof. Dr. med. Peter **Propping**, Bonn
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München
- Prof. Dr. med. Fred **Zepp**, Mainz

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Revision der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ des Wissenschaftlichen Beirats

Ordentliche Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Jörg-Christian **Tonn**, München *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Heinz **Angstwurm**, München *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas **Ferbert**, Kassel
- Prof. Dr. med. Roland **Gärtner**, München

- Prof. Dr. med. Michael-Wolfgang **Görtler**, Magdeburg
- Prof. Dr. med. Egbert **Herting**, Lübeck
- Prof. Dr. med. Heinrich **Lanfermann**, Hannover
- PD Dr. med. habil. Jochen **Machetanz**, Dresden
- PD Dr. med. Dr. rer. nat. Harald **Mückter**, München
- Prof. Dr. med. Michael **Quintel**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Bernhard **Roth**, Köln
- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Otmar **Schober**, Münster
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover

von der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer benannte Mitglieder:
- Prof. Dr. phil. Dieter **Birnbacher**, Düsseldorf
- Prof. Dr. theol. Franz Josef **Bormann** M.A., Tübingen
- Prof. Dr. jur. Friedhelm **Hufen**, Mainz
- Prof. Dr. jur. Jochen **Taupitz**, Mannheim
- Prof. Dr. med. Claudia **Wiesemann**, Göttingen

weitere Mitglieder:
- Dr. med. Detlef **Bösebeck**, Berlin *(Deutsche Stiftung Organtransplantation)*
- Dr. med. Thomas **Lamberty**, Saarbrücken *(Gesundheitsministerkonferenz)*
- Axel **Mertens**, Berlin *(Deutsche Krankenhausgesellschaft)*
- Prof. Dr. med. Björn **Nashan**, FACS, FRCSC, Hamburg *(Deutsche Transplantationsgesellschaft)*
- Dr. med. Axel **Rahmel**, Leiden/NL *(Eurotransplant)*

Gäste:
- PD Dr. med. Stefanie **Förderreuther**, München
- Prof. Dr. med. Stephan **Brandt**, Berlin

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Richtlinien zum Führen einer Augenhornhautbank“ des Wissenschaftlichen Beirats

- Prof. Dr. med. Thomas **Reinhard**, Freiburg *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Christian **Drosten**, Bonn
- Prof. Dr. med. Gernot **Duncker**, Halle/Saale
- Prof. Dr. med. Katrin **Engelmann**, Chemnitz
- Dr. med. Klaudia **Huber-van der Velden**, Düsseldorf
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin
- PD Dr. med. Axel **Pruß**, Berlin
- Dr. med. Jan **Schröter**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Ralf R. **Tönjes**, Langen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ des Wissenschaftlichen Beirats (Amtsperiode 2011 – 2015)

Ordentliche Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Reinhard **Busse**, Berlin
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Prof. Dr. med. Christoph **Fuchs**, Brühl
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Bärbel-Maria **Kurth**, Berlin
- Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard **Niebling**, Titisee-Neustadt
- Prof. Dr. phil. Holger **Pfaff**, Köln
- Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Math. Hans-Konrad **Selbmann**, Tübingen
- Prof. Dr. med. Gabriela **Stoppe**, Basel/CH
- Prof. Dr. med. Ute **Thyen**, Lübeck

Gäste:
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin
- Prof. Dr. med. habil. Jan **Schulze**, Dresden

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitskreis „Zukunft der deutschen Hochschulmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“ des Wissenschaftlichen Beirats

- Prof. Dr. rer. nat. Heyo **Kroemer**, Göttingen *(Federführender)*

Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer:
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Dr. med. Henning **Friebel**, Magdeburg
  (ehem. Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer)
- Dr. med. Max **Kaplan**, München
- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
- Dr. med. Mathias **Wesser**, Jena
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats:
- Prof. Dr. med. Maria **Blettner**, Mainz
- Prof. Dr. med. Georg **Ertl**, Würzburg
- Prof. Dr. med. Harald **Gollnick**, Magdeburg
- Prof. Dr. med. Joachim **Grifka**, Bad Abbach
- Prof. Dr. med. Norbert **Haas**, Berlin
- Prof. Dr. med. Karl **Hörmann**, Mannheim
- Prof. Dr. med. Thea **Koch**, Dresden

- Prof. Dr. med. Stefan **Meuer**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard **Niebling**, Freiburg
- Prof. Dr. med. Eberhard **Nieschlag**, Münster
- Prof. Dr. med. Karl Heinz **Rahn**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Heinrich **Sauer**, Jena
- Prof. Dr. med. Jürgen **Schölmerich**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München
- Prof. Dr. med. Ute **Thyen**, Lübeck
- Prof. Dr. med. Brigitte **Vollmar**, Rostock

externe Sachverständige:
- Prof. Dr. med. Guido **Adler**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Michael **Albrecht**, Dresden
- Prof. Dr. rer. physiol. Dr. h. c. Ulrike **Beisiegel**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Dieter **Bitter-Suermann**, Hannover
- Dr. med. Andreas **Botzlar**, Berlin
- Dr. med. Francesco **De Meo**, Berlin
- Prof. Dr. med. Axel **Ekkernkamp**, Berlin
- Ltd. Ministerialrat Hans-Otto **von Gaertner**, Mainz
- Dipl.-Volksw. Irmtraut **Gürkan**, Heidelberg
- Thomas **Köhler**, Frankfurt/Main
- Dr. rer. soc. Uwe **Repschläger**, Wuppertal
- Prof. Dr. med. Babette **Simon**, Oldenburg

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Ständiger Arbeitskreis „Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ des Wissenschaftlichen Beirats (Amtsperiode 2011 – 2014)

- Prof. Dr. med. Harald **Klüter**, Mannheim *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Gregor **Bein**, Gießen *(Stv. Federführender)*
- Prof. Dr. med. Jürgen **Biscoping**, Karlsruhe
- Prof. Dr. med. Jürgen **Bux**, Hagen
- Dr. med. Wolfram **Ebell**, Berlin
- Prof. Dr. med. Hermann **Einsele**, Würzburg
- PD Dr. med. Lorenz **Frey**, München
- Prof. Dr. med. Andreas **Greinacher**, Greiswald
- Prof. Dr. med. Marcell U. **Heim**, Magdeburg
- Prof. Dr. med. Peter **Hellstern**, Ludwigshafen
- Prof. Dr. med. Johannes **Oldenburg**, Bonn
- Prof. Dr. med. Hans-Hartmut **Peter**, Freiburg
- PD Dr. med. Ulrich **Sachs**, Gießen
- Prof. Dr. med. Abdulgabar **Salama**, Berlin
- Univ.-Prof. Dr. med. Rüdiger E. **Scharf**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Wolfgang **Schramm**, München

- Prof. Dr. med. Hubert **Schrezenmeier**, Ulm
- Prof. Dr. med. Michael **Spannagl**, München
- Prof. Dr. med. Martin **Welte**, Darmstadt

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Ständiger Arbeitskreis „Richtlinien zur Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG“ des Wissenschaftlichen Beirats (Amtsperiode 2011 – 2014)

- Prof. Dr. med. Gregor **Bein**, Gießen *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Harald **Klüter**, Mannheim *(Stv. Federführender)*
- Dr. jur. Albrecht **Bender**, Erlangen
- Prof. Dr. med. Jürgen **Biscoping**, Karlsruhe
- Prof. Dr. rer. nat. Reinhard **Burger**, Berlin
- Univ.-Prof. Dr. med. Hermann **Eichler**, Homburg/Saar
- Prof. Dr. med. Arnold **Ganser**, Hannover
- Prof. Dr. med. Andreas **Greinacher**, Greifswald
- Dr. rer. nat. Margarete **Heiden**, Langen
- Prof. Dr. med. Peter **Hellstern**, Ludwigshafen
- Prof. Dr. med. Walter **Hitzler**, Mainz
- Dr. rer. nat. Reinhard **Kasper**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Rainer **Seitz**, Langen
- Dr. med. Gabriele **Walther-Wenke**, Münster

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Ausschüsse und Ständige Konferenzen der Bundesärztekammer

Der Vorstand hat im Juni 1999 die nachfolgenden Kriterien für die Arbeit von Ausschüssen und Arbeitsgruppen verabschiedet, die Arbeit der Ständigen Konferenzen und der Gremien mit eigener Satzung bleiben davon unberührt.

- Die Ausschüsse und Arbeitsgruppen dienen ausschließlich der Vorbereitung der Meinungsbildung im Vorstand der Bundesärztekammer und wirken nicht nach außen.
- Ausschüsse sollen für Daueraufgaben und Arbeitsgruppen für zeitlich befristete Projekte eingerichtet werden. Es bieten sich vier Kategorien an:
  a) Ständige Arbeitsausschüsse der Ständigen Konferenzen (Berufsordnung und Weiterbildung), die sich mit Satzungsaufgaben befassen (Kategorie I), mit
     - permanentem Arbeitsauftrag und
     - Besetzung je zur Hälfte mit Vertretern durch den Vorstand und durch die jeweiligen Ständigen Konferenzen

  b) Ständige Ausschüsse mit besonderen berufspolitischen Aufgaben (Kategorie II) mit
     - permanentem Arbeitsauftrag und
     - Besetzung mit einem Vorsitzenden und Stellvertretenden Vorsitzenden sowie bis zu vier weiteren Mitgliedern

  c) Ausschüsse für weitere gesundheits- und berufspolitische Fragestellungen und Schwerpunkte (Kategorie III) mit
     - Arbeitsauftrag grundsätzlich nur auf Veranlassung des Vorstandes und
     - Besetzung mit einem Vorsitzenden und Stellvertretenden Vorsitzenden sowie bis zu zwei weiteren Mitgliedern

  d) Projekt- und Ad-hoc-Arbeitsgruppen mit zeitlich befristeten Frage- und Problemstellungen (Kategorie IV)
     - Einrichtung auf Vorstandsbeschluss
     - Besetzung in Abhängigkeit von der Problemstellung
- Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende der Ausschüsse und Arbeitsgruppen sollten Mitglieder des Vorstandes sein.
- Die zahlenmäßig klein gehaltenen Ausschüsse und Arbeitsgruppen verstehen sich als Steuergruppen und arbeiten im Sinne eines Projektmanagements. Je nach Aufgabengebiet und je nach Beratungsgegenstand können themenbezogen Gäste hinzugezogen werden. Bei größeren Projekten ist der Vorstand der Bundesärztekammer wegen weiterer Mitglieder und der zu erwartenden Kosten rechtzeitig einzubeziehen.
- Vorsitzende von Ausschüssen und Ständigen Konferenzen verlieren den Vorsitz in diesen Gremien, wenn sie aus dem Vorstand der Bundesärztekammer ausgeschieden sind und nicht ausdrücklich für die verbleibende Amtsperiode bestätigt wurden.

Ausschuss „Ambulante Versorgung“

- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Simone **Heinemann-Meerz**, Magdeburg *(2. Stv. Vorsitzende)*
- Erik **Bodendieck**, Dresden
- Regina **Feldmann**, Berlin
- Rudolf **Henke**, Düsseldorf
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Andreas **Köhler**, Berlin
- Dr. med. Eckart **Rolshoven**, Saarbrücken
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster

Geschäftsführung:

- komm. Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Ausschuss „Arbeitsmedizin“

- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Wolfgang **Panter**, Duisburg *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(2. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Heinz-Johannes **Bicker**, Duisburg
- Prof. Dr. med. Stephan **Letzel**, Mainz

Geschäftsführung:

- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“

- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Wolfgang **Panter**, Duisburg *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(2. Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Norbert **Fischer**, Ulm
Bayern:	Dr. med. Jürgen **Commeßmann**, Burghausen
Berlin:	Dr. med. Henning **Schaefer**, Berlin
	Bernward **Siebert**, Berlin
	Dieter **Weigel**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Dietmar **Groß**, Cottbus
Bremen:	N.N.
Hamburg:	Dr. med. Jens **Petersen**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto **Nowak**, Frankenberg
	Prof. Dr. med. Dr. h. c. David **Groneberg**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Rana **Jurkschat**, Rostock
Niedersachsen:	Dr. med. Uwe **Gerecke**, Hannover
Nordrhein:	Dr. med. Rolf **Hess-Gräfenberg**, Düsseldorf
	Dr. med. Brigitte **Hefer**, Düsseldorf

Rheinland-Pfalz:	Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan **Letzel**, Mainz
Saarland:	Prof. Dr. med. Axel **Buchter**, Homburg
Sachsen:	Prof. Dr. med. Andreas **Seidler**, Dresden
	Dr. rer. nat. Evelyne **Bänder**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Annekatrin **Bergmann**, Halle
Schleswig-Holstein:	Detlef **Glomm**, Meldorf
Thüringen:	Univ.-Prof. Dr. med. Rainer **Schiele**, Jena
	Dr. med. Angela **Seidel**, Jena
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Peter **Czeschinski**, Münster
	Dr. med. Ulrike **Beiteke**, Dortmund
	Susanne **Hofmann**, Münster

Geschäftsführung:
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Ausschuss „Ärzte im öffentlichen Dienst“

- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Ute **Teichert-Barthel**, Bad Neuenahr-Ahrweiler *(Stv. Vorsitzende)*
- Petra **Albrecht**, Meißen
- Dr. med. Thomas **Menn**, Potsdam
- Dr. med. Wolfgang **Müller**, Düsseldorf

Geschäftsführung:
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“

- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Torsten **Hemker**, Hamburg *(Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Matthias **Fabian**, Ostfildern
	Dr. med. Michael **Schulze**, Tübingen
	PD Dr. med. Christian **Benninger**, Heidelberg
Bayern:	Reinhard **Dehlinger**, München
	Prof. Dr. med. Detlef **Kunze**, München
	Dr. med. Lothar **Wittek**, München
Berlin:	Dr. med. Elmar **Wille**, Berlin
	Dr. med. Matthias **Albrecht**,
	Dr. med. Vera **von Doetinchem de Rande**, Berlin
	RA Martin **Reiss**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Manfred **Kalz**, Neuruppin
Bremen:	Dr. med. Karsten **Erichsen**, Bremen
	Dr. med. Klaus-Ludwig **Jahn**, Bremen
Hamburg:	Dr. med. Torsten **Hemker**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
	Dr. med. Brigitte **Ende**, Frankfurt/Main
	Friedrich-Wilhelm **Floren**, Frankfurt/Main

Mecklenburg-Vorpommern:	PD Dr. med. Dr. med. dent. Uwe **Peter**, Rostock
Niedersachsen:	Dr. med. Jürgen **Tempel**, Wunstorf
	Kirsten **Gutjahr**, Hannover
	Dr. med. Franz Bernhard **Ensink**, MBA, Göttingen
Nordrhein:	Dr. med. Jürgen **Krömer**, Düsseldorf
	Dr. med. Christian Henner **Köhne**, Aachen
	Dr. jur. Gerhard **Rosler**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Rüdiger **Schneider**, Trier
	San.-Rat Dr. med. Egon **Walischewski**, Koblenz
	Prof. Dr. med. Frieder **Hessenauer**, Mainz
	Dr. med. Helmut **Peters**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken
Sachsen:	Dr. med. Steffen **Liebscher**, Aue
	Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden
	Erik **Bodendieck**, Wurzen
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Walter **Kudernatsch**, Bitterfeld
	Dr. med. Jörg **Böhme**, Stendal
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Dr. jur. Hans-Michael **Steen**, Eckernförde
	Dr. med. Thomas **Birker**, Heide
	Heinz-Ludwig **Kraunus**, Bad Segeberg
Thüringen:	Dr. rer. pol. Wolfgang **Thöle**, Jena
	Dr. med. Hannelore **Pientka**, Nordhausen
Westfalen-Lippe:	Karl-Heinz **Müller**, Detmold
	Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld
	Dr. rer. pol. Andreas **Kretschmer**, Münster

Geschäftsführung:
- komm. Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“

- Dr. med. Franz-Joseph **Bartmann**, Bad Segeberg *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Heidrun **Gitter**, Bremen *(2. Stv. Vorsitzende)*
- Dr. med. Klaus **Beelmann**, Hamburg
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Ass. jur. Ulrike **Hespeler**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Frieder **Hessenauer**, Mainz
- Michael **Hoffmann**, Saarbrücken
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena
- Dr. jur. Karsten **Scholz**, Hannover
- Dr. med. Markus **Wenning**, Münster
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Annette **Güntert**, Berlin

Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“

- Dr. med. Franz-Joseph **Bartmann**, Bad Segeberg *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Heidrun **Gitter**, Bremen *(2. Stv. Vorsitzende)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Michael **Schulze**, Tübingen
	Dr. med. Klaus **Baier**, Sindelfingen
	Ass. jur. Ulrike **Hespeler**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Wolf **von Römer**, München
	Dr. med. Andreas **Botzlar**, Planegg
	Dr. med. Judith **Niedermaier**, München
	Thomas **Schellhase**, München
	Dr. med. Max **Kaplan**, München
Berlin:	Dr. med. Dietrich **Bodenstein**, Berlin
	Dr. med. Werner **Wyrwich**, Berlin
	Dr. med. Catharina **Döring-Wimberg**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus
	Dipl.-Med. Guido **Salewski**, Frankfurt/Oder
	Barbara **Raubold**, Cottbus
Bremen:	Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen
	Dr. med. Heidrun **Gitter**, Bremen
	Barbara **Feder**, Bremen
Hamburg:	Dr. med. Bruno **Schmolke**, Hamburg
	Dr. med. Adib **Harb**, Hamburg
	Dr. med. Klaus **Beelmann**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Günter **Haas**, Lautertal
	Dr. med. Klaus **König**, Eschborn
	Dr. med. Viktor **Karnosky**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Ass. jur. Ulrike **Büttner**, Rostock
	Dr. med. Fred **Ruhnau**, Hohenzieritz
	Dr. med. Kerstin **Skusa**, Parchim
	Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
Niedersachsen:	Prof. Dr. med. Bernd **Haubitz**, Hannover
	Dr. med. Gisbert **Voigt**, Melle
	Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Walter **Krannich**, Hannover
	Dr. jur. Karsten **Scholz**, Hannover
Nordrhein:	Dr. med. Dieter **Mitrenga**, Köln
	Bernd **Zimmer**, Wuppertal
	Prof. Dr. med. Susanne **Schwalen**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Claus **Beermann**, Ludwigshafen
	Dr. med. Charis **Eibl**, Heppenheim
	Dr. med. Jürgen **Hoffart**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Harry **Derouet**, Saarbrücken
	Dr. med. Petra **Ullmann**, Sarreguemines
	Michael **Hoffmann**, Saarbrücken

Sachsen:	Prof. Dr. med. Uwe **Köhler**, Leipzig
	Dr. med. Birgit **Gäbler**, Dresden
	Dr. jur. Alexander **Gruner**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Peter **Eichelmann**, Magdeburg
	Carmen **Wagner**, Magdeburg
	Dr. med. Rüdiger **Schöning**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Arthur **Friedrich**, Fockbek
	Dr. med. Henrik **Herrmann**, Linden
	Manuela **Brammer**, Bad Segeberg
	Dr. med. Franz-Josef **Bartmann**, Bad Segeberg
Thüringen:	Dipl.-Med. Ingo **Menzel**, Weimar
	Dr. med. Thomas **Schröter**, Weimar
	Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena
	Dr. med. Annette **Braunsdorf**, Jena
Westfalen-Lippe:	Prof. Dr. med. Rüdiger **Smektala**, Bochum
	Dr. med. Hans-Albert **Gehle**, Bochum
	Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster
	Dr. med. Markus **Wenning**, Münster
	Bernd **Schulte**, Münster

Geschäftsführung:
- Dr. med. Annette **Güntert**, Berlin

Ausschuss „Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten“

- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Mathias **Wesser**, Jena *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock *(2. Stv. Vorsitzender)*
- Jan **Bauer**, Frankfurt/Main *(Marburger Bund)*
- Prof. Dr. med. Dieter **Bitter-Suermann**, Berlin *(Medizinischer Fakultätentag)*
- Dr. med. Dirk **Böhmann**, Bonn *(Deutscher Hochschulverband)*
- Prof. Dr. med. Martin **Fischer**, München *(Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München)*
- Dr. med. Volker **Hildebrandt**, Berlin *(Medizinischer Fakultätentag)*
- Prof. Dr. med. Jürgen **Neuser**, Mainz *(Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen)*
- Prof. Dr. med. Karl Heinz **Rahn**, Düsseldorf *(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)*
- Melissa Camara **Romero**, Bonn *(Bundesverband der Medizinstudierenden in Deutschland)*

Geschäftsführung:
- Dr. med. Annette **Güntert**, Berlin

Ausschuss „Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“

- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(2. Stv. Vorsitzende)*
- RAin Christina **Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu**, Düsseldorf
- Dr. med. Max **Kaplan**, München
- Ass. jur. Bertram F. **Koch**, Münster
- Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
- Dörte **Meisel**, Magdeburg
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken
- Dr. jur. Herbert **Schiller**, München
- Dr. jur. Karsten **Scholz**, Hannover
- Dr. med. Stefan **Windau**, Leipzig
- Bernd **Zimmer**, Düsseldorf

Geschäftsführung:
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin

Ständige Konferenz zur Beratung der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(2. Stv. Vorsitzende)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
	Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Klaus **Ottmann**, Ochsenfurt
	Ass. jur. Marie-Luise **Hof**, München
	Dr. jur. Herbert **Schiller**, München
Berlin:	Martina **Jaklin**, Berlin
	Dr. jur. Katrin **Börchers**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Renate **Schuster**, Neuenhagen
	Dr. jur. Daniel **Sobotta**, Cottbus
Bremen:	Bettina **Rakowitz**, Bremen
	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Ass. jur. Gabriela **Luth**, Hamburg
	Dr. med. Klaus **Beelmann**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Roland **Kaiser**, Frankfurt/Main
	Manuel **Maier**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Winrich **Mothes**, Schwerin
	Ass. jur. Frank Theodor **Loebbert**, Rostock
	Dr. med. Henning **Wiegels**, Seehof

Niedersachsen:	Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
	Dr. jur. Karsten **Scholz**, Hannover
Nordrhein:	Bernd **Zimmer**, Wuppertal
	Prof. Dr. med. Susanne **Schwalen**, Düsseldorf
	RAin Christina **Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Jürgen **Hoffart**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Eckart **Rolshoven**, Püttlingen
	RA Martin **Partzsch**, Saarbrücken
Sachsen:	Prof. Dr. med. Wolfgang **Sauermann**, Dresden
	Dr. med. Andreas **Prokop**, Döbeln
	Dr. jur. Alexander **Gruner**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dipl.-Med. Dörte **Meisel**, Wettin
	Ass. jur. Annett **Montes de Oca**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Rosemarie **Müller-Mette**, Norderstedt
Thüringen:	Dr. med. Sebastian **Roy**, Meiningen
	Dr. med. Uwe **Schotte**, Reifenstein
	Dipl.-Jur. Sabine **Butters**, Jena
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld
	Dr. med. Rudolf **Kaiser**, Münster
	Ass. jur. Bertram F. **Koch**, Münster

Geschäftsführung:
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin

Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker **Diehl**, Köln
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. jur. Volker **Lipp**, Göttingen
- Prof. Dr. med. Giovanni **Maio**, Freiburg
- Prof. Dr. med. Georg **Maschmeyer**, Potsdam
- PD Dr. phil. Alfred **Simon**, Göttingen
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover

Geschäftsführung:
- Dr. jur. Marlis **Hübner**, Berlin

Ausschuss „Gebührenordnung“

- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Ingo **Flenker**, Dortmund

- Dr. med. Dieter **Haack**, Stuttgart
- Dr. med. Simone **Heinemann-Meerz**, Magdeburg
- Dr. med. Max **Kaplan**, München
- Dr. med. Bernhard **Lenhard**, Saulheim
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena
- Dr. med. Alfred **Möhrle**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Klaus **Ottmann**, München
- Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld
- Bernd **Zimmer**, Wuppertal

Geschäftsführung:
- komm. Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Ständige Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Dr. rer. nat. Silke **Schrum**, Hamburg *(1. Stv. Vorsitzende)*
- Prof. Dr. med. Hans-Werner **Bothe**, Münster *(2. Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Petra **Knupfer**, Stuttgart
	Christoph **Schnitzler**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Rudolf **Burger**, München
	Prof. Dr. med. Jörg **Hasford**, München
Berlin:	Maren **Stienecker**, Berlin
	PD Dr. med. Hans-Herbert **Fülle**, Berlin
Brandenburg:	Ass. jur. Herbert **Krahforst**, Berlin
	Prof. Dr. med. Michael **Matthias**, Berlin
Bremen:	Prof. Dr. med. Herbert **Rasche**, Bremen
	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Dr. rer. nat. Silke **Schrum**, Hamburg
	Prof. Dr. med. Thomas **Weber**, Hamburg
Hessen:	Ass. jur. Ariane **Wölfer**, Frankfurt/Main
	Ass. jur. Daphne **Schmitz**, Frankfurt/Main
	Prof. Dr. med. Sebastian **Harder**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Prof. Dr. med. Andreas **Büttner**, Rostock
	Ass. jur. Frank Theodor **Loebbert**, Rostock
	Prof. Dr. med. Rudolf **Wegener**, Rostock
Niedersachsen:	Kai **Bogs**, Hannover
	Prof. Dr. med. Peter **Kleine**, Göttingen
Nordrhein:	RAin Caroline **Schulz**, Düsseldorf
	Prof. Dr. med. Ursula **Sehrt-Ricken**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Prof. Dr. med. Ignaz **Wessler**, Mainz
	Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan **Letzel**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Ilse **Lelieur**, Saarbrücken
	San.-Rat Prof. Dr. med. Hermann **Schieffer**, Saarbrücken

Sachsen:	Ass. jur. Anke **Schmieder**, Dresden
	Prof. Dr. med. habil. Rolf **Haupt**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Ass. jur. Kathleen **Hoffmann**, Magdeburg
	PD Dr. Dr. rer. nat. Jürgen **Metzner**, Halle
Schleswig-Holstein:	Carsten **Heppner**, Bad Segeberg
	Prof. Dr. med. Gerhard **Hintze**, Bad Oldesloe
Thüringen:	RA Helmut **Heck**, Jena
	Dr. med. Rudolf **Giertler**, Jena
Westfalen-Lippe:	Ass. jur. Bertram F. **Koch**, Münster
	Prof. Dr. med. Hans-Werner **Bothe**, Münster

Ständige Gäste:

BÄK:	Dr. med. Henning **Friebel**, Magdeburg
	RAin Annabel **Seebohm**, LL.M. (Auckland), Berlin
AkdÄ:	Prof. Dr. med. Wolf-Dieter **Ludwig**, Berlin
	Dr. med. Katrin **Bräutigam**, Berlin
ZEKO:	Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen
	Dr. jur. Karsten **Scholz**, Hannover

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“

- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(Vorsitzende)*
- Prof. Dr. med. Dr. phil. nat. Andreas **Kappos**, Frankfurt/Main *(Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Günter **Baitsch**, Riehen-Basel
- Prof. Dr. med. Axel **Buchter**, Homburg/Saar
- Prof. Dr. med. Thomas **Eikmann**, Gießen
- Dr. med. Norbert **Fischer**, Ulm

Geschäftsführung:
- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin

Ständige Konferenz „Gesundheit und Umwelt“

- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(Vorsitzende)*
- Prof. Dr. med. Dr. phil. nat. Andreas **Kappos**, Frankfurt/Main *(Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Norbert **Fischer**, Ulm
	PD Dr. med. Christian **Benninger**, Heidelberg
Bayern:	Dr. med. Stephan **Böse-O'Reilly**, München
Berlin:	Dr. med. Rudolf G. **Fitzner**, Berlin
	Dr. med. Sabine **Möddel**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Dietrich **Metz**, Wittstock
Bremen:	Franz-Josef **Blömer**, Bremen
	Dr. med. Joachim **Wewerka**, Bremen

Hamburg:	Dr. med. Albrecht **zum Winkel**, Hamburg
Hessen:	Prof. Dr. med. Thomas **Eikmann**, Gießen
Mecklenburg-Vorpommern:	Dipl.-Med. Gerhard **Hauk**, Rostock
Niedersachsen:	Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
Nordrhein:	Dr. med. Ulrike **Hein-Rusinek**, Düsseldorf
	Dr. med. Brigitte **Hefer**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Petra **Fouquet-Ollmann**, Mutterstadt
Saarland:	Dr. med. Michael **Feldmann**, Neunkirchen
Sachsen:	Prof. Dr. med. Siegwart **Bigl**, Chemnitz
	Dr. rer. nat. Evelyne **Bänder**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Hanna **Oppermann**, Barleben
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin
Thüringen:	PD Dr. med. Olaf **Manuwald**, Erfurt
	Dr. med. Bernhard **Blüher**, Altenburg
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Ulrike **Beiteke**, Dortmund
	Prof. Dr. med. Dietrich **Paravicini**, Gütersloh

Geschäftsführung:
- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin

Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“

- Rudolf **Henke**, Düsseldorf *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Thomas **Suermann**, Göttingen *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(2. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Stephan **Böse-O'Reilly**, München
- Angela **Deventer**, Hamburg
- Prof. Dr. rer. nat. Bärbel-Maria **Kurth**, Berlin
- Dr. med. Jan **Leidel**, Köln
- Dr. med. Anett **Reißhauer**, Berlin

Geschäftsführung:
- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Ständige Konferenz „Prävention und Gesundheitsförderung“

- Rudolf **Henke**, Düsseldorf *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Thomas **Suermann**, Göttingen *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(2. Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Christoph **von Ascheraden**, St. Blasien
	Dr. med. Norbert **Fischer**, Ulm
	Dr. med. Ingrid **Rothe-Kirchberger**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Max **Kaplan**, München
	Dr. med. Judith **Niedermaier**, München

Berlin:	Dr. med. Johannes **Bruns**, Berlin
	PD Dr. med. Uwe **Torsten**, Berlin
Brandenburg:	Elke **Köhler**, Jüterbog
	Dr. med. Hanjo **Pohle**, Mögelin
Bremen:	Franz-Josef **Blömer**, Bremen
	Dr. med. Joachim **Wewerka**, Bremen
Hamburg:	Dorthe **Kieckbusch**, Hamburg
Hessen:	Monika **Buchalik**, Hanau
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Anne-Christine **Eich**, Rostock
Niedersachsen:	Marion **Renneberg**, Ilsede
Nordrhein:	Dr. med. Christiane **Groß** M.A., Wuppertal
	Dr. med. Frieder Götz **Hutterer**, Köln
	Dr. rer. pol. Wolfgang **Klitzsch**, Düsseldorf
	Sabine **Schindler-Marlow**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Helmut **Peters**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Michael **Feldmann**, Neunkirchen
Sachsen:	Dr. med. Christoph **Altmann**, Bad Gottleuba
	Dr. med. Birgit **Gäbler**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Eike **Hennig**, Farsleben
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin
Thüringen:	Dr. med. Bernhard **Blüher**, Altenburg
	Prof. Dr. med. Johanna **Hübscher**, Jena
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Ulrike **Beiteke**, Dortmund
	Susanne **Hofmann**, Münster
	Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld

Geschäftsführung:
- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin

Ständige Konferenz „Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen“

- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Jena *(Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Manfred **Eissler**, Reutlingen
	Dr. med. Ingrid **Rothe-Kirchberger**, Stuttgart
	Gerhard **Harriehausen**, Freiberg
	Ulrike **Hespeler**, Stuttgart
Bayern:	Prof. Dr. med. Bernulf **Günther**, München
	Vors. Richter am Bay. OLG a. D. Ernst **Karmasin**, Germering
	RA Alban **Braun**, München
Berlin:	Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
	Martina **Jaklin**, Berlin
Brandenburg:	Dipl.-Med. Sigrid **Schwark**, Bernau
	Ass. jur. Herbert **Krahforst**, Berlin
	Dr. med. Volkmar **Skerra**, Schwielowsee

Bremen:	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Dr. med. Ass. jur. Jasper **Kiehn**, Hamburg
Hessen:	Dr. jur. Katharina **Deppert**, Frankfurt/Main
	Dr. jur. Hans **Gießler**, Frankfurt/Main
	Manuel **Maier**, Frankfurt/Main
	Claudia **Schön**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Henning **Wiegels**, Seehof
Niedersachsen:	Prof. Dr. med. Walter **Schaffartzik**, Hannover
	RA Johannes **Neu**, Hannover
Nordrhein:	Prof. Dr. med. Hans-Friedrich **Kienzle**, Köln
	OLG-Präs. a. D. Dr. jur. Heinz-Dieter **Laum**, Mülheim
	Dr. rer. pol. Wolfgang **Klitzsch**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Rolf **Höfel**, Mainz
	Rudolf **Sonntag**, Mainz
Saarland:	Vors. Richter am OLG a. D. Ernst **Kropf**, Saarlouis
	Ass. jur. Heinz-Jürgen **Lander**, Saarbrücken
Sachsen:	Dr. med. Rainer **Kluge**, Kamenz
	Harald **Kirchmayer**, Nürnberg
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Rüdiger **Schöning**, Magdeburg
	Dipl.-Ing.-Ök. Gisela **Schmidt**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Hans-Peter **Bayer**, Bad Segeberg
Thüringen:	Prof. Dr. med. Wulf **Schirrmeister**, Jena
	RA Helmut **Heck**, Jena
Westfalen-Lippe:	Präs. d. LG a. D. Christel **Meyer-Wentrup**, Münster
	Ass. jur. Bertram F. **Koch**, Münster

Geschäftsführung:
- RAin Barbara **Berner**, Berlin

Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Rudolf **Henke**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Frieder **Hessenauer**, Mainz
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten **Vilmar**, Bremen
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Ramin **Parsa-Parsi**, Berlin

Ausschuss „Krankenhaus“

- Rudolf **Henke**, Düsseldorf *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster *(Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Andreas **Botzlar**, Planegg
- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
- Dr. med. Heidrun **Gitter**, Bremen
- Prof. Dr. med. Karl Heinz **Rahn**, Düsseldorf
- Dr. med. Mathias **Wesser**, Jena
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen

Geschäftsführung:
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der ambulant-stationären Kooperation“

- Dr. med. Ulrich **Clever**, Stuttgart
  (als Vorsitzender des Ausschusses „Ambulante Versorgung“)
- Rudolf **Henke**, Düsseldorf
  (als Vorsitzender des Ausschusses „Krankenhaus“)
- Dr. med. Max **Kaplan**, München
  (als Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin)
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover
  (als Vorsitzende der Deutschen Akademie für Gebietsärzte)
- Erik **Bodendieck**, Dresden
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Lutz **Lindemann-Sperfeld**, Magdeburg
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster

Geschäftsführung:
- komm. Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Ständige Konferenz „Krankenhaus“

- Rudolf **Henke**, Düsseldorf *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster *(Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Josef **Ungemach**, Mannheim
	Dr. med. Ulrich **Voshaar**, Freiburg
	Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Heidemarie **Lux**, Fürth
	Dr. med. Christoph **Emminger**, München

Berlin:	Dr. med. Kilian **Tegethoff**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Jürgen **Fischer**, Treuenbrietzen
	Prof. Dr. med. Eckart **Frantz**, Potsdam
Bremen:	Dr. med. Heidrun **Gitter**, Bremen
	Barbara **Feder**, Bremen
Hamburg:	Günther **van Dyk**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Peter **Zürner**, Göttingen
	Dr. med. Roland **Kaiser**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Karl **Schulze**, Waren
	Dr. med. Christiane **Frenz**, Rosenow
Niedersachsen:	Dr. med. Jörg **Zimmermann**, Celle
Nordrhein:	Dr. med. Anja **Mitrenga-Theusinger**, Köln
	Dr. rer. pol. Wolfgang **Klitzsch**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Claus **Beermann**, Ludwigshafen
	Olaf **Smago**, Hachenburg
Saarland:	San.-Rätin Dr. med. Petra **Ullmann**, Sarreguemines
Sachsen:	Dr. med. Eberhard **Huschke**, Ebersbach
	Dr. med. Birgit **Gäbler**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Lutz **Lindemann-Sperfeld**, Halle
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Christian **Sellschopp**, Kiel
	Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin
Thüringen:	Dr. med. Gerd **Scheiber**, Ilmenau
	Dr. med. Uwe **Schotte**, Reifenstein
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Hans-Ulrich **Schröder**, Gütersloh
	Prof. Dr. med. Dietrich **Paravicini**, Gütersloh
	Dr. med. Markus **Wenning**, Münster

Geschäftsführung:
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin

Ausschuss „Medizinische Fachberufe“

- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena *(2. Stv. Vorsitzende)*

Geschäftsführung:
- komm. Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“

- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena *(2. Stv. Vorsitzende)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Klaus **Baier**, Sindelfingen
	Ulrike **Hespeler**, Stuttgart
	Armin **Flohr**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Markus **Beck**, Stadtbergen
	Armin **Erdt**, München
Berlin:	Dr. med. Regine **Held**, Berlin
	Constanze Olivia **Carl**, Berlin
Brandenburg:	Dipl.-Med. Sigrid **Schwark**, Bernau
	Dipl.-Med. Gerd **Rust**, Spremberg
Bremen:	Dr. med. Susanne **Hepe**, Bremen
Hamburg:	Dr. med. Hans-Dieter **Firnrohr**, Hamburg
Hessen:	Ass. jur. Roswitha **Barthel**, Frankfurt/Main
	Prof. Dr. med. Alexandra **Henneberg**, Echzell
Mecklenburg-Vorpommern:	PD Dr. med. Dr. med. dent. Uwe **Peter**, Rostock
Niedersachsen:	Dr. med. Gisbert **Voigt**, Melle
	Solveig **Vogel**, Hannover
Nordrhein:	Dr. med. Jürgen **Krömer**, Düsseldorf
	Verw. Dir. Klaus **Schumacher**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Ines **Henrich**, Höhr-Grenzhausen
Saarland:	Rüdiger **Guss**, Merzig
Sachsen:	Ute **Taube**, Dresden
	Marina **Hartmann**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Rüdiger **Schöning**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Volker **Warneke**, Bad Segeberg
Thüringen:	Dr. med. Helke **Leder**, Jena
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Hans-Peter **Peters**, Bochum
	Dr. med. Barbara **Blaszkiewicz**, Dortmund
	Anja **Schulze-Detten**, Münster
	Bernd **Schulte**, Münster

Geschäftsführung:
- komm. Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“

- Dr. med. Mathias **Wesser**, Jena *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock *(2. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Christian K. **Lackner**, München
- Oberstarzt Prof. Dr. med. Lorenz **Lampl**, Ulm
- Prof. Dr. med. Peter **Sefrin**, Würzburg
- Dr. med. Dieter **Stratmann**, Minden

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Ständige Konferenz „Öffentlichkeitsarbeit“

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(1. Stv. Vorsitzende)*
- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(2. Stv. Vorsitzender)*

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft:	Alexander **Dückers**, Berlin Samir **Rabbata**, Berlin
Baden-Württemberg:	Dr. med. Oliver **Erens**, Stuttgart
Bayern:	Dagmar **Nedbal**, München
Berlin:	Prof. Dr. med. Harald **Mau**, Berlin Sascha **Rudat**, Berlin
Brandenburg:	Elke **Köhler**, Jüterbog Mark **Berger**, Berlin
Bremen:	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Dorthe **Kieckbusch**, Hamburg Sandra **Wilsdorf**, Hamburg
Hessen:	Katja **Möhrle**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Wilfried **Schimanke**, Diedrichshagen Anita **Krsnik**, Rostock Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
Niedersachsen:	Julia Beatrice **Fruhner**, Hannover Dipl.-Geogr. Jörg **Blume**, Hannover
Nordrhein:	Horst **Schumacher**, Düsseldorf Dr. med. Rainer **Holzborn**, Dinslaken Martin **Grauduszus**, Erkrath
Rheinland-Pfalz:	Ines **Engelmohr**, Mainz
Saarland:	Andreas **Kondziela**, Homburg
Sachsen:	Erik **Bodendieck**, Wurzen Prof. Dr. med. habil. Winfried **Klug**, Dresden Knut **Köhler** M.A., Dresden
Sachsen-Anhalt:	Ass. jur. Tobias **Brehme**, Magdeburg Nicole **Fremmer**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Carsten **Leffmann**, Bad Segeberg Thomas **Rottschäfer**, Hamburg
Thüringen:	Dr. phil. Ulrike **Schramm-Häder**, Jena
Westfalen-Lippe:	Volker **Heiliger**, Münster Klaus **Dercks**, Münster

Geschäftsführung:
- Alexander **Dückers**, Berlin

Ausschuss „Qualitätssicherung“

- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. habil. Jan **Schulze**, Dresden *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(2. Stv. Vorsitzender)*

- Dr. med. Astrid **Bühren**, Murnau
- Dr. med. Carsten **Leffmann**, Bad Segeberg
- Dr. med. Ellen **Lundershausen**, Jena
- Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
- Dr. med. Klaus **Ottmann**, München
- Dr. med. Mathias **Wesser**, Jena
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster

Geschäftsführung:
- komm. Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Beirat gemäß „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“

- Dr. med. Dieter **Auch**, Berlin
- Dr. med. Dirk **Carstanjen**, Berlin
- Dr. rer. nat. Rainer **Edelhäuser**, Bonn
- Prof. Dr. med. Sabine **Kliesch**, Münster
- Prof. Dr. med. Cornelius **Knabbe**, Bad Oeynhausen
- Prof. Dr. med. Rainer **Macdonald**, Berlin
- Andrea **Michelsen**, Lahr
- Prof. Dr. med. Matthias **Nauck**, Greifswald
- Prof. Dr. med. Michael **Neumaier**, Mannheim
- Nils **Petersen**, Hamburg
- Dr. rer. nat. Karl-Heinz **Pick**, Wiesbaden
- Dr. rer. nat. Günter **Siegemund**, Berlin
- PD Dr. rer. nat. Rüdiger **Siekmeier**, Bonn
- Prof. Dr. med. Michael **Spannagl**, München
- Prof. Dr. med. Wolfgang **Vogt**, München

Geschäftsführung:
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Fachgruppe D1 „Quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen“

- Dr. med. Dieter **Auch**, Berlin
- PD Dr. rer. nat. Uta **Ceglarek**, Leipzig
- Sybille **Döring**, Kleinmachnow
- Prof. Dr. med. Karl J. **Lackner**, Mainz
- Prof. Dr. rer. nat. Rainer **Macdonald**, Berlin
- Andrea **Michelsen**, Lahr
- Prof. Dr. med. Matthias **Nauck**, Greifswald
- Dr. med. Christoph **Niederau**, Dortmund
- Dr. rer. nat. Karl-Heinz **Pick**, Wiesbaden

Geschäftsführung:
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Fachgruppe D2 „Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen“

- Dr. med. Dieter **Auch**, Berlin
- Dr. rer. nat. Walter **Bauersfeld**, Lörrach
- Prof. Dr. med. Paul **Cullen**, Münster
- Prof. Dr. med. Cornelius **Knabbe**, Bad Oeynhausen
- Prof. Dr. rer. nat. Rainer **Macdonald**, Berlin
- Waltraud **Malms-Fleschenberg**, Dortmund
- Dr. rer. nat. Karl-Heinz **Pick**, Wiesbaden
- Prof. Dr. med. Ulrich **Sack**, Leipzig
- Prof. Dr. rer. nat. Ingo **Schellenberg**, Bernburg
- Dr. med. Dipl.-Chem. Christoph **Schoerner**, Erlangen

Geschäftsführung:
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Fachgruppe D4 „Ejakulatuntersuchungen“

- Dr. med. Dieter **Auch**, Berlin
- Univ.-Prof. Dr. med. Hermann M. **Behre**, Halle
- Bernd **Berressem**, Berlin
- Prof. Dr. med. Sabine **Kliesch**, Münster
- PD Dr. med. Ulrich A. **Knuth**, Hamburg
- Andrea **Michelsen**, Lahr
- Dr. med. Robert **Ochsenkühn**, München
- Prof. Dr. rer. nat. Ingo **Schellenberg**, Bernburg

Geschäftsführung:
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Fachgruppe D5 „Molekulargenetische und zytogenetische Untersuchungen“

- Prof. Dr. med. Parviz **Ahmad-Nejad**, Wuppertal
- Dr. med. Dieter **Auch**, Berlin
- Prof. Dr. med. Jürgen **Kunz**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Rainer **Macdonald**, Berlin
- Waltraud **Malms-Fleschenberg**, Dortmund
- Prof. Dr. med. Friedrich **Maly**, Düsseldorf
- Prof. Dr. rer. nat. Clemens **Müller-Reible**, Würzburg
- Prof. Dr. med. Michael **Neumaier**, Mannheim
- Dr. rer. nat. Karl-Heinz **Pick**, Wiesbaden
- Prof. Dr. med. Harald **Rieder**, Düsseldorf
- PD Dr. rer. nat. Holger **Tönnies**, Berlin

Geschäftsführung:
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Ständige Konferenz „Qualitätssicherung“

- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden *(1. Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(2. Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Dr. med. Josef **Ungemach**, Mannheim
	Dr. med. Matthias **Fabian**, Ostfildern
	Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
	Matthias **Felsenstein**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Kurt **Reising**, Augsburg
	Dr. med. Johann Wilhelm **Weidringer**, München
Berlin:	Dr. med. Erich **Fellmann**, Berlin
	Dr. med. Henning **Schaefer**, Berlin
Brandenburg:	Dr. med. Wolf **Schmidt**, Straupitz
	Dipl.-Med. Rainer **Hanisch**, Spreenhagen
Bremen:	Ralf **Gronemeyer**, Bremen
	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Dr. med. Hanswerner **Bause**, Hamburg
	Dr. med. Annemarie **Jungbluth**, Hamburg
Hessen:	Martin **Leimbeck**, Braunfels
	Dr. med. Roland **Kaiser**, Frankfurt/Main
	Nina **Walter**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Dr. med. Ulf **Broschewitz**, Rostock
	Ass. jur. Ulrike **Büttner**, Rostock
	Dr. med. Harald **Terpe** MdB, Rostock
Niedersachsen:	Dr. med. Jörg **Zimmermann**, Celle
	Dr. phil. Brigitte **Sens**, Hannover
Nordrhein:	Dr. med. Hans-Georg **Huber**, Düsseldorf
	Dr. med. Manfred **Pollok**, Hürth
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Marcel **Biegler**, Mainz
Saarland:	Dr. med. Dirk **Jesinghaus**, Saarbrücken
Sachsen:	PD Dr. med. habil. Maria **Eberlein-Gonska**, Dresden
	Dr. med. Birgit **Gäbler**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Manuela **Wolf**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Uta **Kunze**, Bad Segeberg
	Dr. med. Carsten **Leffmann**, Bad Segeberg
Thüringen:	Dipl.-Med. Uwe **Bust**, Sömmerda
	Dr. med. Falk **Schmidt**, Weimar
Westfalen-Lippe:	Dr. med. Joachim **Dehnst**, Herdecke
	Dr. med. Hans-Jürgen **Bickmann**, Siegen
	Dr. phil. Michael **Schwarzenau**, Münster
	Dr. med. Jochen **Bredehöft**, Münster

Geschäftsführung:

- komm. Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Ständige Konferenz der Rechtsberater der Ärztekammern

- N.N. *(Vorsitzender)*
- N.N. *(Stv. Vorsitzender)*

Baden-Württemberg:	Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
	Ulrike **Hespeler**, Stuttgart
	Christoph **Schnitzler**, Stuttgart
Bez.-ÄK Nordwürttemberg:	Ass. jur. H. **Glindmeyer**, Stuttgart
Bez.-ÄK Nordbaden:	Helmut **Kohn**, Karlsruhe
	Ass. jur. Patrick **Kessler**, Karlsruhe
Bez.-ÄK Südbaden:	Gerhard **Sutor**, Freiburg
Bez.-ÄK Südwürttemberg:	Simone **Zeisberger**, Freiburg
	Dr. jur. Regine **Kiesecker**, Reutlingen
Bayern:	Peter **Kalb**, München
	RA Dr. jur. Herbert **Schiller**, München
Berlin:	Christoph **Röhrig**, Berlin
	Martina **Jaklin**, Berlin
Brandenburg:	Ass. jur. Kristina **Metzner**, Cottbus
	Ass. jur. Constance **Sägner**, Cottbus
	Dr. jur. Daniel **Sobotta**, Cottbus
Bremen:	RA und Notar Wolf Martin **Nentwig**, Bremen
	RA Claus **Pfisterer**, Bremen
	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Ass. jur. Gabriela **Luth**, Hamburg
	Ass. jur. Nina **Rutschmann**, Hamburg
Hessen:	Manuel **Maier**, Frankfurt/Main
	Claudia **Schön**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Ass. jur. Frank Theodor **Loebbert**, Rostock
	Ass. jur. Claudia **Mitzschke**, Rostock
Niedersachsen:	Dr. jur. Karsten **Scholz**, Hannover
	Ass. jur. Syenja **Nolting**, Hannover
Nordrhein:	RAin Christina **Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu**, Düsseldorf
	RA Dr. jur. Dirk **Schulenburg**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	RA Dr. jur. Markus **Fromm**, Mainz
	RA Eckhard **Mäurer**, Mainz
Bez.-ÄK Koblenz:	Ass. jur. Johannes **Quednow**, Koblenz
Bez.-ÄK Pfalz:	Ass. jur. **Jäger**, Neustadt
Bez.-ÄK Rheinhessen:	RA Dr. jur. Markus **Fromm**, Mainz
Bez.-ÄK Trier:	RA Paul **Hauschild**, Trier
Saarland:	Ass. jur. Heinz-Jürgen **Lander**, Saarbrücken
	RA Martin **Partzsch**, Saarbrücken
Sachsen:	Dr. jur. Alexander **Gruner**, Dresden
	Ass. jur. Annette **Burkhardt**, Dresden
	Ass. jur. Michael **Kratz**, Dresden

Sachsen-Anhalt:	Ass. jur. Kathleen **Hoffmann**, Magdeburg
	Ass. jur. Annett **Montes de Oca**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Hans-Peter **Bayer**, Bad Segeberg
	Carsten **Heppner**, Bad Segeberg
Thüringen:	RA Helmut **Heck**, Jena
	Dipl.-Jur. Sabine **Butters**, Jena
	Dana **Weber**, Jena
Westfalen-Lippe:	Ass. jur. Bertram **Koch**, Münster
	Ass. jur. Christoph **Kuhlmann**, Münster

Strategiekommission

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(1. Stv. Vorsitzende)*
- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(2. Stv. Vorsitzender)*

Geschäftsführung:
- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Ausschuss „Sucht und Drogen“

- Dr. med. Christoph **von Ascheraden**, St. Blasien *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Götz **Mundle**, Berlin
- Prof. Dr. med. Norbert **Scherbaum**, Essen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin

Ausschuss „Telematik“

- Dr. med. Franz-Joseph **Bartmann**, Bad Segeberg *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Dr. Hans-Jürgen **Bickmann**, Siegen
- Dr. med. Günther **van Dyk**, Hamburg
- Dr. med. Christiane **Groß**, Wuppertal
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
- Prof. Dr. med. Hildebrand **Kunath**, Dresden
- Dr. med. Sebastian **Roy**, Meiningen
- Dr. med. Wilfried **Schimanke**, Rostock

Geschäftsführung:
- Dipl.-Volksw. Norbert **Butz**, Berlin

Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern

- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

Baden-Württemberg:	Karin **Lübberstedt**, Stuttgart
Bayern:	Dr. med. Rudolf **Burger**, München
Berlin:	Michael **Hahn**, Berlin
Brandenburg:	Ass. jur. Herbert **Krahforst**, Berlin
Bremen:	PD Dr. jur. Heike **Delbanco**, Bremen
Hamburg:	Dr. med. Klaus **Beelmann**, Hamburg
Hessen:	Dr. med. Roland **Kaiser**, Frankfurt/Main
	Manuel **Maier**, Frankfurt/Main
Mecklenburg-Vorpommern:	Ass. jur. Frank Theodor **Loebbert**, Rostock
Niedersachsen:	Klaus **Labuhn**, Hannover
Nordrhein:	Dr. rer. pol. Wolfgang **Klitzsch**, Düsseldorf
	Prof. Dr. med. Susanne **Schwalen**, Düsseldorf
Rheinland-Pfalz:	Dr. med. Jürgen **Hoffart**, Mainz
Saarland:	Michael **Hoffmann**, Saarbrücken
	Ass. jur. Heinz-Jürgen **Lander**, Saarbrücken
Sachsen:	Ass. jur. Michael **Schulte Westenberg**, Dresden
Sachsen-Anhalt:	Dr. med. Rüdiger **Schöning**, Magdeburg
	Gisela **Schmidt**, Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Dr. med. Carsten **Leffmann**, Bad Segeberg
Thüringen:	Dr. med. Christiane **Becker**, Jena
	RA Helmut **Heck**, Jena
Westfalen-Lippe:	Dr. phil. Michael **Schwarzenau**, Münster

Gemeinsame Einrichtungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist eine gemeinsame, 1995 gegründete Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) mit Sitz in Berlin. Zweck des ÄZQ ist die Unterstützung der Trägerorganisationen bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Dabei kooperiert das ÄZQ mit in- und ausländischen Partnern.

Die Aufgabenschwerpunkte des ÄZQ betreffen folgende Bereiche:

– Entwicklung, Bewertung, Verbreitung von Leitlinien und Qualitätsindikatoren
– Förderung der Patientensicherheit
– Patientenbeteiligung/Patienteninformation
– Evidenzbasierte Medizin (EbM)
– Medizinisches Wissensmanagement

Verwaltungsrat:

Für die Bundesärztekammer:

- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin, Hamburg
- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin

für die Kassenärztliche Bundesvereinigung:

- Dr. med. Andreas **Köhler**, Berlin
- Dipl.-Med. Regina **Feldmann**, Berlin
- Dr. med. Andreas **Gassen**, Düsseldorf, Berlin

Vertreter:

- Dr. med. Annette **Rommel**, Weimar
- Dr. med. Stefan **Windau**, Leipzig, Berlin

Planungsgruppe:

Für die Bundesärztekammer:

- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster
- Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(Gast)*

für die Kassenärztliche Bundesvereinigung:

- Dr. med. Gunter **Hauptmann**, Göttingen *(Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Franziska **Diel**, MPH, Berlin
- Dr. med. Andreas **Gassen**, Düsseldorf, Berlin
- Dr. med. Andreas **Hellmann**, Augsburg

Vertreterin:

- Dr. med. Monika **Mund**, MPH, Berlin

Erweiterte Planungsgruppe:
Die Planungsgruppe zieht für Projekte, welche im Rahmen der Beziehungen zu anderen Organisationen von Bedeutung sind, zusätzlich Vertreter dieser Organisationen hinzu (= Erweiterte Planungsgruppe). Vor diesem Hintergrund wird für Abstimmungen und Entscheidungen im Rahmen des NVL-Programms die Planungsgruppe erweitert um den Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Prof. Dr. med. Karl Heinz **Rahn**, und die Vorsitzenden der Ständigen Kommission „Leitlinien" der AWMF, Prof. Dr. med. Rolf **Kreienberg** und Prof. Dr. med. Ina **Kopp**. Dieses Gremium entscheidet einstimmig.

Institutsleitung:
- Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter **Ollenschläger** *(Leiter des ÄZQ, Leitung Abteilung 1: „Evidenzbasierte Medizin, Patienteninformation, Wissensmanagement)*
- Dr. med. Christian **Thomeczek** *(Geschäftsführer im ÄZQ, Stv. Institutsleiter, Leitung Abteilung 2: „Patientensicherheit, Medizinische Qualität und Zentrale Dienste")*
- Dr. med. Susanne **Weinbrenner**, MPH *(bis 30.06.2012)*

Mitarbeiter des ÄZQ:
- Dr. oec. troph. Babette **Bürger**: Redaktion Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)
- Susann **Conrad**, Dipl.-Gesundheitswirtin: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 1
- Dr. med. Anja Katharina **Dippmann**, MScIH: Leitung des Bereichs „EbM I und Schnittstellenmanagement"
- Nathalie **Drumm**: Unterstützung der ÄZQ-Institutsleitung/Sekretariat
- Dr. med. Liat **Fishmann**: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 2
- Christina **Gunkel**, Dipl.-Pflegewirtin: Mitarbeiterin in Abteilung 2
- Mag. (pharm) Christine **Hahnenkamp**, MSc, Apothekerin: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilungen 1 und 2
- Carmen **Khan**, Ärztin: Leitung des Bereichs „EbM II
- Dipl.-Dok. Inga **König**: Leitung der Stabsstelle „Informationsvermittlungsstelle (IVS)"
- Dr. med. Julia **Köpp**, LL.M., MSc: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 1
- Dipl.-Gesundheitsökonomin Katharina **Koltermann**: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 1
- Lena **Mehrmann**, M.Sc.: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 2
- Angelina **Pekar**: Unterstützung der ÄZQ-Institutsleitung/Sekretariat
- Daniela **Renner**, MScN, MPH: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 2
- Dr. med. Julia **Rohe**, MPH: Leitung des Bereichs „Patientensicherheit"
- Dipl.-Des. Christiane **Rothe**, M.A.: Mitarbeiterin der Informationsvermittlungsstelle
- Dana **Rütters**: Mitarbeiterin der Informationsvermittlungsstelle
- Andrea Sanguino **Heinrich**, MPH, Ärztin: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 2
- Karsta **Sauder**, MoP: Assistentin der Institutsleitung, Leitung des Bereichs „DNEbM-Geschäftsstelle"
- Corinna **Schaefer** M.A.: Leitung des Bereichs Patientenbeteiligung/Patienteninformation"
- Dipl.-Dok. Jacqueline **Schirm**: Mitarbeiterin der Informationsvermittlungsstelle
- Dr. rer. medic. Sabine **Schwarz**, Diplom-Psychologin: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 1
- Svenja **Siegert**, Ärztin: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 1

- Dr. med. Beate **Weikert**: Wiss. Mitarbeiterin in Abteilung 1
- Martina **Westermann**: Leitung des ÄZQ-Sekretariats

Expertenkreise des ÄZQ

Expertenkreis der 2. Auflage NVL Asthma:
- Prof. Dr. med. Heinz Harald **Abholz**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Prof. Dr. med. Dietrich **Berdel**: *Gesellschaft für pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin und Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie*
- Prof. Dr. med. Roland **Buhl**: *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin*
- Prof. Dr. med. Jürgen **Fischer**: *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften*
- Prof. Dr. med. Monika **Gappa**: *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin*
- Prof. Dr. med. Franz **Kainer**: *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*
- Prof. Dr. med. Harald **Morr**: *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Prof. Dr. med. Dennis **Nowak**: *Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin*
- Dorothea **Pfeiffer-Kascha**: *Deutscher Verband für Physiotherapie*
- Dr. med. Konrad **Schultz**: *Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*
- Prof. Dr. med. Martin **Schulz**: *Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker*
- Prof. Dr. med. Dieter **Ukena**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. J. Christian **Virchow**: *Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie*
- Ingrid **Voigtmann**: *Deutscher Allergie- und Asthmabund*
- Prof. Dr. med. Heinrich **Worth**: *Deutsche Atemwegsliga*

Experten der NVL COPD:
- Prof. Dr. med. Heinz Harald **Abholz**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Elke **Alsdorf**: *Deutscher Allergie- und Asthmabund*
- Dr. med. Claudia **Bausewein**, PhD, MD, MSc: *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*
- Prof. Dr. med. Klaus **Dalhoff**: *Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. Jürgen **Fischer**: *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften*
- Dr. med. Elisabeth **Heister**: *Akademie für Ethik in der Medizin e. V.*
- Prof. Dr. med. Claus Peter **Heußel**: *Deutsche Röntgengesellschaft*
- Dr. med. Helmut **Frohnhofen**: *Deutsche Gesellschaft für Geriatrie*
- Dr. med Manfred **Gogol**: *Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*
- Dr. med. Hans-Jürgen **Heppner**: *Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*
- Andrea **Kaden**: *Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft*
- Prof. Dr. med. Hans-Ulrich **Kauczor**: *Deutsche Röntgengesellschaft*
- Jan **Kaufmann**: *Deutscher Verband für Physiotherapie*
- Dr. med. Gabriele **Lichti**: *Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*

- Dr. med. Wiebke **Nehls**: *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*
- Prof. Dr. med. Harald **Schäfer**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. Antonius **Schneider**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Dr. rer. nat. Susanne G. **Schorr**: *Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker*
- Dr. med. Konrad **Schultz**: *Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*
- Prof. Dr. rer. nat. Martin **Schulz**: *Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker*
- PD Dr. med. Alfred **Simon**: *Akademie für Ethik in der Medizin e. V.*
- Prof Dr. med Claus **Vogelmeier**: *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin*
- Prof. Dr. med Hubert **Wirtz**: *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Prof. Dr. med. Heinrich **Worth**: *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin*

Experten der NVL Typ-2-Diabetes
Steuergruppe der 2. Auflage der NVL Typ-2-Diabetes (Erstauflage veröffentlicht 2002):
- Prof. Dr. med. Ulrich A. **Müller**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. Heinz Harald **Abholz**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin*
- Prof. em. Dr. med. F. Arnold **Gries**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Dr. rer. medic. Nicola **Haller**: *Verband der Diabetes Beratungs- und Schulungsberufe*
- Prof. Dr. med. Rüdiger **Landgraf**: *Deutsche Diabetes Gesellschaft*

Arbeitsgruppe „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“:
- Prof. Dr. med. Heinz Harald **Abholz**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin*
- PD Dr. med. Björn **Ellger**: *Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin*
- Prof. em. Dr. med. F. Arnold **Gries**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Dr. rer. medic. Nicola **Haller**: *Verband der Diabetes Beratungs- und Schulungsberufe*
- Prof. Dr. med. Manfred **Haslbeck**: *Deutsche Diabetes Gesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Dr. med. Peter **Hübner**: *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften*
- PD Dr. med. Jutta **Keller**: *Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- Prof. Dr. med. Rüdiger **Landgraf**: *Deutsche Diabetes Gesellschaft*
- Prof. Dr. med. Peter **Layer**: *Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- Prof. Dr. med. Christoph **Maier**: *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes*
- Prof. Dr. med. Nikolaus **Marx**: *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie*
- Prof. Dr. med. Bernhard **Neundörfer**: *Deutsche Gesellschaft für Neurologie*
- Prof. Dr. med. Jürgen **Pannek**: *Deutsche Gesellschaft für Urologie*
- Prof. Dr. med. Hilmar **Prange**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. Bernd **Richter**: *Beteiligter Autor am Kapitel „Spezifische Maßnahmen bei sensomotorischer diabetischer Polyneuropathie“*

- Dr. med. Hannes **Rietzsch**: *Fachkommission Diabetes Sachsen*
- Prof. Dr. med. Joachim **Spranger**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. Stefan **Wilm**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Prof. Dr. med Dan **Ziegler**, FRCPE: *Deutsche Diabetes Gesellschaft/ Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*

Arbeitsgruppe „Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes"
- Prof. Dr. med. Heinz Harald **Abholz**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin*
- Dr. med. Günther **Egidi**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin*
- Dr. rer. medic. Nicola **Haller**: *Verband der Diabetes Beratungs- und Schulungsberufe*
- Prof. Dr. med. Rüdiger **Landgraf**: *Deutsche Diabetes Gesellschaft*
- Prof. Dr. med. Stephan **Matthaei**: *Deutsche Diabetes Gesellschaft*
- Prof. Dr. med. Ulrich A. **Müller**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Dr. med. Monika **Toeller-Suchan**: *Beteiligte Autorin am Kapitel „Ernährungstherapie"*

Arbeitsgruppe „Strukturierte Schulungsprogramme":
- Prof. Dr. med. Heinz Harald **Abholz**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin*
- Dr. rer. medic. Nicola **Haller**: *Verband der Diabetes Beratungs- und Schulungsberufe*
- Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard **Kulzer**: *Deutsche Diabetes-Gesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Prof. Dr. med. Rüdiger **Landgraf**: *Deutsche Diabetes Gesellschaft*
- Dr. rer. nat. Nicole **Müller**: *Deutsche Diabetes-Gesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Prof. Dr. med. Ulrich A. **Müller**: *Deutsche Diabetes-Gesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Dr. rer. nat. Uta **Müller**, MPH: *ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände*
- Dr. med. Ulrike **Rothe**: *Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer*
- Dr. med. habil. Hans-Joachim **Verlohren**: *Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer*

Experten der NVL Chronische KHK:
- PD Dr. med. Christian **Albus**: *Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin*
- Prof. Dr. med. Jörg **Barkhausen**: *Deutsche Röntgengesellschaft*
- Prof. Dr. med Frank **Bengel**: *Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin*
- Prof. Dr. med. Jochen **Cremer**: *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*
- Prof. Dr. med. Norbert **Donner-Banzhoff**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- PD Dr. med. Hilmar C. W. **Dörge** (Vertreter Prof. Zerkowski): *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*
- Prof. Dr. med. Volkmar **Falk**: *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*
- Prof. Dr. med. Eckart **Fleck**: *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung*

- Prof. Dr. med. Matthias **Gutberlet**: *Deutsche Röntgengesellschaft*
- Jörg **Haasenritter**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Prof. Dr. med. Christian **Hamm**: *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung*
- Prof. Dr. med. Christoph **Herrmann-Lingen**: *Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin*
- Prof. Dr. med. Eike **Hoberg**: *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V.*
- Dr. med. Claudius **Jacobshagen**: *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Dr. med. Christoph **Klein**: *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung*
- Prof. Dr. med. Ulrich **Laufs**: *Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft*
- PD Dr. med. Oliver **Lindner**: *Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin*
- Prof. Dr. med. Brigitte **Osswald**: *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*
- Prof. Dr. med. Bernhard **Schwaab**: *Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen*
- Prof. Dr. med. Sigmund **Silber**: *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung*
- Prof. Dr. med. Ulrich **Tebbe**: *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung*
- PD Dr. med. Matthias **Thielmann**: *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*
- Prof. Dr. med. Petra **Thürmann**: *Expertin für klinische Pharmakologie – ad personam*
- Prof. Dr. med. Armin **Welz**: *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*
- Prof. Dr. med. Karl **Werdan**: *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Dr. med. Hans **Wille**: *Experte für klinische Pharmakologie – ad personam*
- Prof. Dr. med. Hans-Reinhard **Zerkowski**: *Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie*

Experten NVL Kreuzschmerz:

- Dr. med. Bernhard **Arnold**: *Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin*
- Prof. Dr. med. Ralf **Baron**: *Deutsche Gesellschaft für Neurologie*
- Heike **Barth**: *Deutscher Verband der Ergotherapeuten*
- Prof. Dr. med. Annette **Becker**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Prof. Dr. med. Rudolf **Beisse**: *Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie*
- Eckhardt **Böhle**: *Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten*
- Prof. Dr. med. Klaus **Bohndorf**: *Deutsche Röntgengesellschaft*
- Dr. med. Silke **Brüggemann**, MSc: *Deutsche Rentenversicherung Bund*
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Kay **Brune**: *Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie*
- Prof. Dr. med. Jean-Francois **Chenot**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Heike **Fuhr**: *Deutscher Verband der Ergotherapeuten*

- Ludwig **Hammel**: *Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew*
- Dipl.-Psych. Timo **Harfst**: *Bundespsychotherapeutenkammer*
- Prof. Dr. phil. Monika **Hasenbring**: *Bundespsychotherapeutenkammer*
- Prof. Patience **Higman**, M.Sc., DipCOT: *Deutscher Verband der Ergotherapeuten*
- Prof. Dr. med. Jan **Hildebrandt**: *Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft*
- Prof. Dr. med. Christoph **Hopf**: *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie*
- Prof. Dr. med. Wilfried H. **Jäckel**: *Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie*
- PD Dr. med. Ralph **Kayser**: *Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin*
- Prof. Dr. med. Bernd **Kladny**: *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie*
- Dr. med. Andreas **Koch**: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*
- Prof. Dr. med. Volker **Köllner**: *Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin*
- Prof. Dr. med. Jürgen **Krämer**: *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie*
- Prof. Dr. med. Birgit **Kröner-Herwig**: *Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation*
- Dr. med. Jürgen **Kuhn**: *Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention*
- Dr. med. Gabriele **Lichti**: *Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*
- Dr. med. Hermann **Locher**: *Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin*
- Rainer **Maag**: *Deutsche Gesellschaft für Neurologie*
- Prof. Dr. med. Elisabeth **Märker-Hermann**: *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*
- Prof. Dr. med. Wilfried **Mau**: *Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*
- Prof. Dr. med. Thomas **Mokrusch**: *Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation*
- Prof. Dr. med. Dennis **Nowak**: *Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin*
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael **Pfingsten**: *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes*
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner H. **Raspe**: *Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin*
- PD Dr. med. Martin **Rudwaleit**: *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften*
- Dr. med. Erika **Schulte**: *Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin*
- Dr. med. Wilfried **Schupp**: *Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation*
- PD Dr. med. Karsten **Schwerdtfeger**: *Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie*
- Dusan **Tesic**: *Kassenärztliche Vereinigung Berlin*
- Prof. Dr. med. Christoph **Ulrich**: *Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie*

Mitglieder des Expertenkreises zur Überarbeitung von DELBI:
- Martin **Beyer**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Dr. med. Franziska **Diel**, MPH: *Kassenärztliche Bundesvereinigung*
- Corinna **Ernsting**: *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*

- Dr. med. Markus **Follmann**, MPH, MSc: *Deutsche Krebsgesellschaft*
- Sabine **Gruber**: *Gemeinsamer Bundesausschuss*
- Prof. Dr. med. Wilfried H. **Jäckel**: *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften*
- Prof. Dr. med. Ina **Kopp**: *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*
- Prof. Dr. med. Rolf **Kreienberg**: *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*
- Prof. Dr. phil. Gabriele **Meyer**: *Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Universität Witten-Herdecke*
- Dr. med. Monika **Mund**: *Kassenärztliche Bundesvereinigung*
- Alexandra **Nolting**, M.Sc: *Gemeinsamer Bundesausschuss*
- Dr. med. Monika **Nothacker**, MPH: *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*
- Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter **Ollenschläger**: *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin*
- PD Dr. med. Matthias **Perleth**, MPH: *Gemeinsamer Bundesausschuss*
- Dr. med. Alric **Rüther**: *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*
- Prof. Dr. med. Martin **Scherer**: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*
- Ulrich **Siering**: *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*

Expertenkreis Patientensicherheit:

- RAin Barbara **Berner**: *Kassenärztliche Bundesvereinigung (Vertreterin)*
- Prof. Dr. med Hartwig **Bauer**: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*
- PD Dr. med. Tom **Bschor**: *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*
- Ines **Chop**: *Bundesärztekammer (Vertreterin)*
- Prof. Dr. med. Dieter **Conen**: *Stiftung für Patientensicherheit Schweiz*
- Dr. med. Franziska **Diel**, MPH: *Kassenärztliche Bundesvereinigung*
- Prof. Dr. med. Axel **Ekkernkamp**: *Unfallkrankenhaus Berlin*
- Dr. pharm. Torsten **Hoppe-Tichy**: *Universitätsklinikum Heidelberg*
- Dr. med. Günther **Jonitz**: *Bundesärztekammer (Vorsitz des Expertenkreises)*
- Prof. Dr. med. Walter **Schaffartzik**: *Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern*
- RA Horst-Dieter **Schirmer**: *Kassenärztliche Bundesvereinigung*
- Ulrich **Smentkowski**: *Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler, Ärztekammer Nordrhein*
- Dr. phil. Amanda **van Vegten**: *Deventer, Niederlande*
- Prof. Dr. med. Johann Wilhelm **Weidringer**: *Bayerische Landesärztekammer*
- Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH: *Bundesärztekammer*

Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“

Mitglieder seitens der Bundesärztekammer:
- Dr. med. Franz-Joseph **Bartmann**, Bad Segeberg
- Dr. med. Max **Kaplan**, München
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen

Mitglieder seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:
- Regina **Feldmann**, Berlin
- Dr. med. Andreas **Köhler**, Berlin
- Dr. rer. nat. habil. Rupert **Pfandzelter**, Berlin
- Dr. jur. Thomas **Rompf**, Berlin

Geschäftsführung:
- Dr. med. Annette **Güntert**, Berlin

Vertreter der Bundesärztekammer in externen Gremien

Advisory Forum des European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC)

- Prof. Dr. med. Reinhard **Marre**, Ulm

Arbeitskreis „Blut“ beim Robert-Koch-Institut (Amtsperiode 2009 – 2012)

- Prof. Dr. med. Gregor **Bein**, Gießen
- Prof. Dr. med. Harald **Klüter**, Mannheim *(Stellvertreter)*

Beirat DIN NAMed, Normenausschuss Medizin

- Dr. med. Robert **Schäfer**, Düsseldorf *(Vorsitzender)*
- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Beirat für das Zentrum für Krebsregisterdaten

- Prof. Dr. med. Jörg **Michaelis**, Mainz

Bundesfachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation (Amtsperiode 2009 – 2013)

- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster

Expertenbeirat Influenza beim Robert-Koch-Institut

- Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin *(Mitglied)*
- Dr. med. Annegret **Schoeller**, Berlin *(Stv. Mitglied)*

Fachbeirat 3 „Gesundheit/Forensik“ des Akkreditierungsbeirates (AKB)

- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Fachbeirat „Sicherheitswirtschaft“ beim DIN

- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Unterausschuss Qualitätssicherung

- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
- Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Gendiagnostik-Kommission nach § 23 GenDG beim Robert-Koch-Institut (Amtsperiode 2009 – 2012)

- Prof. Dr. med. Peter **Propping**, Bonn *(Ständiger Gast)*
- Prof. Dr. med. Wolfgang **Vogt**, München *(Stv. Ständiger Gast)*

Gesundheitsforschungsrat beim BMBF (Amtsperiode 2009 – 2012)

- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**, München

Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS)

Gesellschafterversammlung:
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG)

- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin *(Kuratorium)*

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

Gesellschafterversammlung:
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin

Gesellschafterausschuss:
- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin
- Prof. Dr. med. Jan **Schulze**, Dresden
- Dr. med. Josef **Mischo**, Saarbrücken

Kuratorium des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeuten IFK zur Einführung eines Qualitätsmanagements für die Physiotherapiepraxen

- Dipl.-Päd. Rosemarie **Bristrup**, Berlin

Kuratorium „Health Technology Assessment“ (HTA) beim DIMDI

- Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin
- Dr. med. Hermann **Wetzel** M.Sc., Berlin

Präsidium des DIN – Deutsches Institut für Normung e. V.

- Dr. med. Günther **Jonitz**, Berlin

Sektorkomitee „Medizinische Laboratorien“ bei der ZLG

- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Deutsche Delegation: Teilnehmer 2012
- Prof. Dr. med. Frank-Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Vizepräsident CPME)*
- Dr. med. Klaus-Dieter **Wurche**, Bremen

- Angelika **Haus**, Köln *(Hartmannbund)*
- Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld *(Hartmannbund)*
- Dr. med. Michael **Vogt**, Berlin *(Hartmannbund)*
- Ruth **Wichmann**, Berlin *(Marburger Bund)*

- Dr. med. Ramin **Parsa-Parsi**, Berlin *(Delegationsleiter)*
- Corinna **Hartrampf**, Berlin
- Dr. rer. pol. Alexander **Jäkel**, Berlin
- Domen **Podnar**, Berlin
- RAin Annabel **Seebohm**, LL.M. (Auckland), Berlin

Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation (Amtsperiode 2010 – 2015)

- Prof. Dr. med. Christoph **Fuchs**, Brühl
- Prof. Dr. jur. Hans **Lilie**, Halle/Saale
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten **Vilmar**, Bremen *(Gast)*

Stiftung zur Förderung der Normung im Bereich der Medizin (SNMed)

- Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann**, Berlin

Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Vertreter der Ärzteschaft:
- Dr. med. Rudolf **Burger**, München
- Dipl.-Volksw. Donald **Horn**, Hamburg
- Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas**, Berlin
- Dr. med. Robert D. **Schäfer**, Düsseldorf

Stellvertreter der Ärzteschaft:
- Dr. med. Bernhard **Gibis**, Berlin
- Rüdiger **Vogt**, Neuburg/Donau

Vorstand der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Vertreter der Ärzteschaft:
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main

Stellvertreter der Ärzteschaft:
- Dr. med. Alfred **Möhrle**, Frankfurt/Main

Weltärztebund (WMA)

Deutsche Delegation: Teilnehmer der Generalversammlung 2012
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock
- Rudolf **Henke**, Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Frieder. **Hessenauer**, Mainz
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main

- Armin **Ehl**, Berlin (Marburger Bund)
- Dr. med. Klaus **Reinhardt**, Bielefeld (Hartmannbund)
- Dr. med. Michael **Vogt**, Berlin (Hartmannbund)
- Dr. med. Ramin **Parsa-Parsi**, Berlin
- Domen **Podnar**, Berlin
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen

Einrichtungen bei der Bundesärztekammer

Deutscher Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung

- Dr. med. Matthias **Wesser**, Jena
- Dr. med. Udo **Wolter**, Cottbus
- Dr. med. Andreas **Crusius**, Rostock

Mitglieder sind neben einigen persönlich benannten „Gründern“ zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Organisationen und Institutionen, die sich dem oben genannten Thema widmen, sowie Vertreter der Ministerien.

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer

- Dr. med. Max **Kaplan**, München *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin *(Stv. Vorsitzender)*

Mitglieder sind Vertreter von 40 Verbänden der Fachberufe im Gesundheitswesen.

Geschäftsführung:
- komm. Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH, Berlin

Pandemiebeauftragte der Landesärztekammern

- Dipl.-Med. Petra **Albrecht**, Dresden
- Brigitte **Bruns-Matthießen**, Bremen
- Dr. med. Rudolf **Burger**, München
- Dr. med. Holger **Dietze**, Rostock
- Dr. med. Reinhold **Hauser**, Stuttgart
- Dr. med. Günter **Hock**, Mainz
- Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Walter **Krannich**, Hannover
- Dr. med. Jörg **Kurt**, Saarbrücken
- Dr. med. Carsten **Leffmann**, Bad Segeberg
- Ursula **Liebeskind**, Jena
- Dr. med. Hannelore **Machnik**, Berkenthin
- Dr. med. Henning **Schaefer**, Berlin
- Dr. med. Rüdiger **Schöning**, Magdeburg
- Prof. Dr. med. Susanne **Schwalen**, Düsseldorf
- Dr. med. Volkmar **Skerra**, Schwielowsee
- Dr. med. Markus **Wenning**, Münster

Ständige Gäste:
- Dr. med. Jörn **Knöpnadel**, Berlin
- Dr. med. Paul **Rheinberger**, Berlin

Geschäftsführung:
Dr. med. Annegret **Schoeller**, Berlin

Patientenforum

Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG)
- Dr. jur. Martin **Danner**, Düsseldorf
- Hannelore **Loskill**, Düsseldorf

Deutscher Diabetiker Bund e. V.
- Manfred **Flore**, Kassel

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BapK)
- Leonore **Julius**, Bonn

ACHSE e. V. – Allianz chronischer seltener Erkrankungen
- Ass. jur. Christoph **Nachtigäller**, Berlin

Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen
- Brigitte **Overbeck-Schulte**, Kerpen
- Hilde **Schulte**, Bonn
- Achim **Weber**, Berlin

Deutsche Rheuma-Liga, Bundesverband e. V.
- Borgi **Winkler-Rohlfing**, Wuppertal

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Ursula **Helms**, Berlin
- Dr. med. Jutta **Hundertmark-Mayser**, Berlin

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter **Ollenschläger**, Berlin
- Corinna **Schaefer**, Berlin
- Dr. rer. medic. Sabine **Schwarz**, Berlin

Bundesärztekammer
- Dr. med. Martina **Wenker**, Hannover *(Vorsitzende)*
- Dipl.-Ing. Karin **Brösicke**, Berlin
- Dipl.-Volksw. Norbert **Butz**, Berlin
- Ines **Chop**, Berlin
- Alexander **Dückers**, Berlin
- Dr. oec. troph. Esther **Freese**, Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Klaus **Balke**, Berlin
- Dr. med. Adela **Litschel**, Berlin
- Regina **Feldmann**, Berlin

Geschäftsführung:
- Dr. med. Justina **Rozeboom**, Berlin

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (3. Amtsperiode 2009 – 2013)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) wird gemeinsam von der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten (BPtK) und der Bundesärztekammer getragen. Der Beirat erstellt insbesondere Gutachten, wenn die Approbationsbehörden der Länder nach PsychThG Zweifel an der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens haben. An den WBP können auch von den Fachkreisen Anträge zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit von Verfahren und Methoden der Psychotherapie gestellt werden.

von der Bundesärztekammer entsandte Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Manfred **Cierpka**, Heidelberg *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. med. Gereon **Heuft**, Münster
- Prof. Dr. med. Ulrike **Lehmkuhl**, Berlin
- Prof. Dr. med. Klaus **Lieb**, Mainz
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael **Linden**, Teltow
- Prof. Dr. med. Renate **Schepker**, Ravensburg

von der Bundesärztekammer entsandte stv. Mitglieder:
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred **Beutel**, Mainz
- Prof. Dr. med. Harald-Jürgen **Freyberger**, Greifswald
- Prof. Dr. med. Wolfgang **Herzog**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Gerd **Schulte-Körne**, München
- Prof. Dr. med. Ulrich **Schweiger**, Lübeck
- Prof. Dr. med. Kai von **Klitzing**, Leipzig

von der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten entsandte Mitglieder:
- Prof. Dr. phil. Günter **Esser**, Potsdam *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. rer. nat. Thomas **Fydrich**, Berlin
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Siegfried **Gauggel**, Aachen
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Nina **Heinrichs**, Bielefeld
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Falk **Leichsenring**, Gießen
- Prof. Dr. phil. habil. Bernhard **Strauß**, Jena

von der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten entsandte stv. Mitglieder:
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter **Reich**, Göttingen
- Prof. Dr. phil. Hertha **Richter-Appelt**, Hamburg
- Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Jochen **Schweitzer-Rothers**, Heidelberg
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Kirsten **von Sydow**, Hamburg

- Prof. Dr. phil. Ulrike **Willutzki**, Bochum
- Dr. phil. Eberhard **Windaus**, Frankfurt/Main

Vorstandsbeauftragte der Bundesärztekammer für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie:
- Dr. med. Cornelia **Goesmann**, Hannover

Vorstandsbeauftragter der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten:
- Prof. Dr. phil. Rainer **Richter**, Berlin

Geschäftsführung:
Die Geschäftsführung liegt gemäß der ergänzenden Vereinbarung vom 17.03.2009 (rückwirkend zum 01.01.2009) zwischen der Bundesärztekammer und der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten während der 3. Amtsperiode bei der Bundesärztekammer.

Zuständig in der Bundesärztekammer:
Dezernat 6 – Wissenschaft und Forschung

Arbeitsgruppe „Forschungsförderung“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

- Prof. Dr. phil. habil. Bernhard **Strauß**, Jena *(Federführender)*
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred **Beutel**, Mainz
- Prof. Dr. med. Manfred **Cierpka**, Heidelberg
- Prof. Dr. med. Harald-Jürgen **Freyberger**, Greifswald
- Prof. Dr. med. Ulrike **Lehmkuhl**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Falk **Leichsenring**, Gießen
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael **Linden**, Teltow
- Prof. Dr. phil. Hertha **Richter-Appelt**, Hamburg
- Dr. phil. Eberhard **Windaus**, Frankfurt/Main

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Gutachtenantrag Gestalttherapie“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Siegfried **Gauggel**, Aachen *(Federführender)*
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Nina **Heinrichs**, Bielefeld
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Falk **Leichsenring**, Gießen
- Prof. Dr. med. Ulrich **Schweiger**, Lübeck
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Kirsten **von Sydow**, Hamburg

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Arbeitsgruppe „Operationalisierung der Verfahren“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred **Beutel**, Mainz
- Prof. Dr. med. Manfred **Cierpka**, Heidelberg *(Federführender)*
- Prof. Dr. phil. Jochen **Eckert**, Hamburg
- Prof. Dr. phil. Günter **Esser**, Potsdam
- Prof. Dr. rer. nat. Thomas **Fydrich**, Berlin
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Nina **Heinrichs**, Bielefeld
- Prof. Dr. med. Klaus **Lieb**, Mainz
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael **Linden**, Teltow
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter **Reich**, Göttingen
- Prof. Dr. phil. Hertha **Richter-Appelt**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Ulrich **Schweiger**, Lübeck
- Prof. Dr. phil. habil. Bernhard **Strauß**, Jena
- Prof. Dr. med. Kai **von Klitzing**, Leipzig
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Kirsten **von Sydow**, Hamburg

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Gem. Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie und des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Prof. Dr. med. Manfred **Cierpka**, Heidelberg *(Federführender)*
- Prof. Dr. phil. Günter **Esser**, Potsdam
- Prof. Dr. rer. nat. Thomas **Fydrich**, Berlin
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Siegfried **Gauggel**, Aachen
- Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Nina **Heinrichs**, Bielefeld
- Prof. Dr. med. Klaus **Lieb**, Mainz
- Prof. Dr. med. Ulrich **Schweiger**, Lübeck
- Prof. Dr. med. Kai von **Klitzing**, Leipzig

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Jour fixe der Bundesärztekammer mit dem Sprecherrat der Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände

Leitung:
Beauftragte des Vorstands der Bundesärztekammer für Fragen der ärztlichen Psychotherapie:
- Dr. med. Cornelia **Goesmann**, Hannover
- Dr. med. Christoph **von Ascheraden**, St. Blasien

Sprecherrat:
- Prof. Dr. med. Sabine C. **Herpertz**, Heidelberg *(Sprecherin)*
- Prof. Dr. med. Johannes **Kruse**, Gießen *(Sprecher)*
- Dr. med. Gabriele **Friedrich-Meyer**, Bonn
- Dr. med. Christa **Roth-Sackenheim**, Andernach
- Dr. med. Christa **Schaff**, Weil der Stadt

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)
(6. Amtsperiode Juli 2010 – Juni 2013)

Vorstandsmitglieder:
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen *(Vorsitzender)*
- Prof. Dr. jur. Jochen **Taupitz**, Mannheim *(Stv. Vorsitzender)*
- Prof. Dr. theol. Peter **Dabrock**, Erlangen-Nürnberg
- Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid **Graumann**, Bochum
- Prof. Dr. med. Wolfram **Henn**, Homburg

Weitere Mitglieder:
- Prof. Dr. phil. Dieter **Birnbacher**, Düsseldorf
- Prof. Dr. theol. Franz-Josef **Bormann**, M.A., Tübingen
- Prof. Dr. jur. Friedhelm **Hufen**, Mainz
- PD Dr. med. Dipl.-Soz. Tanja **Krones**, Zürich/CH
- Dr. phil. Dirk **Lanzerath**, Bonn
- Prof. Dr. jur. Volker **Lipp**, Göttingen
- Prof. Dr. rer. pol. Rolf **Rosenbrock**, Berlin
- Prof. Dr. med. Rita-Katharina **Schmutzler**, Köln
- Dr. med. Josef **Schuster**, Würzburg
- Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Matthias **Volkenandt**, Hamburg
- Prof. Dr. med. Claudia **Wiesemann**, Göttingen

Ständiger Gast:
- Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Berlin

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

ZEKO-Arbeitskreis „Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie“

- Prof. Dr. phil. Dieter **Birnbacher**, Düsseldorf *(Federführender)*
- Prof. Dr. theol. Peter **Dabrock**, Erlangen-Nürnberg
- Dr. phil. Dirk **Lanzerath**, Bonn
- Prof. Dr. med. Rita-Katharina **Schmutzler**, Köln

- Prof. Dr. jur. Jochen **Taupitz**, Mannheim
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban **Wiesing**, Tübingen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

ZEKO-Arbeitskreis „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“

- Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Matthias **Volkenandt**, Hamburg *(Federführender)*
- Prof. Dr. phil. Dieter **Birnbacher**, Düsseldorf
- Prof. Dr. theol. Franz-Josef **Bormann**, Tübingen
- Prof. Dr. jur. Friedhelm **Hufen**, Mainz
- Prof. Dr. rer. pol. Rolf **Rosenbrock**, Berlin
- Prof. Dr. med. Rita-Katharina **Schmutzler**, Köln

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

ZEKO-Arbeitskreis „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“

- PD Dr. med. Dipl.-Soz. Tanja **Krones**, Zürich/CH *(Federführende)*
- Prof. Dr. theol. Franz-Josef **Bormann**, M.A., Tübingen
- Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid **Graumann**, Bochum
- Prof. Dr. med. Wolfram **Henn**, Homburg
- Prof. Dr. rer. pol. Rolf **Rosenbrock**, Berlin
- Prof. Dr. med. Claudia **Wiesemann**, Göttingen

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

ZEKO-Arbeitskreis „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“

- Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid **Graumann**, Bochum *(Federführende)*
- PD Dr. med. Dipl.-Soz. Tanja **Krones**, Zürich/CH
- Prof. Dr. jur. Volker **Lipp**, Göttingen
- Prof. Dr. jur. Jochen **Taupitz**, Mannheim

Geschäftsführung:
- Dr. med. Gert **Schomburg**, Berlin

Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer

Vertreter der Bundesärztekammer:
- Dr. med. Theodor **Windhorst**, Münster *(Vorsitzender)*
- Dr. med. Gottfried **von Knoblauch zu Hatzbach**, Frankfurt/Main *(Stv. Vorsitzender)*
- Dr. med. Alfred **Möhrle**, Frankfurt/Main
- Dr. med. Klaus **Ottmann**, München

Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit:
- Reg.-Dir. Dr. med. Horst **Stiel**, Bonn

Vertreter des Bundesministeriums des Inneren:
- Oberregierungsrat Andreas **Schnitzler**, Mainz

Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung:
- Jürgen **Miebach**, Köln

Geschäftsführung:
- komm. Dr. med. Bernhard **Rochell**, Berlin

13.4.3 Organisationsstruktur der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle der Bundesärztekammer gliedert sich in die Bereiche Hauptgeschäftsführung (mit den Referaten Stabsstelle, Informationsmanagement, Parlaments- und Regierungskontakte, Brüsseler Büro und Auslandsdienst), das Büro des Präsidenten, die Rechtsabteilung und die Pressestelle. Neben den acht Dezernaten werden noch gemeinsame Einrichtungen mit der KBV betrieben (siehe Organigramm S. 610). In der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer sind 108 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

Geschäftsführung der Bundesärztekammer

Hauptgeschäftsführer	Dr. med. Bernhard **Rochell**
Stv. Hauptgeschäftsführer/in	Dipl.-Volksw. Rainer **Raabe**
Stabsstelle	Dr. oec. troph. Esther **Freese** *(Referentin)*
Informationsmanagement	Dr. oec. Cathrin **Becker** *(Referentin)*
Parlaments- und Regierungskontakte	Dipl. Sozialw. Karla **Göbel** *(Referentin)*
Brüsseler Büro	komm. Dipl. Sozialw. Karla **Göbel** *(Referentin)*
Auslandsdienst	Dr. med. Ramin **Parsa-Parsi** *(Dezernent)* Dr. rer. pol. Alexander **Jäkel** *(Referent)* Dipl.-Pol. Domen **Podnar** *(Referent)*
Referentin des Präsidenten	Elke **Böthin** M.A. *(Referentin)*
Rechtsabteilung	Dr. jur. Marlis **Hübner** *(Dezernentin)* RA Dr. jur. Bert-Sebastian **Dörfer** *(Referent)* Ass. jur. Anja **Lehmann** *(Referentin)* RAin Annabel **Seebohm** LL.M. (Auckland) *(Referentin)*
Pressestelle	Alexander **Dückers** *(Dezernent)* Lars **Friebel** M.A. *(Referent)* Samir **Rabbata** *(Referent)*
Dezernat 1	Dr. med. Justina **Rozeboom** *(Dezernentin)* Dr. rer. medic. Wilfried **Kunstmann** *(Bereichsleiter)* Dipl.-Ing. (FH) Karin **Brösicke** *(Referentin)*
Dezernat 2	Dr. med. Annette **Güntert** *(Dezernentin)* Dr. med. Kerstin **Hoeft** *(Referentin)* Dr. rer. nat. Claire **Roether** B.A., M.Sc. *(Referentin)*
Dezernat 3	Dr. rer. nat. Ulrich **Zorn**, MPH *(Bereichsleiter, komm. Dezernent)* Dipl.-Päd. Rosemarie **Bristrup** *(Bereichsleiterin)* Dr. med. Oliver **Boy** *(Referent)*

	Dipl. rer. soc. Manfred **Brüggemann** *(Referent)* Ines **Chop** *(Referentin)*
Dezernat 4	Dr. med. Bernhard **Rochell** *(komm. Dezernent)* Britta **Susen** *(Bereichsleiterin, komm. stv. Dezernentin)* Alexander **Golfier**, MBA *(Referent)* Dr. med. Hermann **Wetzel**, M.Sc. *(Referent)*
Dezernat 5	Dr. rer. oec. Hans-Jürgen **Maas** *(Dezernent)* Dr. med. Annegret **Schoeller** *(Bereichsleiterin)* Markus **Rudolphi** *(Referent)*
Dezernat 6	Dr. med. Gert **Schomburg** *(Dezernent)* Dr. rer. medic. Claus-D. **Middel** M.A., MPH *(Bereichsleiter)* Dipl.-Soz.Wiss. Judith **Berger** *(Referentin)* Dr. sc. hum. Silvia **Funke** *(Referentin)* Ulrike **Pantzer** *(Referentin)* Dr. med. Wiebke **Pühler** *(Referentin)* Dipl.-Ges. oec. (FH) Leonie **Ruhmann** *(Referentin)*
Dezernat 7	Dipl.-Volksw. Rainer **Raabe** *(Dezernent)* Dipl.-Ök. Bernd **Zielesch** *(Bereichsleiter)* Dipl.-Ing. Maik **Heckerott** *(Referent)* Dipl. med.-Inf. Martin **Stei** *(Referent)*
Dezernat Telematik	Dipl.-Volksw. Norbert **Butz** *(Dezernent)* Dipl.-Volksw. Jürgen **Albert** *(Referent)* Dr. med. Dipl.-Inform. Georgios **Raptis** *(Referent)* Dr. med. Johannes **Schenkel**, MPH *(Referent)* Dipl.-Ing. Dirk **Schladweiler** *(Referent)*

Gemeinsame Einrichtungen mit der KBV:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Dr. med. Katrin **Bräutigam** *(Geschäftsführerin)*
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter **Ollenschläger** *(Geschäftsführer)*
Referat Statistik	Dr. rer. pol. Thomas **Kopetsch** *(Abteilungsleiter)*

Organigramm der Bundesärztekammer

Stand: 31. Dezember 2012

Gemeinsame Einrichtungen mit der KBV

Geschäftsstelle Arzneimittelkommission
Dr. Katrin Bräutigam,
Telefon: 030/400456-501

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger,
Telefon: 030/4005-2500

Statistik
Dr. rer. pol. Thomas Kopetsch,
Telefon: 030/4005-1411

Vorstand

Präsident: **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**
Telefon: 030/400456-350

Persönliche Referentin:
Elke Böthin M.A.
Telefon: 030/400456-351

Vizepräsidentin: **Dr. Martina Wenker**
Telefon: 030/400456-356

Vizepräsident: **Dr. Max Kaplan**
Telefon: 030/400456-357

Pressestelle

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Ständige Konferenz „Öffentlichkeitsarbeit"
Bündnis Gesundheit 2000
Koalition gegen den Schönheitswahn
Alexander Dückers (Pressesprecher)
Telefon: 030/400456-700
Samir Rabatta (stellv. Pressesprecher)
Telefon: 030/400456-703
Lars Friebel M.A.
Telefon: 030/400456-704

Rechtsabteilung

Rechtsberatung der Gremien der BÄK, u. a. Berufsordnung, Gutachter- und Schlichtungsstellen
Medizinisch-juristische Grundsatzfragen
Dr. jur. Marlis Hübner
Telefon: 030/400456-724
RA Dr. jur. Bert-Sebastian Dörfer
Telefon: 030/400456-727
Ass. jur. Anja Lehmann, Telefon: 030/400456-448
Ass. jur. Annabel Seebohm, LL.M. (Auckland)
Telefon: 030/400456-726

Auslandsdienst

Dr. Ramin Parsa-Parsi, MPH
Telefon: 030/400456-360

Dr. rer. pol. Alexander Jäkel M.A.
Telefon: 030/400456-369

Dipl.-Pol. Domen Podnar
Telefon: 030/400456-363

Stabsstelle

Leitung des Büros der Hauptgeschäftsführung
Vorstandsangelegenheiten

Dr. oec. troph. Esther Freese
Telefon: 030/400456-409

Parlaments- und Regierungskontakte

Politische Kommunikation
Monitoring
Information

Dipl.-Sozialw. Karla Göbel
Telefon: 030/400456-358

Brüsseler Büro

Politische Kommunikation mit Institutionen der EU
Monitoring
Information

Dipl.-Sozialw. Karla Göbel
(kommissarisch)
Tel.: 00322/2801817

Informationsmanagement

Persönliche Referentin HGF
Organisation Dt. Ärztetag
SKO Geschäftsführer
Dokumentation/ Zentralarchiv

Dr. oec. Cathrin Becker
Telefon: 030/400456-405

Dezernat Telematik

E-Health, Telemedizin, Elektronischer Arztausweis
Dipl.-Volkw. Norbert Butz Telefon: 030/400456-300
Dr. Johannes Schenkel, MPH Telefon: 030/400456-305

Projektbüro Elektronischer Arztausweis
Dipl.-Ing. Dirk Schladweiler Telefon: 030/400456-307
Dipl.-Volksw. Jürgen Albert Telefon: 030/400456-303
Dr. Georgios Raptis, Dipl.-Inform. Telefon: 030/400456-304

Hauptgeschäftsführung

Hauptgeschäftsführer: **Dr. Bernhard Rochell**
Telefon: 030/400456-400

Stellvertreter: **Dipl.-Volksw. Rainer Raabe**
Telefon: 030/400456-470

Dezernat 1

Ärztliche Fortbildung
Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung
Gesundheitsförderung
Prävention
Public Health
Familienmedizin
Sucht und Drogen
Gesundheit und Umwelt

Dr. Justina Rozeboom
Telefon: 030/400456-410

Dipl.-Ing. Karin Brösicke
Telefon: 030/400456-416

Dr. rer. medic.
Wilfried Kunstmann
Telefon: 030/400456-413

Dezernat 2

Ärztliche Ausbildung
Hochschulen und Medizinische Fakultäten
Ärztliche Weiterbildung (Inland/Ausland)
Notfallmedizin
Katastrophenmedizin
Sanitätswesen in der Bundeswehr
Verkehrsmedizin

Dr. Annette Güntert
Telefon: 030/400456-420

Dr. Kerstin Hoeft
Telefon: 030/400456-423

Dr. rer. nat. Claire Roether
Telefon: 030/400456-425

Dezernat 3

Qualitätssicherung
Health Technology Assessment (HTA)
Evidenzbasierte Medizin
Patientensicherheit
Medizinprodukte
Normung
Ärztl. Versorgungswerke
Fachberufe im Gesundheitswesen
Medizinische Fachangestellte

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn
(Kommissarische Leitung)
Telefon: 030/400456-433

Dr. Oliver Boy M.A.
Telefon: 030/400456-449

Dipl.-Päd. Rosemarie Bristrup
Telefon: 030/400456-434

Dipl. rer. soc. Manfred Brüggemann
Telefon: 030/400456-436

Ines Chop
Telefon: 030/400456-437

Dezernat 4

Gebührenordnung
Honorarfragen
Private Krankenversicherung
Ambulante Versorgung
Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin
Deutsche Akademie für Gebietsärzte

Dr. Bernhard Rochell
(Kommissarische Leitung)
Telefon: 030/400456-400

Dipl.-Ök. Britta Susen
(Stv. Kommissarische Leitung)
Telefon: 030/400456-440

Alexander Golfier, MBA
Telefon: 030/400456-446

Dr. Hermann Wetzel
Telefon: 030/400456-443

Dezernat 5

Krankenhaus
Betriebsärztl. Versorgung
Öffentlicher Gesundheitsdienst
Pandemie-Planung
Rehabilitation
Gesetzliche Krankenversicherung
Gesetzliche Unfallversicherung

Dr. rer. oec. Hans-Jürgen Maas
Telefon: 030/400456-450

Markus Rudolphi
Telefon: 030/400456-454

Dr. Annegret Schoeller
Telefon: 030/400456-452

Dezernat 6

Wissenschaftlicher Beirat Förderinitiative Versorgungsforschung
Ständige Kommission Organtransplantation
Prüfungskommission Überwachungskommission
Zentrale Ethikkommission
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
SKO Ethikkommissionen LÄK

Dr. Gert Schomburg
Telefon: 030/400456-460

Dipl.-Soz.Wiss. Judith Berger
Telefon: 030/400456-469

Dr. sc. hum. Silvia Funke
Telefon: 030/400456-862

Dr. rer. medic. Claus-D. Middel
Telefon: 030/400456-464

Ulrike Pantzer
Telefon: 030/400456-465

Dr. Wiebke Pühler
Telefon: 030/400456-466

Dipl.-Ges. oec. (FH)
Leonie Ruhmann
Telefon: 030/400456-468

Dezernat 7

Personal
Finanzwesen
Informationstechnologie
Mitarbeiterfortbildung
Organisation/ Zentrale Dienste

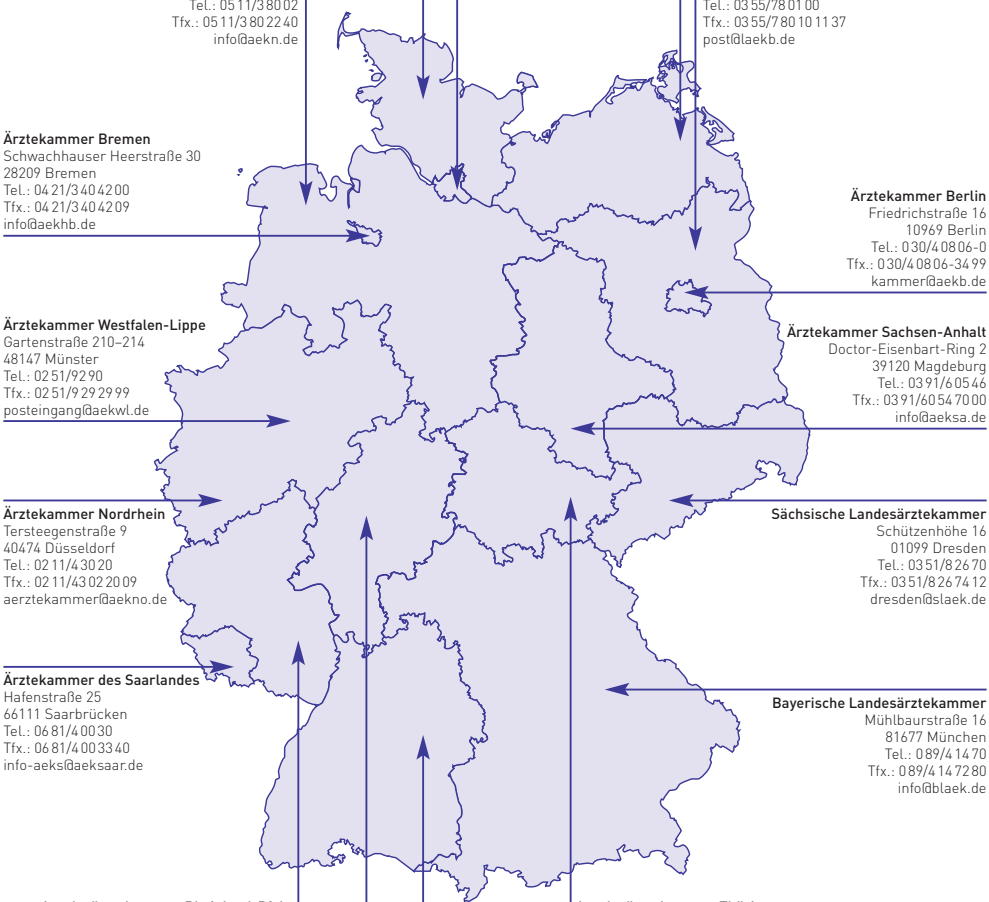
Dipl.-Volksw. Rainer Raabe
Telefon: 030/400456-470

Dipl.-Ing. Maik Heckerott
Telefon: 030/400456-489

Dipl.med-Inf. Martin Stei
Telefon: 030/400456-488

Dipl.-Ök. Bernd Zielesch
Telefon: 030/400456-474

13.5 Adressen der Landesärztekammern



Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8–12
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/8030
Tfx.: 04551/803188
info@aeksh.org

Ärztekammer Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel.: 040/202299 0
Tfx.: 040/202299400
post@aekhh.de

Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
August-Bebel-Straße 9a
18055 Rostock
Tel.: 0381/492800
Tfx.: 0381/4928080
info@aek-mv.de

Ärztekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20
30175 Hannover
Tel.: 0511/38002
Tfx.: 0511/3802240
info@aekn.de

Landesärztekammer Brandenburg
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus
Tel.: 0355/780100
Tfx.: 0355/7801011 37
post@laekb.de

Ärztekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen
Tel.: 0421/3404200
Tfx.: 0421/3404209
info@aekhb.de

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16
10969 Berlin
Tel.: 030/40806-0
Tfx.: 030/40806-3499
kammer@aekb.de

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210–214
48147 Münster
Tel.: 0251/9290
Tfx.: 0251/9292999
posteingang@aekwl.de

Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel.: 0391/60546
Tfx.: 0391/6054700 0
info@aeksa.de

Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/4302 0
Tfx.: 0211/4302 20 09
aerztekammer@aekno.de

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Tel.: 0351/82670
Tfx.: 0351/8267412
dresden@slaek.de

Ärztekammer des Saarlandes
Hafenstraße 25
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681/400 30
Tfx.: 0681/400 33 40
info-aeks@aeksaar.de

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbaurstraße 16
81677 München
Tel.: 089/414 70
Tfx.: 089/414 72 80
info@blaek.de

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3
55116 Mainz
Tel.: 06131/288220
Tfx.: 06131/2882288
kammer@laek-rlp.de

Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena-Maua
Tel.: 03641/6140
Tfx.: 03641/614169
verwaltung@laek-thueringen.de

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt
Tel.: 069/976720
Tfx.: 069/97672128
info@laekh.de

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Jahnstraße 40
70597 Stuttgart
Tel.: 0711/769890
Tfx.: 0711/7698950
info@laek-bw.de

Stichwortregister

A

Abrechnungsempfehlungen 381f., 384
Abrechnung betriebsärztlicher Leistungen 192ff.
Abschlussprüfungen 389f.
Akademisierung der Gesundheitsfachberufe 85f., 400
Akkreditierung 273f.
Aktion Saubere Hände 243
Aktionsbündnis
– Patientensicherheit 240, 243, 288f.
– Seelische Gesundheit 323f.
Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit 243, 344ff.
Allgemein-/Praktische Ärzte 137ff.
Allgemeinmedizin 26f., 112, 135ff., 141
– Förderprogramm 141
– Quereinstieg 92
– statistische Entwicklung 137ff.
Allokationsauffälligkeiten 294, 302ff., 420
Allokationsrichtlinien 297f.
Allokationsverstöße 303
Altersstruktur Ärzte 127, 129, 139f., 200f., 470ff.
Altersversorgung
– Ärzte 445ff.
– Praxispersonal 408f.
Ambulante hausärztliche Versorgung 498
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung 420
Ambulante Versorgung 133ff., 393
Ambulante Weiterbildung 91f., 133f., 142, 507
Amtliche Gebührenordnung für Ärzte → GOÄ
Anästhesietechnische Assistenten 404
Anerkennung 96, 131, 397f.
– der Weiterbildung in Europa 96, 119ff.
– fachärztlicher Weiterbildung 92, 96ff.
– im Ausland erworbener Berufsqualifikationen 99f., 119, 397f., 518
– von Berufsqualifikationen 63, 96, 114ff.
– von Facharztbezeichnungen 131, 478ff.
– von Fortbildungsmaßnahmen 65, 108
Anerkennungsgesetz 99f., 119, 121, 226
Anerkennungsverfahren 397
Anordnungsbefugnis 26
Antragskommission DÄT 513
Apothekenbetriebsordnung 31
Approbationsentzug 70, 419, 422
Approbationsordnung 13, 15, 26ff., 77f., 80, 84
Apps im Gesundheitswesen 371f.
ÄQSI 276
AQUA-Institut 254, 268f.
Arbeitsbedingungen 159, 408
Arbeitslosenquote 130
Arbeitsmarkt 389ff.
Arbeitsmedizin 183ff., 324, 512
Arbeitsmedizinische Fachkunde 198ff.
Arbeitsmedizinische Vorsorge 197
Arbeitsplatz im Krankenhaus, ärztlicher 514
Arbeitsschutz 49, 189f., 361
Arbeitssicherheitsgesetz 183
Arbeitsverhältnisse, tarifbasierte 408
Arbeitszeiten 414, 522
Arznei- und Heilmittelbudget 510
Arzneibehandlung 348
Arzneimittel 57
– biomedizinische 343
– neue 338
– verschreibungspflichtige 48f.
Arzneimittelbewertung 108, 348
Arzneimittelgesetz 220f., 359f., 510
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) 333ff.
Arzneimittelkosten 339
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 339f.
Arzneimittelpolitik 347
Arzneimittelrecht 24ff., 221f.
Arzneimittelrisiken 344
Arzneimittelsicherheit 336, 342f., 346
Arzneimittelstudien 329
Arzneimitteltherapie 336, 339, 346
Arzneimitteltherapiesicherheit 243, 344ff., 365
Arzneimittelverordnung 348
Arzneiverordnung in der Praxis (AVP) 334
Arzneiverordnungen 337
Arzt-Patienten-Kommunikation 82f.
Arztausweis, elektronischer 372ff.
Arztbewertungsportale 287
Arztbibliothek 290ff.
Ärzte (Statistik) 123ff., 137ff., 229ff., 452ff.
– Abwanderung 132
– Allgemeinmedizin 137ff.

– ambulant tätige 129f., 139ff.
– Ärztinnen 126f., 462ff., 472f.
– Altersstruktur 128, 140, 200, 470ff.
– Arbeitsmedizinische Fachkunde 198ff.
– ausländische 131f., 480f.
– berufstätige 124ff., 470
– im ambulanten Bereich angestellte 130
– im Krankenhaus tätige 127ff., 474f.
– im öffentlichen Dienst 208
– nach Bezeichnung 454ff.
– nach Gebietsbezeichnung 470, 472
– nach Landesärztekammern 453ff.
– niedergelassene 140, 476f.
– ohne ärztliche Tätigkeit 129f.
Ärzteemigration 65
Ärztemangel 85, 92, 159f.
Arzthelferin 390, 406
Ärztliche Ausbildung 77ff.
Ärztliche Berufsausübung 217ff.
Ärztliche Berufsordnung 224ff.
Ärztliche Fortbildung 101ff.
Ärztliche Führung 262
Ärztliche Honorierung 379ff.
Ärztliche Sichtung 213f.
Ärztliche Stellen 270
Ärztliche Versorgung 123ff., 452
Ärztliche Weiterbildung 87ff.
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst 213
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 265f., 277ff.
Arztparkplatz 523
Arzt-Patienten-Kommunikation 82
Arztvorbehalt 207, 405
Arztzahlen → Ärztestatistik
Assistierter Suizid → Sterbehilfe
Assistenzberufe 400
Assistenzpflegebedarf 181f.
Assistenzpflegebedarfsgesetz 34
Ästhetische Chirurgie 218
Asylbewerber 519
Atomunfälle 361
Aufgabenpool 396f.
Aufstiegsfortbildung 395f.
Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation 389ff.
Ausbildungskapazitäten 81
Ausbildungspauschale 28
Ausbildungsregelung für OTA/ATA 404
Ausbildungsstruktur zum PP und KJP 323
Ausbildungsvergütungen 406
Ausbildungsverhältnisse 390
Ausbildungsverordnung 392
Ausländer o. legalen Aufenthaltsstatus 73
Auslandsbehandlungen 55
Ausschuss
– für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim BMAS 203
– für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) 204
Ausschüsse und Ständige Konferenzen der Bundesärztekammer 531ff.
Auszeichnungen der BÄK 526

B

Bachelor 84
Base-Rate-Empfehlungen 159
Beauftragter für Menschenrechte 73
Bedarfsplanung 17, 169f.
Bedarfsplanungs-Richtlinie 134, 320
Befähigungsnachweise 119, 121
Begutachtung
– externe 250
– psychisch reaktiver Traumafolgen 105f., 518
Begutachtungsanträge 230
Behandlungen o. Krankheitsbezug 218
Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte 402
Behandlungsfehler 38, 64, 231, 233f., 433f.
Behandlungsfehlerstatistik 433
Behandlungsfehlervorwürfe 239, 241
Behandlungsschäden 142
Behinderte Menschen 180f.
Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen 180f.
Beiräte des BMG 404
Belegärztliche Versorgung 143
Belegarztwesen 143, 173f.
Beratungsergebnisse zu Beschlüssen
– des 112. Deutschen Ärztetages 525
– des 113. Deutschen Ärztetages 525
– des 114. Deutschen Ärztetages 521ff.
– des 115. Deutschen Ärztetages 495ff.
Bereitschaftsdienst, ärztlicher 133
Bereitstellungsauftrag 26
Berichts- und Lernsystem 287f.
Beruf und Familie → Familie und Beruf
Berufliche Bildung 387ff.

Berufsanerkennung 96f., 99f., 116, 119ff.
Berufsanerkennungsrichtlinie 42ff., 57, 59, 96ff., 109, 114ff., 118f.
Berufsaufsicht 226
Berufsausbildung 389ff.
Berufsausübung 217ff.
Berufsberechtigung 120
Berufsbild
– ärztliches 511
– des Hausarztes 16
Berufsbildungssystem 387f.
Berufsethos 217ff.
Berufshaftpflicht 39, 64, 142, 227f.
Berufsordnung 224ff.
Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) 226, 397
Berufsqualifikationsrichtlinie 44ff., 63
– 2005/36/EG 399
Berufsrecht 90
Berufsverbände 89
Beschneidung 40f., 431
Betäubungsmittelrecht 30f., 359
Beteiligungsrecht 244ff.
Betreuungsrecht 33, 217
Betreuungsvollmacht 374
Betriebliche Gesundheitsförderung 196f., 204
Betriebsärztliche Versorgung 183, 187, 415
Betriebsmedizin 187ff., 324, 512
Betriebswirtin f. Management im Gesundheitswesen 395f., 497
Bevölkerungsschutz 214f.
Bewegungsempfehlung 350
Bewertungsportal 509
Bezeichnungen, fachärztliche 97ff.
Bildung, berufliche 387
Binnenmarktinformationssystem 46
Biologische Arbeitsstoffe 189f., 204
Blended Learning 102
Blockpraktikum 26
Blut und Blutbestandteile 308
Blutprodukte 259, 308
Blutspendeausschluss 308
Blutstammzellen 310f.
Bologna-Prozess 84
Bonuszahlungen 35, 165ff., 224, 425ff.
BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit 268ff.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 177
Bundeskinderschutzgesetz 351
Bundesweite Fortbildungssuche 107f.
Bürgerbeteiligung 351ff.
Bürgerversicherung 414
Bürokratie 432, 506
Bürokratieabbau 523

C

Cannabis 359f.
Case Management 403
Checkliste „Gute Arztpraxis“ 355
Checkliste zu IGeL 287
Chefarztvergütung 166
Chefarztverträge 35, 165ff., 224, 425ff.
Chirurgie, ästhetische 218
CIRSmedical.de 242, 287f.
CME-Kreditsysteme 65
Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) 61f.
CPME 56ff.
Critical Incident Reporting Systems (CIRS) 242
Curricula 103ff., 113, 202, 260ff., 393f., 407, 512
– zur Qualitätssicherung 202, 260ff.

D

Datenschutz 50, 58, 61f.
Datentransparenzverordnung 35
Deklaration von Helsinki 66
Dekubitusdokumentation 238
Dekubitusprophylaxe 252
Delegation ärztlicher Leistungen 190ff., 402f.
Delegationsvereinbarung 394, 407
Deutsche Akademie
– der Gebietsärzte 142f.
– für Allgemeinmedizin 135ff.
Deutsche Kodierrichtlinien 157ff.
Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG) 300
Deutscher Ärztetag 14ff., 411ff., 495ff., 508, 511, 513, 515f., 519, 527ff.
Deutscher Qualifikationsrahmen 388
Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung 101ff.
Deutsches elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz 365

Deutsches IVF-Register (DIR) 275f.
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 283
Deutsches Telemedizinportal 367, 369
DGUV-Vorschrift 2 195f.
Diagnostika 53
Dialog, sektorenübergreifender strukturierter 250
Diamorphin 358
Diplome, fachärztliche 120
DIR 276
Disruptive Behaviour 517
DRG-Fachkommission 151f.
Drug Safety Mail 344

E

E-Health 58, 366ff.
E-Health-Initiative 369
Ehrenamtlichkeit 523
Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft 526
Einstiegsqualifizierung für Jugendliche (EQJ) 391
Einwilligung, betreuungsrechtliche 33
E-Learning 102, 109, 370, 507
Elektromagnetische Felder 49, 361
Elektronische Fallakte 365
Elektronische Gesundheitsakte „ELGA“ 62
Elektronische Gesundheitskarte (eGK) 364ff., 375, 514
Elektronischer Arztausweis 272ff.
Empathie 83
Entbürokratisierung 156
Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik 17f., 28ff., 158f.
Entscheidungslösung 374, 428
Erkrankungen, psychische 324
Ernst-von-Bergmann-Plakette 526
Ethik-Kommission bei der BÄK 217ff.
Ethik-Kommissionen 220, 258, 485
EU-Aufnahmerichtlinien 519
EU-Berufsanerkennungsrichtlinie → Berufsanerkennungsrichtlinie
Europäische Gesundheitspolitik 41ff., 60ff.
Europäischer Facharzt 120
European Union Network for Patient Safety and Quality of Care 289f.
Eurotransplant 296f., 299f.
EU-Verordnungen 52
Evaluation der Weiterbildung 94f., 499f., 505
Evidenzbasierte Medizin 93, 279ff.
Expertisen 329

F

Facharztanerkennungen 131
Fachärzte 90, 208
Fachärztliche Bezeichnungen 97ff.
Facharztprüfung 90, 506
Facharztqualifikation 100
Facharztstandard 432f.
Facharzturkunde 119f., 122
Facharztweiterbildung 96f.
Fachbeirat 3 „Gesundheit/Forensik“ 274f.
Fachberufe im Gesundheitswesen 116, 385ff., 398ff.
Fachkräftebedarf 401
Fachkräftemangel 85, 149
Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung 395
Fallakte, elektronische 365
Fallpauschalensystematik 152
Familie und Beruf 13, 15, 26f., 79, 81, 146, 149, 174, 176, 404, 414, 517
Fangprämien 16f., 412f., 422f.
Fehlerkultur 241f., 287, 434
Finanzierungsdebatte 420f., 432, 497
Finanzierungssystematik 152
Finanzinvestoren 150
First Contact Practitioner 405
Folter 106
Förderprogramm Allgemeinmedizin 141
Förderung
– der Organspende 300
– der Selbsttötung, gewerbsmäßige 40, 217
– von Teilhabe und Lebensqualität 111
Forschungsförderung 346
Fortbildung, ärztliche 101ff.
– für Krankenhausärzte 107
– für Vertragsärzte 337
– „Geriatrische Grundversorgung“ 105
– „Osteopathische Verfahren“ 105
– strukturierte curriculare 103ff., 113, 361
Fortbildungscurricula 103ff., 113, 393f., 407, 512
Fortbildungssuche 107
Fortbildungsveranstaltungen 106f., 109ff., 284, 336, 512

Fortbildungszertifikat 108
Fortpflanzungsmedizin 275, 311ff.
Fortschritt und Fortbildung in der Medizin 109f.
Freiberuflichkeit 163f., 411, 502
Freizeitlärm 361
Fresenius 150
Frühe Nutzenbewertung 339f.
Früherkennungsuntersuchungen 330

G

G-20-Untersuchung 197f.
G-DRG-Fallpauschalensystem 151ff.
Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen 90
Gebührenordnung für Ärzte → GOÄ
gematik 363
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 244ff., 252ff., 320, 348
Gemeinsames Landesgremium 170f.
Gendiagnostikgesetz (GenDG) 107, 207, 314ff.
Gendiagnostik-Kommission 315f.
Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen 51
Genitalverstümmelung 74, 512
Geografisches Krankenhausanalysesystem (GeKAS) 160f.
Geriatrische Grundversorgung 105
Geschäftsführung der BÄK 533f.
Geschäftsstelle 608
Gesetz
– gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) 31f., 162f.
– zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes 164f.
– zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung 40
Gesetzgebung 21ff., 44ff., 374ff.
Gesetzgebungskalender 20
Gestalttherapie 318
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 329
Gesundheitsberufe 385, 399, 432
Gesundheitsfachberufe 85, 400, 403
Gesundheitsfinanzierung 432
Gesundheitsförderung 196f., 204, 349ff., 510
Gesundheitsmanagement 194f.
Gesundheitsmarkt 161f.
Gesundheitspolitik 13ff.
– Europa 41ff., 60ff.
Gesundheitsreform 420
GesundheitsRente 408f.
Gesundheitsschutz 189
Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) 385
Gesundheitsversorgung, grenzüberschreitende 55
Gesundheitsvorschriften, internationale 206ff.
Gesundheitsvorsorge 189f.
Gesundheitswirtschaft 161f.
gesundheitsziele.de 351
Gewebegesetz 307, 310
Gewebemedizin 304ff., 492f.
Gewebespende 306f., 496
GKV-Versorgungsstrukturgesetz 13, 420
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 175, 385
Gleichwertigkeitsprüfung 522
GOÄ 379ff., 510, 513, 524
GOÄ-Anwendungsfragen 382
GOÄ-Datenbank 384
GOÄ-Novellierung 379ff., 517
GOÄ-Service 384
Gremien der Bundesärztekammer 530ff.
Guidelines International Network 283
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 228ff.
Gute Arztpraxis 355
GWB-Änderungsgesetz 31f.
Gynäkologische Operationen 252

H

Hämotherapie 307ff.
Hämotherapie-Richtlinien 258f., 309f.
Härtefallfond 38
Hausarzt 16ff., 135ff., 402, 415, 515
Hausärztemangel 92
Hausärztliche Geriatrie 105
Hausärztliche Versorgung 135ff.
Hausbesuch 524
Heilberufe- u. Kammergesetze 225f.
Heilberufe, nichtärztliche 386f., 401ff.
Heilberufsausweis 364, 372f., 515
Heilkunde, ärztliche 225
Heilmittelwerbegesetz 359
Heilpraktikergesetz 405
Herzchirurgie 97
High 5s 241, 289
Hirntoddiagnostik 330f.

Hochschulambulanzen 362
Hochschulmedizin 326f.
Honorarpolitik 384
Honorarstreit 423f.
Honorierung, ärztliche 379ff.
Hörschäden 361
Hüft- und Knieendoprothetik 252
Humanalbumin 309f.
Humanarzneimittel 50, 221ff.
Humanistische Psychotherapie 318f.
Hygiene 86
Hygienebeauftragter Arzt 104
Hygieneverordnungen 17, 86, 165

I

ICD-GM-2013 156
Impfen 192, 197
Impfstoffe 343
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) 14f., 38, 354, 495
Infektionskrankheiten 210
Infektionsschutz 17, 164f., 365
Infibulation 74
Influenzapandemie 209ff.
Informationsdienste 292, 344, 346f., 435ff.
Initiative eLearning 109
Initiativen Patientensicherheit 241
Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) 254, 268f.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 254f.
Integrierte Versorgung 168, 385
Interdisziplinäres Forum 109f., 336, 367
Interessenkonflikte 355
Interessenvertretung 19ff., 41ff., 432f.
Internationale Atomenergie-Organisation 361
Internationale Gesundheitsvorschriften 206ff.
Internationale Zusammenarbeit 64ff., 69ff.
Internetangebot
– AkdÄ 346f.
– ÄZQ 292
– BÄK 439
Internet-Bewertungsportale 509
Internetportal Patientensicherheit-Online.de 287
Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung 516
Interventionsprogramme f. suchtkranke Ärzte 360
In-vitro-Diagnostika 52, 220, 258, 272
Istanbul-Protokoll 105
IT-Gipfel 370

J

Joint Action on Patient Safety 240f., 289f.

K

Kammergesetze 225f.
KammerIdent-Verfahren 373
Kartellrecht 32, 163
Kasachstan 72
Katastrophenmedizin 212f.
Katastrophenschutz 214f.
Keimbahnzellen 305
Keimzellen 305
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 319ff.
Kinderuntersuchungen 350
Kindesmissbrauch 321
Kindeswohl 330
Klinische Prüfungen 50ff., 57
Knochenmarktransplantation 310
Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) 256f.
Kommunikation 83, 111
Kompetenz 83f., 87f., 93, 510, 517
Komplementär- und Alternativmedizin 62
Konsultationen, bilaterale 60
Konsultativtagung 62f., 109
Konvergenzverfahren 102f.
Kooperation 17, 135f., 171ff., 387, 398ff., 402, 414f., 497f.
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) 267f.
Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 351
Koordination und Integration 402
Koordinierungsstellen 141, 299
Korruption 17, 164, 412f., 422f.
Krankenhaus 144ff.
Krankenhausabrechnungsprüfungen 156
Krankenhausärzte 127ff.
Krankenhausbedarfsplanung 160f.
Krankenhausfinanzierung 159f.
Krankenhaushygiene 17, 103ff., 164f.

Krankenhausstatistik 144ff.
Krankenhausträger 149f.
Krankenhausüberweisungen 17
Krankenhausversorgung 522
Krankenpflegepraktikum 79f.
Krankenversicherung 13f.,411, 414, 421, 496
Krankheiten, fehlbehandelte 234
Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz 35f., 427
KRINKO 256f.
Kriterienkatalog 369
KTQ 267f.
KTQ-Forum 268
KTQ-Zertifizierung 244, 267f.
Kursweiterbildung „Allgemeinmedizin“ 112
Kurzinformationen (KIP) 285f., 292, 355

L

Laboratoriumsmedizin 98
Landesgremien zur Bedarfsplanung 17
Lärmpegelbegrenzung 361
Lebendspender 24
Lehre 522
Lehrkrankenhäuser 79
Lehrstühle, arbeitsmedizinische 189
Leichenschau, ärztliche 382f., 524
Leistungsvergütung 523
Leistungen
– betriebsärztliche 192, 194
– telemedizinische 367
Leitlinien 237, 279ff., 284ff., 309f., 334f., 487
Leitlinienarbeit der AkdÄ 334f.
Leitlinienprogramm 286
Leitlinienprojekte 281f.
Lernzielkatalog 83f., 517
Lobbyarbeit 19f., 41ff.

M

Machbarkeitsprüfungen 249
Manteltarifvertrag 407
Master 84
Mediation 65
Medical Task Force 215
Medien 111, 371, 411ff., 441, 508
Medikamente, verschreibungsfreie 57
Medikamentenkostenbeteiligung 525
Medikationsfehler 346
Medizin und Ökonomie 112, 151
Medizinethik 217ff., 416ff., 428ff.
Medizinische Begutachtung 105f., 230, 250, 518
Medizinische Fachangestellte 389ff., 402, 406f., 409, 497, 512
Medizinische Fachberufe 396
Medizinische Laboratorien 273
Medizinische Versorgung von Ausländern o. legalen Aufenthaltsstatus 73
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) 156
Medizinprodukte 52f., 58f., 220, 223, 256ff.
Medizinproduktegesetz 28, 273
Medizinprodukterecht 255ff.
Medizinrecht 222ff.
Medizinstudienplätze 16, 81
Medizinstudierende 80, 516
Medizinstudium 16, 26, 60, 81, 84f., 513
Mehrkostenregelung 381
Meldeverpflichtung 26
MELD-Score 298
Memorandum AMTS-Forschung 345
Menschen mit Behinderungen 182
Menschenrechte 73ff., 106
Methoden
– in der Patientenversorgung, telemedizinische 366
– telemedizinische 367f.
– vertragsärztliche Versorgung 358
Methodenpapier 248
Migranten o. legalen Aufenthaltsstatus 73, 218f.
Migration 65, 69, 120, 132
Mindestlohn 408
Mindestmenge 246, 423
Missbrauch, sexueller 321
Mobile Health 371f.
Mobilfunk 361
Modellstudiengänge 86
Modellversuche 403f., 406
Modulfortbildung 516
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen 242
Morbiditätskomponente 510
Mukoviszidosepatienten 239
(Muster-)Berufsordnung (MBO) 520f.
(Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) 102f.
Musterfortbildungscurricula 393f.
(Muster-)Kursbücher 94
Musterverträge für Chefärzte 426

(Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 87ff., 91, 94, 226, 498ff., 504, 506f., 517

N

Nabelschnurblut 310
Nabelschnurzellen 311
Nachwuchs 26f., 82, 174, 185ff., 206, 509
Nanotechnologie 362
Nationale Pandemieplanung 209ff.
Nationale Präventionsstrategie 196, 349f.
Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) 266f., 279ff., 335
Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 83f., 517
Netzwerk 118
– Europäische Bewegung Deutschland (Netzwerk EBD) 63
– zuständiger Behörden 63, 117f.
Neue Arzneimittel 338
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 155
Nichtärztliche Praxisassistentin 394f.
Niedrigstrahlung 362
Normung 18, 47, 58, 143, 270ff.
Normungsprojekte 143, 271f.
– „Ästhetische Chirurgie“ 61
– „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie/Schönheitschirurgie“ 271
Notarzt 214f.
Notarztindikationskatalog 213
Notfalldatenmanagement 365, 374
Notfallmedizin 85, 94, 212ff., 504
Notfallsanitätergesetz 36f., 214
Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 87ff., 95, 142, 503, 506
NS-Medizin 414
Nürnberger Erklärung 18f., 414, 495f.
Nutzenbewertung 339f.

O

Öffentlicher Gesundheitsdienst 206ff.
Öffentlichkeitsarbeit 292, 346f., 375ff., 411ff.
Ökonomisierung 166, 219, 224, 423
Ombudspersonen 482f.
Online-CME-Angebote 108
Online-Fortbildungsportal 337
Onlineportal ARZTBIBLIOTHEK 290
Online-Rollouts 364
Operationshäufigkeit 423
Operationstechnische Assistenten 404
Opiatabhängige 356f., 358, 520
Opfer sexuellen Missbrauchs 321
OPS-Version 2013 157
Organ Care System 299
Organspende 23, 298f., 354, 374, 428
Organtransplantation 295ff., 304, 418, 490
Organvermittlung 296
Orientierungspunktwert 424
Orientierungswert 153f.
Osteopathische Verfahren 105

P

Palliativmedizin 513
Palliativversorgung 176
Pandemiebekämpfung 211f.
Pandemieplanung 209ff.
Paracelsus-Medaille 526
Parkinson-Patienten 111
Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) 289f.
Patienten-Arzt-Verhältnis 82
Patientenbefragung 249f.
Patientenberatung 352, 525
Patientenbeteiligung 284ff.
Patientenbetreuung 146
Patientenbrief 38
Patientenentschädigungsfond 38
Patientenforum 351ff.
Patienteninformation 48f., 243, 284ff., 336f., 355
Patientenleitlinien 285f.
Patientenportal 284f.
Patientenrechtegesetz 13, 15f., 37ff., 225, 353, 414, 425ff., 495f., 523
Patientenrechterichtlinie 54f.
Patientenschutz 55, 226
Patientensicherheit 239ff., 244, 287ff., 345
Patientenverfügung 217, 374
Patientenversorgung 146f., 287, 321, 387, 399, 414, 497
– telemedizinische 366ff.
Patientenvertreter 352, 355
Patientenvorwürfe 230
Peer Review 106f., 242, 250, 263ff.
Pensionskasse 408f.
Persönliches Budget 179

Pflegeausbildung 394, 400
Pflegekräfte 116, 402, 404
Pflege-Neuausrichtungsgesetz 39
Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) 385, 394
Pflichttertial 27
Pharmakovigilanz 24f., 48f., 221, 341ff., 346
Pharmapaket 47
Physiotherapie 405f.
Placebos in klinischen Studien 66
Präimplantationsdiagnostik 21ff., 311ff., 429
Praktisches Jahr (PJ) 15, 26ff., 78ff.
Prämienzahlungen → Fangprämien
Prävention 187ff., 196f., 203, 330, 349ff., 415, 509f.
Präventionsstrategie 196, 349f.
Präventionstagung 350f.
Praxis- und Krankenhaussoftware 518
Praxisgebühr 34, 354, 427, 496
Praxismanagerin 396
Praxisnetze 135f.
Praxispersonal 406f.
Pressestelle der deutschen Ärzteschaft 411ff.
Primary Source Verification 122
Priorisierung 237, 508, 521
Probandenschutz 258
Probebetriebe 249
Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) 266f., 279ff., 285, 335
Projekte, telemedizinische 369, 515
Prüfungen
– computergestützte 86f.
– klinische 25f., 51, 220, 222f., 258, 347
– von Medizinprodukten 223
Prüfungsabläufe 77
Prüfungskommission 294, 302f.
Psych-DRG-Fallpauschalensystem 29f.
Psych-Entgeltgesetz 17f., 28f., 158
Psych-Entgeltsystematik 157
Psychiatrie 219
Psychiatriefinanzierung 160
Psychisch kranke Menschen 205, 324
Psychisch reaktive Traumafolgen 105f., 518
Psychische Belastung und Suchterkrankungen bei Ärzten 62
Psychische Belastungen
– von Kindern und Jugendlichen 350
– von Mitarbeitern im Gesundheitswesen 350
Psychologische Psychotherapeuten 319ff.
Psychoonkologie 92f.
Psychotherapeutische Versorgung 321
Psychotherapie 317ff., 320f., 329, 513

Q

Qualifikation, ärztliche 77ff., 90, 106f., 212, 511
Qualifikationsnachweise 119, 121, 397
Qualifikationsrahmen, deutscher 388
Qualifizierung der Pflegeberufe 394, 400
Qualifizierungsoffensive „Aufstieg durch Bildung“ 388
Qualitätsindikatoren 248, 250, 281
Qualitätskontrolle für IGeL 517
Qualitätsmanagement 259ff., 273
Qualitätssicherung 235ff., 244ff., 249, 255, 265
– bei der Anwendung von Blutprodukten 258f., 309
– Curricula 260ff.
– einrichtungsübergreifende 249
– externe stationäre 251f.
– in der betrieblichen Betreuung 202f.
– in der Laboratoriumsmedizin 255f.
– in der Reproduktionsmedizin 275, 314
– in der Transplantationsmedizin 236
– nach spezialgesetzlichen Regelungen 255ff.
– sektorenübergreifende 247ff.
Qualitätssicherungsinitiativen 236, 276
Qualitätssicherungsrichtlinie 260
Qualitätssicherungsverfahren 250f.
Quereinstieg in die Allgemeinmedizin 92
Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten 309f.

R

Rahmenbedingungen, manteltarifliche 408
Ratgeber zu IGeL 520
Reformstudiengänge 86
Refresher-Kurse 107
Rehabilitation 175ff., 182
REHACare International 179f.
Rekrutierung von Auszubildenden 391
Rentenversicherung, gesetzliche 381, 383
Report Versorgungsforschung 328f., 489
Reproduktionsmedizin 275, 311ff.

Rettungsassistenten 36, 214
Rettungsdienst 213f.
Rettungswesen 85
Rezept für Bewegung 350
Richtlinien 237, 247f., 297f., 487, 490
– 2001/83/EG 346
– 2005/36/EG 121f.
– der BÄK gem. § 16b TPG 307
– für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Organtransplantation 296
– für Medizinprodukte 272
– gem. § 16 TPG 307
– Methoden vertragsärztliche Versorgung 358
– Psychotherapie 320
– zur Feststellung des Hirntodes 330f.
– zur Hämotherapie TFG 307
– zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen 273
– zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung 247f.
– zur Organtransplantation 419
– zur Transplantation 310
Richtlinienarbeit 298
Risikoinformationen zu Arzneimitteln 344, 347
Risikokommunikation 344
Röntgenverordnung 269f.
Routinedaten 249f.
Routinesitzung 344

S

S3-Leitlinien 282, 285
Sachbearbeitertagung 100
Sachverständigenrat der Ärzteschaft in der BAR 177ff.
Satzungsleistungen der GKV 512
Scannen, ersetzendes 375
Schlichtungsstellen 228ff.
Schmerztherapie 78
Schnittstellenmanagement 171
Schönheitsoperationen 224, 353
Schutzimpfungen 197
Schweinegrippepandemie 211f.
Schweizer Ärzteschaft 159f.
Schweizer Facharztdiplome 120
Seelische Gesundheit 323f., 511
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung 247ff.
Sektorenübergreifende Versorgung 168, 171, 173
Selbsthilfe 355
Selbsthilfeorganisationen 352
Self Care 83
Sexueller Missbrauch 321
Sicherstellungszuschlag 522
Sichtung, ärztliche 213f.
Signatur, elektronische 375
Soziale Medien 371, 441
Sozialrecht 90
Spenderorgane 298, 419
Spontanberichte 341
Sportmedizin 184f.
SQS-Verfahren 249
Stammzellen 435
– embryonale 434f.
– hämatopoetische 310f.
Standardisierungsinitiativen 62
Ständige Kommission Organtransplantation 295ff.
Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte 56ff.
Stationäre Versorgung 144ff., 149, 152f.
Stellungnahmen
– AkdÄ 340
– BÄK 253f., 384, 491
Stellungnahmerecht 252ff.
Sterbebegleitung 353ff.
Sterbehilfe 40, 217, 353f., 429f.
Stiftung Eurotransplant 299
Strahlenschutzverordnung 269
Stress am Arbeitsplatz 516
Strukturierte curriculare Fortbildung 103ff.
Strukturierter Dialog 250
Studien, klinische 59, 66
Studiendauer 16
Studiengänge für Gesundheitsfachberufe 85
Studienplätze 80f.
Substitution 190, 520, 522
– mit Diacetylmorphin 358
Substitutionsbehandlung 356ff.
Substitutionsregister 357f.
Sucht und Drogen 355ff.
Suchtinterventionsprogramm 62
Suchtkranke Ärzte 360
Suizid, assistierter → Sterbehilfe

Swiss-DRG-System 159
Symposium der zentral- und osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA) 64
System, duales 421

T

Tabakentwöhnung 106, 519
Tabakproduktrichtlinie 53f.
Take-home-Verordnungen 356f.
Tarifangelegenheiten 406ff.
Tarifhoheit 514
Tätigkeitsbereiche, ärztliche 453f., 462
Technische Richtlinie (TR-RESISCAN) 375
Teilhabe
– behinderter Menschen 180
– Parkinson-Patienten 111
Teilzeitweiterbildung 504
Telekonsultationsdienste 364
Telekonsultationszentren 370
Telematik 363ff., 375
Telematikinfrastruktur 364f.
Telematikprojekte 515
Telemedizin 136f., 364, 368, 375
Telemedizinische Patientenversorgung 366ff.
Telemedizinportal 369
Telemedizinprojekte 369
Telemonitoringprogramm 366
Testregionen 364
Therapieempfehlungen 334
Therapiefreiheit 411
Therapieintegrität 318
Thorakale Organe 298
Trägerpluralität 150
Trägerstrukturänderungen 149f.
Train-the-Trainer-Programme 93
Transfusionsgesetz (TFG) 259, 310
Transfusionsmedizin 258f., 307
Transparenz bei der Organvergabe 419
Transplantation vaskularisierter komplexer Gewebe 306
Transplantationsgesetz 23f., 260, 293, 295, 374
Transplantationskonferenz 296
Transplantationsmedizin 259f., 293ff., 300, 303f., 417ff., 426, 491
Transplantationsskandal 416ff., 428
Transplantationswesen 23f.
Transplantationszentren 303f., 417
Traumafolgen 105f., 518

U

Übergangsregelung 27f.
Überwachungskommission 294, 300f., 303
Umweltmedizin 349, 361f.
Unbedenklichkeitsstudien 25
UN-Behindertenrechtskonvention 182
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) 341f.
Unfallverhütungsvorschrift 195f.
Union Européenne des Médicins Spécialistes (UEMS) 98
Unisextarife 409
Universitätsmedizin 327
Untersuchungen
– genetische, bei Menschen 207
– laboratoriumsmedizinische 256
Urlaubsanspruch 407
Urteile mit Bezug zur GOÄ 384

V

VERAH 394
Vereinbarkeit von Familie und Beruf → Familie und Beruf
Vereinheitlichung
– der ärztlichen Weiterbildung und Facharztprüfung, europäische 98
– von Qualifikationen 90
Vergabeverfahren, beschleunigte 418
Vergütung
– ärztlicher Leistungen (Gutachten und Befundberichte) 380
– geleisteter Überstunden 521
– von Gutachten und Befundberichten 380
Vergütungsrecht für Krankenhäuser 153
Vergütungssystem 147
– für die Psychiatrie/Psychosomatik 158f.
Vermittlungsstelle 297, 299
Vermittlungsverfahren 296f.
Vernetzung 243, 497
Verordnung
– über das Binnenmarktinformationssystem 46
– über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten 392
– über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln 50
Verschreibungspflicht 25

Verschreibungspflichtige Arzneimittel 48f.
Versichertenbefragung 354
Versicherungsmarkt 421
Versorgung
– ambulante 133ff., 393
– ambulante hausärztliche 498
– ambulante spezialfachärztliche 420
– ärztliche 123ff., 452
– auf dem Lande 513
– belegärztliche 143
– betriebsärztliche 183, 187, 415
– hausärztliche 135f.
– integrierte 168, 385
– psychotherapeutische 321
– sektorenübergreifende 168, 171, 173
– stationäre 144ff., 149, 152f.
– von nicht regulär krankenversicherten Patienten 218
– von Opfern sexuellen Missbrauchs 321
Versorgungplanung 420
Versorgungseinrichtungen 447
Versorgungsforschung 327ff., 488f., 511
Versorgungsleitlinien 266f., 279ff., 335
Versorgungsmanagement 403
Versorgungsmodelle, telemedizinische 366ff.
Versorgungsplanung, sektorenübergreifende 168
Versorgungsstrukturen, kooperative 135f., 147, 171ff., 387, 398f., 402, 414f., 497
Versorgungsstrukturgesetz 13, 385, 420, 432
Versorgungswerke 445ff.
Versuchsperson 50
Vertragsärzte 337, 424
Vertrauensstelle Transplantationsmedizin 304
Vorsorgeuntersuchung 197, 350
Vorstand der Bundesärztekammer 530, 534

W

Wahltertial 27
Wartelisten- und Vermittlungsrichtlinien 300
Wartelistenführung 296
Weiterbildung 87ff., 93f., 96, 98, 100, 120, 197, 500ff., 506ff., 522
– Allgemeinmedizin 136
– ambulante 91
– ambulante fachärztliche 501f., 507, 521
– Arbeitsmedizin 183f.
– in Teilzeit 499, 501
– länderübergreifende 109
– spezialisierte fachärztliche 97
Weiterbildungsbefugnis 184
Weiterbildungsermächtigung 507
Weiterbildungsfinanzierung 91
Weiterbildungsnachweis 99, 119
Weiterbildungsordnung von Hamburg 183
Weiterbildungsrecht 226
Weltärztebund 66f.
Weltgesundheitsorganisation (WHO) 68, 361
Werbeverbot für Arzneimittel 359
Wettbewerb 31ff., 162f., 411
Wiedereingliederung 324
Wirkstoff AKTUELL 337f.
Wissenschaftlicher Beirat 325ff., 487ff.
– Psychotherapie 317ff., 494
Wissensmanagement 290ff.
Wissensportal für Ärzte 285
World Medical Association 66f.

Z

Zentrale Ethikkommission (ZEKO) 217ff., 484
Zentraler Aufgabenpool 396f.
Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung (ZÄS) 269f.
Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG) 272ff.
Zertifizierung 98, 236f., 244, 525
Zertifizierungsdiensteanbieter 373
ZEVA 64ff.
Zivilschutz 214f.
Zugangsvoraussetzung 399f.
Zusammenarbeit
– der Gesundheitsberufe 402
– in der Europäischen Union 60
– internationale 69
Zusatz-Weiterbildung 503
Zuweisung gegen Entgelt 413
Zwangsbehandlung 33, 219
Zweiklassenmedizin 412, 421

Abkürzungsverzeichnis

A

AAA	Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten
ÄAAS	Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ABAS	Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABP	arzneimittelbezogene Probleme
ABV	Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen
AcSdeV	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e. V.
AfAMed	Ausschuss für Arbeitsmedizin des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
AG	Arbeitsgruppe
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AIS	Arzneimittel-Infoservice
AKB	Akkreditierungsbeirat
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AkkStelleG	Akkreditierungsstellengesetz
AKNZ	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
AKV	Arbeitskreis Versorgungsforschung
AMG	Arzneimittelgesetz
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AMWHV	Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
AQUIK®	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ArbMedVV	Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge
ARTEMIS	Adverse Drug Reactions Electronic Management and Information System
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AVG	Angestelltenversicherungsgesetz
AVP	Arzneiverordnung in der Praxis (Zeitschrift)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

B

BAK	Bundesarchitektenkammer
BÄK	Bundesärztekammer

BAND	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz
BCC	Berliner Congress Center
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V.
BDI	Bundesverband der Deutschen Industrie
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFB	Bundesverband der Freien Berufe
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BfS	Bundesamt für Strahlenschutz
BGH	Bundesgerichtshof
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BilMoG	Bilanzrechtmodernisierungsgesetz
BIngK	Bundesingenieurkammer
BIS	Binnenmarktinformationssystem
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BL-AL-AG	Bund-Länder-Abteilungsleiter-Arbeitsgruppe
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMS	Bare Metal Stents (unbeschichtete Stents)
BMU	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
BPH	benigne Prostatahyperplasie
BPS	benignes Prostatasyndrom
BPtK	Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten
BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit (vormals: Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung)
BR	Bundesrat
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BSG	Bundessozialgericht
BSI	Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik
BT	Bundestag
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BtMÄndV	Betäubungsmittel-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVG	Bundesverwaltungsgericht
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
BVS	Bundesverband öffentlich bestellter und vereidigter sowie qualifizierter Sachverständiger e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

C

CEN	Comité Européen de Normalisation (Europäisches Komitee für Normung
CEOM	Conférence Européenne des Ordres et des Organismes d'Attributions Similaires (Europäische Konferenz der Ärztekammern und ärztlichen Organisationen mit kammerähnlichen Aufgaben)
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
CIRS	Critical Incident Reporting System
CME	Continuing Medical Education
COI	Conflict of Interest
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstruktive Lungenkrankheit)
CPME	Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (Standing Committee of European Doctors – Comité Permanent des Médecins Européens)

D

DACH	Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
DAG	Deutsche Adipositas-Gesellschaft
DAkkS	Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
DAMA	Deutsche Arzneimittelagentur
DAP	Deutsches Akkreditierungssystem Prüfwesen
DÄT	Deutscher Ärztetag
DCIS	Duktales Carcinoma in situ
DCZ	Deutsches Cochrane Zentrum
DDG	Deutsche Diabetes-Gesellschaft
DDG	Deutsche Diagnostika Gruppe e. V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
DELBI	Deutsches Instrument zur Leitlinien-Bewertung
DES	Drug-Eluting Stent (medikamentenfreisetzender Stent)
DGA	Deutsche Gesellschaft für Akkreditierung
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.
DGCH	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention
DGTHG	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIR	Deutsches IVF-Register
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.

DKD	Deutscher Kalibrierdienst
DKE	Deutsche Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMF	Deutsches Mobilfunk Forschungsprogramm
DMP	Disease-Management-Programm (strukturiertes Behandlungsprogramm)
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DPR	Deutscher Pflegerat
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRG	Diagnosis Related Group (diagnosebezogene Fallgruppe)
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
DTG	Deutsche Transplantationsgesellschaft

E

eArztausweis	elektronischer Arztausweis
EAPH	European Association for Physician Health
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EC	European Commission
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFMA/WHO	European Forum of Medical Associations and WHO
EG	Europäische Gemeinschaft
eGIS	elektronisches geografisches Gesundheitsinformationssystem
eGK	elektronische Gesundheitskarte nach § 291a SGB V
EiRA	Evidence in Research and Action
EIV	Elektronischer Informationsverteiler
EMA	European Medicines Agency
EPAR	European Public Assessment Report
EQ	Geförderte Einstiegsqualifizierungen für Jugendliche
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ERC	European Resuscitation Council
ESchG	Embryonenschutzgesetz
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESQH	European Society for Quality in Healthcare
ET	Stiftung Eurotransplant
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUNetPaS	European Network for Patient Safety
Euratom	Europäische Atomgemeinschaft
EURELPRO	Europäischer Verband der Versorgungseinrichtungen der Freien Berufe
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin

F

FAGES	Fachausschuss für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
FDA	Food and Drug Administration (US-amerikanische Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde)
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FSA	Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.
FVS	Fachverband Sucht e. V.

G

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCP	Good Clinical Practice
GeKAS	Geografisches Krankenhausanalysesystem
GEKO	Gendiagnostik-Kommission beim Robert-Koch-Institut
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
GenDG	Gendiagnostikgesetz
GFP	Gute fachliche Praxis
G-I-N	Guidelines International Network
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GOÄ	Amtliche Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GPSP	Gute Pillen – Schlechte Pillen (Zeitschrift)
GQB	Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
GVP	Good Pharmacovigilance Practices
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen

H

HBA	(Elektronischer) Heilberufsausweis nach § 291a Abs. 5 SGB V
HCPCB	Health Care Professionals Crossing Borders
HELVER	Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung
HPC	Health Professional Card
HTA	Health Technology Assessment
HU	High Urgency
HWG	Heilmittelwerbegesetz

I

IAEO	Internationale Atomenergie-Organisation
ICD	Internationale Klassifikation von Diagnosen

IDW	Informationsdienst Wissenschaft
IEC	International Electrotechnical Commission
IES	Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
IFT	Institut für Therapieforschung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
IMI	Internal Market Information System
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INS	Inspections (der European Medicines Agency – EMA)
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IRT	Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung
ISDB	International Society of Drug Bulletins
ISO	International Organisation for Standardization (Internationale Organisation für Normung)
IVF	In-vitro-Fertilisation

J

JEMAH	Bundesvereinigung Jugendlicher und Erwachsener mit angeborenem Herzfehler
JVEG	Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz

K

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KiP	Kurzinformationen für Patienten
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KOM	(EU-)Kommission
KOSA	Kooperationsstellen für Selbsthilfeorganisationen
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KS	Kreuzschmerz
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVK	Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung

L

LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
LAS	Lung Allocation Score
LASI	Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
LL	Leitlinien

LMS	Lernmanagementsystem
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
LSG	Landessozialgericht

M

MBO	(Muster-)Berufsordnung
MedIEQ	Quality Labelling of Medical Web Content Using Multilingual Information Extraction
MERS	Medical Event Reporting System
MFA	Medizinische Fachangestellte
MKT	Multifunktionales Kartenterminal (Kartenlesegerät)
MKT+	Kartenlesegerät für die Krankenversichertenkarte und die elektronische Gesundheitskarte
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
MPGVwV	Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift
MPKPV	Medizinprodukte – Klinische Prüfverordnung
MSM	Men who have sex with men
Mu-RL	Mutterschafts-Richtlinien
MVV-RL	Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung

N

NA	Neue Arzneimittel (Publikation)
NADL	Normenausschuss Dienstleistungen
NAFuO	Normenausschuss Feinmechanik und Optik
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NAMed	Normenausschuss Medizin
NAR	Normenausschuss Radiologie
NARK	Normenausschuss Rettungsdienst und Krankenhaus
NFDM	Notfalldatenmanagement
NRZ	Nationales Referenzzentrum
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NVL	Nationale Versorgungsleitlinien
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen

O

OCS	Organ Care System
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
OMK	Offene Methode der Koordinierung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTA	Operationstechnischer Assistent

P

PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung in der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz)
PID	Präimplantationsdiagnostik
PKV	private Krankenversicherung
PP	Psychologischer Psychotherapeut
PräimpG	Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz)
PSC	Primär skleriosierende Cholangitis
PSI	Patient Safety Indicator
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PVS	Praxisverwaltungssystem
PVS	Privatärztliche VerrechnungsStelle
PVS/Verband	Verband der Privatärztlichen VerrechnungsStellen

Q

QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen® (Praxis-QM-System der KBV)
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikatoren
QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
Q-M-A	Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten

R

Rili-BÄK	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
RKI	Robert-Koch-Institut
RöV	Röntgenverordnung
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

S

S3-Leitlinie	Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung (3. Stufe – Entwicklungsstufe 3)
SANCO	Santé et Consommateurs (Directorate General Health and Consumers; European Commission)
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SBU	Swedish Council of Health Technology Assessment
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung

SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SigG	Signaturgesetz
SKO GF	Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern
SKV	Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung
SMC	Security Module Card
SOP	Standard Operating Procedure/Standard Operating Protocol (standardisierte Handlungsempfehlungen)
SQMH	Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
SQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
SSC	Sekundär sklerosierende Cholangitis
StGB	Strafgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut

T

TE	Therapieempfehlungen (Sonderhefte der Zeitschrift AVP – Arzneiverordnung in der Praxis)
TFG	Transfusionsgesetz
TGA	Trägergemeinschaft für Akkreditierung
TK	Techniker Krankenkasse
TPG	Transplantationsgesetz
TPG-GewV	Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz

U

UAE	unerwünschte Arzneimittelereignisse
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UMC	Uppsala Monitoring Centre
UNOS	United Network for Organ Sharing

V

VÄG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VBL	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
VSD	Versichertenstammdaten
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands

VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VVR	Versicherungsvertragsrecht
W	
WAT	Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WMA	World Medical Association (Weltärztebund)
Z	
ZÄS	Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen
ZDA	Zertifizierungsdiensteanbieter
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
ZEKO	Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission)
ZLG	Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten
ZNS	Zentralnervensystem

Sie unterstehen in der Erfüllung ihrer Aufgaben unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses und sind soweit freizustellen, wie es zur ordnungsgemäßen Durchführung der Aufgaben erforderlich ist. Transplantationsbeauftragte sind in der Regel Ärzte und Ärztinnen aus dem Bereich der Intensivmedizin; in Einzelfällen kann auch pflegerisches Personal, das intensivmedizinisch tätig ist, mit dieser Funktion beauftragt werden. Näheres hierzu bestimmen die Länder.
Die Transplantationsbeauftragten sind unter anderem dafür verantwortlich, dass die Angehörigen von Spendern in angemessener Weise begleitet, die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe in den Entnahmekrankenhäusern zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen festgelegt werden und das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird.

3 WAS ÄNDERT SICH BEIM DATENSCHUTZ?

Entsprechend den EU-rechtlichen Vorgaben wird die im Transplantationsgesetz bestehende Regelung zum Datenschutz ergänzt, um so im Interesse der Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin die Verwendung personenbezogener Daten zu Forschungszwecken zu ermöglichen. Dies gilt für eigene Forschungsvorhaben der Ärzte und des anderen wissenschaftlichen Personals des Entnahmekrankenhauses, der Koordinierungsstelle oder der Vermittlungsstelle. Bei der Weitergabe personenbezogener Daten für ein bestimmtes Forschungsvorhaben an Dritte müssen die geltenden datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt werden. Die Daten sind daher entweder zu anonymisieren, oder die Einwilligung der betroffenen Person ist einzuholen. Wenn keine dieser Anforderungen erfüllt werden kann, dürfen die Daten an Dritte nur dann weitergegeben werden, wenn das öffentliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens die schützenswerten Interessen der betroffenen Person überwiegt und der Forschungszweck nicht auf andere Weise zu erreichen ist.
Die personenbezogenen Daten sind in jedem Fall, soweit dies nach dem Forschungszweck möglich ist und keinen im Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck unverhältnismäßigen Aufwand erfordert, zu anonymisieren oder, solange eine Anonymisierung noch nicht möglich ist, zu pseudonymisieren.

III. Änderungen, die sich aufgrund des am 1.08.2013 in Kraft tretenden Änderungsgesetzes zum Transplantationsgesetz ergeben.

1 WERDEN MANIPULATIONEN AN PATIENTENDATEN BESTRAFT?

Mit der weiteren Gesetzesänderung zum 1. August 2013 sind Konsequenzen aus den bekannt gewordenen Manipulationen an Patientendaten an einzelnen Transplantationszentren gezogen worden. Nun ist die unrichtige Erhebung und die unrichtige Dokumentation sowie die Übermittlung eines unrichtigen Gesundheitszustandes in der Absicht, Patienten auf der Warteliste zu bevorzugen, auch als Urkundsdelikt strafbar. Ein Verstoß gegen dieses transplantationsgesetzliche Verbot wird je nach Schwere mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren oder mit einer Geldstrafe geahndet.

2 WIE WIRD GARANTIERT, DASS DIE RICHTLINIEN DER BUNDESÄRZTEKAMMER ZUM STAND DER ERKENNTNISSE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFT BEI ORGANEN, TRANSPARENT UND ÜBERPRÜFBAR SIND?

Die Richtlinien der Bundesärztekammer wurden einer Begründungspflicht unterworfen und unter den Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit gestellt. Dadurch werden die Richtlinien transparent und überprüfbar.

ORGAN PATEN werden

WEITERE INFORMATIONEN …
… zur Organ- und Gewebespende allgemein erhalten Sie auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter
➜ **www.organspende-info.de**

NEUE GESETZLICHE REGELUNGEN

im Transplantationsgesetz

IMPRESSUM
Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Alle Rechte vorbehalten.
Satz: mediabunt GmbH, Essen
Druck: Rasch, Bramsche
Auflage: 4.100.09.13
Bestellnummer: 60285050

Dieses Faltblatt wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Es ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Organspende schenkt Leben.

NEUE GESETZLICHE REGELUNGEN
IM TRANSPLANTATIONSGESETZ

ORGAN PATEN werden

Das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes und das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz enthalten wichtige Neuerungen. Nachfolgend werden die wichtigsten Änderungen im Überblick dargestellt:

I. Änderungen, die sich aufgrund des am 01.11.2012 in Kraft tretenden Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz ergeben:

1 WAS BEDEUTET DIE UMSETZUNG DER ENTSCHEIDUNGSLÖSUNG FÜR DIE BÜRGERINNEN UND BÜRGER?

Alle Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, erhalten mit der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte Aufklärungsmaterial zur Organ- und Gewebespende sowie einen Organspendeausweis. Die Krankenversicherungsunternehmen stellen ihren Versicherten diese Unterlagen im Zusammenhang mit der Übersendung der Beitragsmitteilung zur Verfügung. Sofern dieses im Zusammenhang mit der Übersendung der elektronischen Gesundheitskarte oder der Beitragsmitteilung zunächst nicht möglich sein sollte, übersenden die Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen ihren Versicherten die genannten Aufklärungsunterlagen samt Organspendeausweis getrennt.
Mit der Zurverfügungstellung des Aufklärungsmaterials und der Organspendeausweise werden die Versicherten aufgefordert, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende zu dokumentieren. Die Abgabe einer solchen Erklärung ist freiwillig und kann auf dem zur Verfügung gestellten Organspendeausweis erfolgen. Für Nachfragen zum Thema Organ- und Gewebespende benennen die Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen den Versicherten gegenüber fachlich qualifizierte Ansprechpartner.

2 WIRD EINE ERKLÄRUNG VON DEN KRANKENKASSEN ODER KRANKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMEN REGISTRIERT?

Nein. Die Versicherten werden von den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen lediglich aufgefordert, eine Erklärung über die eigene Organ- und Gewebespendebereitschaft abzugeben. Diese Erklärung wird weder durch die Krankenkassen noch durch die Versicherungsunternehmen erfasst. Es gibt auch kein sonstiges Register, in dem die Erklärungen der Bürgerinnen und Bürger erfasst werden.
Langfristig ist geplant, dass gesetzlich Versicherte eine Speicherung der Erklärung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende auf der elektronischen Gesundheitskarte vornehmen können, wenn sie dies wünschen.

3 MUSS MAN EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

Nein. Es gibt keinen Zwang, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben. Diese ist freiwillig.
Allerdings sollte sich jeder darüber im Klaren sein, dass die Nichtabgabe einer Erklärung zur Organ- und Gewebespende dazu führt, dass im Fall der Fälle die nächsten Angehörigen mit der Frage belastet werden, ob sie einer Organ- oder Gewebespende zustimmen sollen oder nicht.

4 WAS IST BEI DER ERRICHTUNG EINER PATIENTENVERFÜGUNG IM HINBLICK AUF EINE ERKLÄRUNG ZUR ORGAN- UND GEWEBESPENDE ZU BEDENKEN?

Eine Patientenverfügung kann dazu genutzt werden, eine Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende zu dokumentieren. Hierzu wird folgende Formulierung empfohlen:
Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)
- *geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.*
- *gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.*

oder
Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Weitere Informationen zur Patientenverfügung sind in der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre: „Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?“ verfügbar. (http://www.bmjv.de)

II. Änderungen, die sich aufgrund des am 01.08.2012 in Kraft tretenden Änderungsgesetzes zum Transplantationsgesetz ergeben:

1 WIE SIND LEBENDSPENDERINNEN UND LEBENDSPENDER VERSICHERUNGSRECHTLICH ABGESICHERT?

Die Absicherung der Lebendorganspender ist mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes klar geregelt und deutlich verbessert worden. Im Krankenversicherungsrecht ist nun ausdrücklich festgelegt, dass Lebendorganspender unabhängig vom eigenen Versicherungsstatus gegen die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers/der Organempfängerin einen direkten Anspruch auf Krankenbehandlung haben. Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Krankengeld und erforderliche Fahrkosten. Zudem gehört zukünftig die Versorgung von Lebendorganspendern (neben der Versorgung von Patienten vor oder nach der Organtransplantation) auch zum Versorgungsbereich der sog. spezialfachärztlichen Versorgung. Dadurch kann eine qualitativ hochwertige, spezialisierte Diagnostik und Behandlung sowie strukturierte Nachsorge gewährleistet werden.
Bei Lebendorganspenden an privat krankenversicherte Personen gewährleistet das private Versicherungsunternehmen des Organempfängers bzw. der Organempfängerin die Absicherung der Spender (ggf. kommt auch ein anderer Versicherungsträger, z.B. die Beihilfestelle, anteilig für die Kosten auf). In einer Selbstverpflichtungserklärung vom 9. Februar 2012 haben sich alle Mitgliedsunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung verpflichtet, für die Aufwendungen der Spender (ambulante und stationäre Krankenbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrtkosten, entstandener Verdienstausfall) aufzukommen. So wird eine einheitliche Absicherung der Lebendorganspender unabhängig vom Versicherungsstatus der Organempfänger gewährleistet.
Mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 01.08.2012 ist außerdem geregelt worden, dass auch eine Arbeitsverhinderung infolge einer Organspende eine unverschuldete Arbeitsunfähigkeit darstellt. Die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben folglich Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen. Der Arbeitgeber hat einen Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen (ggf. anteilig die Beihilfe) des Organempfängers. Nach Ablauf der sechs Wochen oder wenn kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht, greift der Krankengeldanspruch gegen die Krankenkasse des Organempfängers, bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen des Organempfängers kommt für den entstandenen Verdienstausfall auf.
Eine verbesserte Absicherung gibt es auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung: Der Unfallversicherungsschutz bezieht sich auf alle Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit einer Organspende. Umfasst sind gesundheitliche Schäden des Spenders, die über die durch die Spende regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen und im ursächlichen Zusammenhang stehen. Der Eintritt eines solchen Gesundheitsschadens wird als Versicherungsfall der Unfallversicherung fingiert. Auf den zeitlichen Abstand zwischen Spende und Gesundheitsschaden kommt es danach nicht an. Im Hinblick auf die Kausalität besteht eine – widerlegbare – gesetzliche Vermutung. Dieser erweiterte Unfallversicherungsschutz für Lebendorganspender erstreckt sich für die Zeit nach dem Inkrafttreten des TPG-Änderungsgesetzes auch auf Gesundheitsschäden, die bei den Spendern nach der Einführung des TPG im Jahre 1997 und noch vor Inkrafttreten des erweiterten Unfallversicherungsschutzes eingetreten sind.

2 WAS IST EIN TRANSPLANTATIONSBEAUFTRAGTER/ EINE TRANSPLANTATIONSBEAUFTRAGTE?

Transplantationsbeauftragte haben eine bedeutende Stellung im gesamten Prozess der Organspende. Sie sind die professionell Verantwortlichen für den Organspendeprozess in den jeweiligen Entnahmekrankenhäusern und übernehmen dabei wichtige Funktionen.
Mit der Änderung des Transplantationsgesetzes werden alle Entnahmekrankenhäuser bundesgesetzlich verpflichtet, mindestens einen Transplantationsbeauftragten zu benennen.

ORGAN
PATEN
werden

IHR PERSÖNLICHER **ORGANSPENDEAUSWEIS**

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Organspende schenkt Leben.

Eine Organ- oder Gewebetransplantation kann kranken und behinderten Menschen die Chance auf ein neues oder besseres Leben eröffnen. Voraussetzung ist und bleibt, dass sich immer wieder Menschen bereit erklären, nach ihrem Tod Organe und/oder Gewebe zu spenden. Wir bitten Sie daher, sich mit dem Thema Organ- und Gewebespende zu beschäftigen und Ihre ganz persönliche Entscheidung zu treffen.

Voraussetzungen

Organe und/oder Gewebe dürfen nur entnommen werden, wenn a) der Hirntod zweifelsfrei nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt wurde und b) eine Einwilligung zur Entnahme vorliegt.

Altersgrenzen

Ab dem 16. Lebensjahr können Jugendliche ohne Zustimmung eines Erziehungsberechtigten ihr Einverständnis zur Organ- und/oder Gewebespende erklären und bereits ab dem 14. Lebensjahr einer Spende widersprechen. Im Erwachsenenalter gibt es keine feste Altersgrenze für eine Organspende. Entscheidend ist der Zustand der Organe. Dieser hängt jedoch nur bedingt vom kalendarischen Alter ab. Grundsätzlich gilt, dass alle Organe und Gewebe vor einer Transplantation untersucht werden. Es ist deshalb nicht erforderlich, dass Sie sich jetzt ärztlich untersuchen lassen, wenn Sie nach dem Tod Organe und/oder Gewebe spenden möchten.

Sie können folgende Organe spenden:

Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Darm.

Sie können folgende Gewebe spenden:

Horn- und Lederhaut der Augen, Herzklappen, Haut, Blutgefäße, Knochen-, Knorpel- und Weichteilgewebe sowie Gewebe, die aus Bauchspeicheldrüse oder Leber gewonnen werden. Gewebe werden – anders als Organe – in der Regel nicht direkt übertragen. Sie können in Gewebebanken konserviert und zwischengelagert werden, bis sich ein geeigneter Empfänger gefunden hat. Im Zuge des medizinischen Fortschritts werden zunehmend auch Arzneimittel aus gespendeten Geweben hergestellt.

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Organspende schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

Auf der **Vorderseite** des Organspendeausweises tragen Sie Ihren Namen und Vornamen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift ein.

Ihre persönliche Entscheidung treffen

Die Einwilligung kann entweder durch eine eigene schriftliche Einverständniserklärung des Spenders oder durch eine von ihm dazu bestimmte Person erfolgen. Anderenfalls können Angehörige im Sinne des Verstorbenen einer Entnahme zustimmen. Der Organspendeausweis gibt Ihnen die Möglichkeit, Ihre Entscheidung für oder gegen die Organ- und/oder Gewebespende zu dokumentieren. Der Ausweis ist ein offizielles und rechtlich gültiges Dokument, mit dem Sie sicherstellen, dass Ihr eigener Wille umgesetzt wird. Ein Organspendeausweis wird nicht registriert. Sollten Sie Ihre Entscheidung ändern wollen, vernichten Sie daher einfach den Ausweis und füllen Sie einen neuen aus.

Mit der Dokumentation Ihrer Entscheidung können Sie auch Ihren Angehörigen eine große Belastung ersparen. Ohne einen dokumentierten Willen müssen die Angehörigen nach dem ihnen bekannten oder mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person entscheiden. Lässt sich der mutmaßliche Wille nicht feststellen, werden sie gebeten, nach ihrer eigenen Auffassung zu entscheiden.

Füllen Sie den Organspendeausweis bitte deutlich lesbar aus und legen Sie ihn am besten zu Ihren Personalpapieren, die Sie immer bei sich tragen. Sprechen Sie auch mit Ihren Angehörigen über Ihre persönliche Entscheidung, damit diese sie kennen.

Impressum

Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Maarweg 149–161, 50825 Köln · www.bzga.de

Druck: Rasch, Bramsche **Auflage:** 2.1000.03.15 **Best.-Nr.:** 60180000

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

◯ **JA,** ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder ◯ **JA,** ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:

.....

oder ◯ **JA,** ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:

.....

oder ◯ **NEIN,** ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder ◯ Über JA oder NEIN **soll** dann **folgende Person entscheiden:**

.....
Name, Vorname Telefon

.....
Straße PLZ, Wohnort

.....
Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

DATUM UNTERSCHRIFT

Auf der **Rückseite** werden Ihnen fünf Möglichkeiten zur Entscheidung angeboten. Bitte kreuzen Sie **nur eine** der fünf verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten an.

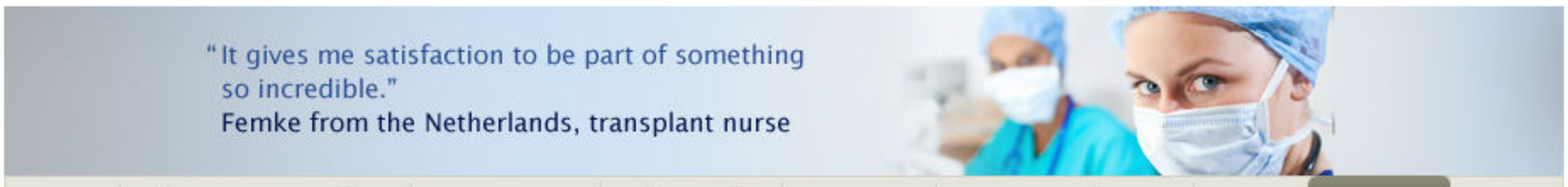
1. Wenn Sie das erste Feld ankreuzen, stimmen Sie einer Entnahme von Organen und Geweben uneingeschränkt zu.
2. Wenn Sie das zweite Feld ankreuzen, schließen Sie bestimmte Organe und/oder Gewebe von der Entnahme aus. Diese Organe und/oder Gewebe müssen Sie benennen.
3. Wenn Sie das dritte Feld ankreuzen, beschränken Sie die Entnahme auf bestimmte Organe und/oder Gewebe. Diese Organe und/oder Gewebe müssen Sie benennen.
4. Wenn Sie das vierte Feld ankreuzen, widersprechen Sie jeglicher Entnahme von Organen und Geweben.
5. Wenn Sie das fünfte Feld ankreuzen, übertragen Sie die Entscheidung auf eine andere Person, deren Namen Sie hier angeben müssen. Bitte informieren Sie diese Person hierüber. Es ist außerdem sinnvoll, die Kontaktdaten dieser Person im Organspendeausweis einzutragen.

In der Zeile „Anmerkungen/Besondere Hinweise“ können Sie zum Beispiel den Namen und die Telefonnummer einer Vertrauensperson benennen, die im Todesfall benachrichtigt werden soll.

Damit der Organspendeausweis gültig ist, müssen Sie das Datum angeben und den Ausweis unterschreiben.

Antworten auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/90 40 400**.

Informationen im Internet finden Sie unter **www.organspende-info.de**.



Über Eurotransplant

Die Stiftung Eurotransplant ist als Service-Organisation verantwortlich für die Zuteilung von Spenderorganenen in acht europäischen Ländern und arbeitet hierzu eng mit den Organspende-Organisationen, Transplantationszentren, Laboratorien und Krankenhäusern zusammen. Die Zuteilung von Organen (Allokation) basiert dabei ausschließlich auf medizinischen und ethischen Gesichtspunkten. Eurotransplant ist mit Vollversammlung, Vorstand, Beirat und neun Beratungskommissionen, in denen Experten aus allen Mitgliedsländern vertreten sind, demokratisch organisiert.
Mediziner, wissenschaftliche Mitarbeiter und andere Entscheidungsträger nehmen gemeinsam Einfluss auf die Arbeitsprozesse und die Entwicklung bei Eurotransplant.

Zusammenarbeiten heißt Leben retten

Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn
und Slowenien sind Mitglieder von Eurotransplant. In diesem Einzugsgebiet leben circa 135 Millionen Menschen. Die Vorteile der internationalen Zusammenarbeit ergeben sich zum einen aus einem gemeinsamen Spender-Meldesystem und einer zentralen Warteliste. Zum anderen wird die Erfahrung von Medizinern und wissenschaftlichen Mitarbeitern bei Eurotransplant gebündelt, um die Verteilungsregeln von Spenderorganen auf der Basis von wissenschaftlichem Kenntnisstand und medizinischer Expertise zu verbessern.

Auf der zentralen Warteliste stehen gegenwärtig ungefähr 16.000 Patienten. Diese große Anzahl von Patienten macht es möglich, fast jedes Spenderorgan einem geeigneten Empfänger zuzuordnen. Aufgrund des Patientenpools ist häufig das 'Perfect Match' möglich.
Eurotransplant bezieht bei der Zuteilung von Organen verschiedene Merkmale, wie z. B. die Blutgruppe und den Gewebetyp des Spenders und des Empfängers, mit ein. Die Resultate von Transplantationen werden auf diese Weise optimiert und Patienten wird eine höhere Lebensqualität ermöglicht. Pro Jahr werden durch Eurotransplant ca. 7000 Spenderorgane erfolgreich vermittelt. Dank der internationalen Zusammenarbeit steigen die Chancen für hochdringliche Patienten. Die Solidarität unter den Mitgliedsländern erlaubt es zudem, spezifischen Patientengruppen wie z.B. Kindern und Patienten mit seltenen Blutgruppen oder Gewebetypen effizient zu helfen.

Die Verteilung von Spenderorganen

Die 78 Transplantationszentren in den Mitgliedsstaaten von Eurotransplant speisen alle wichtigen Merkmale von Patienten, die auf eine Organtransplantation warten, in die zentrale Datenbank von Eurotransplant ein. Sobald ein Spender gefunden ist, werden auch dessen Merkmale in die zentrale Datenbank aufgenommen. Dann beginnt das Rennen gegen die Zeit. Nach Entnahme müssen Spenderorgane innerhalb weniger Stunden transplantiert werden. Die reibungslose Organisation von der Zuteilung des Organs bis hin zum Transport des Organs an den Bestimmungsort ist deshalb wortwörtlich lebenswichtig. Zu diesem Zweck ist die Zentrale von Eurotransplant 7 Tage die Woche, 24 Stunden täglich von qualifiziertem Personal besetzt. Sobald ein Spender gemeldet wird, bestimmt Eurotransplant mit Hilfe eines komplexen Computerverfahrens für jedes verfügbare Organ eine Matchliste.
Vier allgemeine Prinzipien sind für die Zuteilung von Bedeutung: der erwartete Erfolg nach der Transplantation, die durch Experten festgelegte Dringlichkeit, die Wartezeit und die nationale Organaustauschbilanz. Das zu erwartende Ergebnis nach der Transplantation wird unter anderem anhand der individuellen Merkmale von Spender und Empfänger vorhergesagt.

Die Mitarbeiter in der Zentrale von Eurotransplant bieten das Spenderorgan dem Transplantationszentrum des am höchsten gelisteten Patienten auf der Warteliste an. Zur Sicherheit erhält auch das Transplantationszentrum des zweitgelisteten Patienten ein unverbindliches Angebot. Nach der Annahme des Organs durch den behandelnden Arzt werden die Entnahme und des Transport des Organs organisiert.

Eurotransplant ist ISO 9001 zertifiziert. Eurotransplant wird jährlich durch unabhängige Organisationen auditiert.

Weitere Informationen

- Transplantationszentren
- Patientenvereinigungen
- Nationale Autoritäten
- Patientenbroschüre

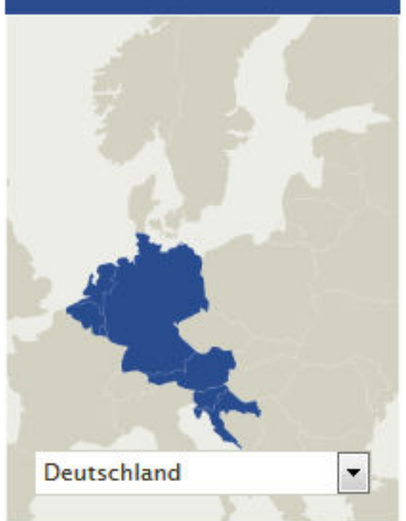
Kennzahlen

10.585
Patienten, aktiv auf der Warteliste am 01.01.2015

5.727
Registrierungen auf der Warteliste in 2014

3.488
Organtransplantationen von verstorbenen Spendern in 2014

80,780.000
Gesamtzahl der Bevölkerung in Deutschland



© Eurotransplant International Foundation → Disclaimer → No commercialization → To our job site (Dutch)

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG)

TPG

Ausfertigungsdatum: 05.11.1997

Vollzitat:

"Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 5d des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 4.9.2007 I 2206
zuletzt geändert durch Art. 5d G v. 15.7.2013 I 2423

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.12.1997 +++)

Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 1 G v. 20.7.2007 I 1574 mWv 1.8.2007

Eingangsformel

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Ziel und Anwendungsbereich des Gesetzes
§ 1a Begriffsbestimmungen
§ 2 Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organ- und Gewebespende, Organ- und Gewebespenderegister, Organ- und Gewebespendeausweis

Abschnitt 2
Entnahme von Organen
und Geweben bei toten Spendern

§ 3 Entnahme mit Einwilligung des Spenders
§ 4 Entnahme mit Zustimmung anderer Personen
§ 4a Entnahme bei toten Embryonen und Föten
§ 5 Nachweisverfahren
§ 6 Achtung der Würde des Organ- und Gewebespenders
§ 7 Datenerhebung und -verwendung; Auskunftspflicht

Abschnitt 3
Entnahme von Organen
und Geweben bei lebenden Spendern

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben

§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen

§ 8b Entnahme von Organen und Geweben in besonderen Fällen

§ 8c Entnahme von Organen und Geweben zur Rückübertragung

Abschnitt 3a
Gewebeeinrichtungen,
Untersuchungslabore, Register

§ 8d Besondere Pflichten der Gewebeeinrichtungen

§ 8e Untersuchungslabore

§ 8f Register über Gewebeeinrichtungen

Abschnitt 4
Entnahme, Vermittlung und
Übertragung von Organen, Zusammenarbeit
bei der Entnahme von Organen und Geweben

§ 9 Zulässigkeit der Organentnahme und -übertragung, Vorrang der Organspende

§ 9a Entnahmekrankenhäuser

§ 9b Transplantationsbeauftragte

§ 10 Transplantationszentren

§ 10a Organ- und Spendercharakterisierung, Transport von Organen, Verordnungsermächtigung zur Organ- und Spendercharakterisierung und zum Transport

§ 11 Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben, Koordinierungsstelle

§ 12 Organvermittlung, Vermittlungsstelle

Abschnitt 5
Meldungen, Dokumentation,
Rückverfolgung, Datenschutz, Fristen

§ 13 Dokumentation, Rückverfolgung, Verordnungsermächtigung zur Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen

§ 13a Dokumentation übertragener Gewebe durch Einrichtungen der medizinischen Versorgung

§ 13b Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen bei Geweben

§ 13c Rückverfolgungsverfahren bei Geweben

§ 14 Datenschutz

§ 15 Aufbewahrungs- und Löschungsfristen

Abschnitt 5a
Richtlinien zum Stand
der Erkenntnisse der medizinischen
Wissenschaft, Verordnungsermächtigung

§ 16 Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen

§ 16a Verordnungsermächtigung

§ 16b Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Entnahme von Geweben und deren Übertragung

Abschnitt 6
Verbotsvorschriften

§ 17 Verbot des Organ- und Gewebehandels

Abschnitt 7
Straf- und Bußgeldvorschriften

§ 18 Organ- und Gewebehandel

§ 19 Weitere Strafvorschriften

§ 20 Bußgeldvorschriften

Abschnitt 8
Schlussvorschriften

§ 21 Zuständige Bundesoberbehörde

§ 22 Verhältnis zu anderen Rechtsbereichen

§ 23 Bundeswehr

§ 24 Änderung des Strafgesetzbuches

§ 25 Übergangsregelungen

§ 26 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Ziel und Anwendungsbereich des Gesetzes

(1) Ziel des Gesetzes ist es, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern. Hierzu soll jede Bürgerin und jeder Bürger regelmäßig im Leben in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage seiner eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und aufgefordert werden, die jeweilige Erklärung auch zu dokumentieren. Um eine informierte und unabhängige Entscheidung jedes Einzelnen zu ermöglichen, sieht dieses Gesetz eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor.

(2) Dieses Gesetz gilt für die Spende und die Entnahme von menschlichen Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung sowie für die Übertragung der Organe oder der Gewebe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen. Es gilt ferner für das Verbot des Handels mit menschlichen Organen oder Geweben.

(3) Dieses Gesetz gilt nicht für

1. Gewebe, die innerhalb ein und desselben chirurgischen Eingriffs einer Person entnommen werden, um auf diese rückübertragen zu werden,
2. Blut und Blutbestandteile.

§ 1a Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes

1. sind Organe, mit Ausnahme der Haut, alle aus verschiedenen Geweben bestehenden, differenzierten Teile des menschlichen Körpers, die in Bezug auf Struktur, Blutgefäßversorgung und Fähigkeit zum Vollzug physiologischer Funktionen eine funktionale Einheit bilden, einschließlich der Organteile und einzelnen Gewebe eines Organs, die unter Aufrechterhaltung der Anforderungen an Struktur und Blutgefäßversorgung zum gleichen Zweck wie das ganze Organ im menschlichen Körper verwendet werden können, mit Ausnahme solcher Gewebe, die zur Herstellung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne des § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes bestimmt sind;
2. sind vermittlungspflichtige Organe die Organe Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm im Sinne der Nummer 1, die nach § 3 oder § 4 entnommen worden sind;

3. sind nicht regenerierungsfähige Organe alle Organe, die sich beim Spender nach der Entnahme nicht wieder bilden können;
4. sind Gewebe alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe nach Nummer 1 sind, einschließlich einzelner menschlicher Zellen;
5. sind nächste Angehörige in der Rangfolge ihrer Aufzählung
   a) der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner,
   b) die volljährigen Kinder,
   c) die Eltern oder, sofern der mögliche Organ- oder Gewebespender zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,
   d) die volljährigen Geschwister,
   e) die Großeltern;
6. ist Entnahme die Gewinnung von Organen oder Geweben;
7. ist Übertragung die Verwendung von Organen oder Geweben in oder an einem menschlichen Empfänger sowie die Anwendung beim Menschen außerhalb des Körpers;
8. ist Gewebeeinrichtung eine Einrichtung, die Gewebe zum Zwecke der Übertragung entnimmt, untersucht, aufbereitet, be- oder verarbeitet, konserviert, kennzeichnet, verpackt, aufbewahrt oder an andere abgibt;
9. ist Einrichtung der medizinischen Versorgung ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung mit unmittelbarer Patientenbetreuung, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung steht und in der ärztliche medizinische Leistungen erbracht werden;
10. sind Verfahrensanweisungen schriftliche Anweisungen, die die Schritte eines spezifischen Verfahrens beschreiben, einschließlich der zu verwendenden Materialien und Methoden und des erwarteten Ergebnisses;
11. ist Rückverfolgbarkeit die Möglichkeit, das Organ in jeder Phase von der Spende bis zur Übertragung oder Verwerfung zu verfolgen und zu identifizieren; dies umfasst auch die Möglichkeit, den Spender, das Entnahmekrankenhaus und den Empfänger im Transplantationszentrum zu identifizieren sowie alle sachdienlichen, nicht personenbezogenen Daten über Produkte und Materialien, mit denen das Organ in Berührung kommt, zu ermitteln und zu identifizieren.

§ 2 Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organ- und Gewebespende, Organ- und Gewebespenderegister, Organ- und Gewebespendeausweise

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen sollen auf der Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung aufklären über

1. die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende,
2. die Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern einschließlich der Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, und der Rechtsfolge einer unterlassenen Erklärung im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen nach § 4 sowie
3. die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen einer medizinischen Anwendung von Organen und Geweben einschließlich von aus Geweben hergestellten Arzneimitteln.

Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein. Die in Satz 1 benannten Stellen sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organ- und Gewebespende (Organspendeausweis) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten und der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Bund und Länder stellen sicher, dass den für die Ausstellung und die Ausgabe von amtlichen Ausweisdokumenten zuständigen Stellen des Bundes und der Länder Organspendeausweise zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen zur Verfügung stehen und dass diese bei der Ausgabe der Ausweisdokumente dem Empfänger des Ausweisdokuments einen Organspendeausweis zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen aushändigen.

(1a) Die Krankenkassen haben, unbeschadet ihrer Pflichten nach Absatz 1, die in Absatz 1 Satz 3 genannten Unterlagen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, zur Verfügung zu stellen, wenn ihnen die elektronische Gesundheitskarte nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgestellt wird. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben die in Absatz 1 Satz 3 genannten Unterlagen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, alle fünf Jahre zusammen mit der Beitragsmitteilung nach § 10 Absatz 2a Satz 9 des Einkommensteuergesetzes zur Verfügung zu stellen. Ist den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein erstmaliges Erfüllen der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 und 2 innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht möglich, haben sie die Unterlagen nach Absatz 1 Satz 3 ihren Versicherten innerhalb des vorgenannten Zeitraums in anderer geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Solange die Möglichkeit zur Speicherung der Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zur Verfügung steht, haben die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die in Absatz 1 Satz 3 genannten Unterlagen ihren Versicherten alle zwei Jahre zu übersenden. Mit der Zurverfügungstellung der Unterlagen fordern die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Versicherten auf, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende zu dokumentieren und benennen ihnen gegenüber fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung.

(2) Wer eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgibt, kann in eine Organ- und Gewebeentnahme nach § 3 einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (Erklärung zur Organ- und Gewebespende). Die Erklärung kann auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränkt werden. Die Einwilligung und die Übertragung der Entscheidung können vom vollendeten sechzehnten, der Widerspruch kann vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden.

(2a) Niemand kann verpflichtet werden, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einer Stelle die Aufgabe übertragen, die Erklärungen zur Organ- oder Gewebespende auf Wunsch der Erklärenden zu speichern und darüber berechtigten Personen Auskunft zu erteilen (Organ- und Gewebespenderegister). Die gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen nur zum Zwecke der Feststellung verwendet werden, ob bei demjenigen, der die Erklärung abgegeben hatte, eine Organ- oder Gewebeentnahme nach § 3 oder § 4 zulässig ist. Die Rechtsverordnung regelt insbesondere

1. die für die Entgegennahme einer Erklärung zur Organ- oder Gewebespende oder für deren Änderung zuständigen öffentlichen Stellen (Anlaufstellen), die Verwendung eines Vordrucks, die Art der darauf anzugebenden Daten und die Prüfung der Identität des Erklärenden,
2. die Übermittlung der Erklärung durch die Anlaufstellen an das Register sowie die Speicherung der Erklärung und der darin enthaltenen Daten bei den Anlaufstellen und dem Register,
3. die Aufzeichnung aller Abrufe im automatisierten Verfahren nach § 10 des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der sonstigen Auskünfte aus dem Register zum Zwecke der Prüfung der Zulässigkeit der Anfragen und Auskünfte,
4. die Speicherung der Personendaten der nach Absatz 4 Satz 1 auskunftsberechtigten Ärzte bei dem Register sowie die Vergabe, Speicherung und Zusammensetzung der Benutzerkennungen und Passwörter für ihre Auskunftsberechtigung,
5. die Löschung der gespeicherten Daten und
6. die Finanzierung des Registers.

(4) Die Auskunft aus dem Register darf ausschließlich an den Erklärenden sowie an einen von einem Krankenhaus dem Register als auskunftsberechtigt benannten Arzt erteilt werden, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe des möglichen Organ- oder Gewebespenders beteiligt ist und auch nicht Weisungen eines Arztes untersteht, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Anfrage darf erst nach der Feststellung des Todes gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erfolgen. Die Auskunft darf nur an den Arzt weitergegeben werden, der die Organ- oder Gewebeentnahme vornehmen oder unter dessen Verantwortung die Gewebeentnahme nach § 3 Abs. 1 Satz 2 vorgenommen werden soll, und an die Person, die nach § 3 Abs. 3 Satz 1 über die beabsichtigte oder nach § 4 über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme zu unterrichten ist.

(5) Die Bundesregierung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates ein Muster für den Organ- und Gewebespendeausweis festlegen und im Bundesanzeiger bekannt machen.

Abschnitt 2
Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern

§ 3 Entnahme mit Einwilligung des Spenders

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist, soweit in § 4 oder § 4a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. der Organ- oder Gewebespender in die Entnahme eingewilligt hatte,
2. der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist und
3. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Abweichend von Satz 1 Nr. 3 darf die Entnahme von Geweben auch durch andere dafür qualifizierte Personen unter der Verantwortung und nach fachlicher Weisung eines Arztes vorgenommen werden.

(2) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn

1. die Person, deren Tod festgestellt ist, der Organ- oder Gewebeentnahme widersprochen hatte,
2. nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.

(3) Der Arzt hat den nächsten Angehörigen des Organ- oder Gewebespenders über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme zu unterrichten. Die entnehmende Person hat Ablauf und Umfang der Organ- oder Gewebeentnahme aufzuzeichnen. Der nächste Angehörige hat das Recht auf Einsichtnahme. Er kann eine Person seines Vertrauens hinzuziehen.

§ 4 Entnahme mit Zustimmung anderer Personen

(1) Liegt dem Arzt, der die Organ- oder Gewebeentnahme vornehmen oder unter dessen Verantwortung die Gewebeentnahme nach § 3 Abs. 1 Satz 2 vorgenommen werden soll, weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organ- oder Gewebespenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme unter den Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3, Satz 2 und Abs. 2 Nr. 2 nur zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Kommt eine Entnahme mehrerer Organe oder Gewebe in Betracht, soll die Einholung der Zustimmung zusammen erfolgen. Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu beachten. Der Arzt hat den nächsten Angehörigen hierauf hinzuweisen. Der nächste Angehörige kann mit dem Arzt vereinbaren, dass er seine Erklärung innerhalb einer bestimmten, vereinbarten Frist widerrufen kann; die Vereinbarung bedarf der Schriftform.

(2) Der nächste Angehörige ist nur dann zu einer Entscheidung nach Absatz 1 befugt, wenn er in den letzten zwei Jahren vor dem Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu diesem persönlichen Kontakt hatte. Der Arzt hat dies durch Befragung des nächsten Angehörigen festzustellen. Bei mehreren gleichrangigen nächsten Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen nach Absatz 1 beteiligt wird und eine Entscheidung trifft; es ist jedoch der Widerspruch eines jeden von ihnen beachtlich. Ist ein vorrangiger nächster Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des zuerst erreichbaren nächsten Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem möglichen Organ- oder Gewebespender bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen.

(3) Hatte der mögliche Organ- oder Gewebespender die Entscheidung über eine Organ- oder Gewebeentnahme einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

(4) Der Arzt hat Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der nächsten Angehörigen sowie der Personen nach Absatz 2 Satz 5 und Absatz 3 aufzuzeichnen. Die nächsten Angehörigen sowie die Personen nach Absatz 2 Satz 5 und Absatz 3 haben das Recht auf Einsichtnahme.

§ 4a Entnahme bei toten Embryonen und Föten

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben bei einem toten Embryo oder Fötus ist nur zulässig, wenn

1. der Tod des Embryos oder Fötus nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist,
2. die Frau, die mit dem Embryo oder Fötus schwanger war, durch einen Arzt über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme aufgeklärt worden ist und in die Entnahme der Organe oder Gewebe schriftlich eingewilligt hat und
3. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

In den Fällen des Satzes 1 Nr. 3 gilt § 3 Abs. 1 Satz 2 entsprechend. Die Aufklärung und die Einholung der Einwilligung dürfen erst nach der Feststellung des Todes erfolgen.

(2) Der Arzt hat Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Aufklärung und der Einwilligung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 aufzuzeichnen. Die entnehmende Person hat Ablauf und Umfang der Organ- oder Gewebeentnahme aufzuzeichnen. Die Frau, die mit dem Embryo oder Fötus schwanger war, hat das Recht auf Einsichtnahme. Sie kann eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 gilt die Frau, die mit dem Embryo oder Fötus schwanger war, nur für die Zwecke der Dokumentation, der Rückverfolgung und des Datenschutzes als Spenderin.

§ 5 Nachweisverfahren

(1) Die Feststellungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 sind jeweils durch zwei dafür qualifizierte Ärzte zu treffen, die den Organ- oder Gewebespender unabhängig voneinander untersucht haben. Abweichend von Satz 1 genügt zur Feststellung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 die Untersuchung und Feststellung durch einen Arzt, wenn der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf eingetreten ist und seitdem mehr als drei Stunden vergangen sind.

(2) Die an den Untersuchungen nach Absatz 1 beteiligten Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe des Spenders beteiligt sein. Sie dürfen auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Feststellung der Untersuchungsergebnisse und ihr Zeitpunkt sind von den Ärzten unter Angabe der zugrunde liegenden Untersuchungsbefunde unverzüglich jeweils in einer Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben. Dem nächsten Angehörigen sowie den Personen nach § 4 Abs. 2 Satz 5 und Abs. 3 ist Gelegenheit zur Einsichtnahme zu geben. Sie können eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen.

(3) Die Feststellung nach § 4a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ist durch einen Arzt zu treffen, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe des Embryos oder Fötus beteiligt sein darf. Er darf auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Untersuchungsergebnisse und der Zeitpunkt ihrer Feststellung sind von den Ärzten unter Angabe der zugrunde liegenden Untersuchungsbefunde unverzüglich jeweils in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben. Der Frau, die mit dem Embryo oder Fötus schwanger war, ist Gelegenheit zur Einsichtnahme zu geben. Sie kann eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen.

§ 6 Achtung der Würde des Organ- und Gewebespenders

(1) Die Organ- oder Gewebeentnahme bei verstorbenen Personen und alle mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen müssen unter Achtung der Würde des Organ- oder Gewebespenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden.

(2) Der Leichnam des Organ- oder Gewebespenders muss in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben werden. Zuvor ist dem nächsten Angehörigen Gelegenheit zu geben, den Leichnam zu sehen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für tote Embryonen und Föten.

§ 7 Datenerhebung und -verwendung; Auskunftspflicht

(1) Die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten eines möglichen Organ- oder Gewebespenders, eines nächsten Angehörigen oder einer Person nach § 4 Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 und die Übermittlung dieser Daten an die nach Absatz 3 Satz 1 auskunftsberechtigten Personen ist zulässig, soweit dies erforderlich ist

1. zur Klärung, ob eine Organ- oder Gewebeentnahme nach § 3 Absatz 1 und 2, § 4 Absatz 1 bis 3 sowie § 9 Absatz 3 Satz 2 zulässig ist und ob ihr medizinische Gründe entgegenstehen,
2. zur Unterrichtung der nächsten Angehörigen nach § 3 Absatz 3 Satz 1,
3. zur Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a,
4. zur Rückverfolgung nach § 13 Absatz 1 oder
5. zur Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 13 Absatz 4.

(2) Zur unverzüglichen Auskunft über die nach Absatz 1 erforderlichen Daten sind verpflichtet:

1. Ärzte, die den möglichen Organ- oder Gewebespender wegen einer dem Tode vorausgegangenen Erkrankung behandelt hatten,
2. Ärzte, die über den möglichen Organ- oder Gewebespender eine Auskunft aus dem Organ- und Gewebespenderegister nach § 2 Abs. 4 erhalten haben,
3. die Einrichtung der medizinischen Versorgung, in der der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 festgestellt worden ist,
4. Ärzte, die bei dem möglichen Organ- oder Gewebespender die Leichenschau vorgenommen haben,
5. die Behörden, in deren Gewahrsam oder Mitgewahrsam sich der Leichnam des möglichen Organ- oder Gewebespenders befindet oder befunden hat,
6. der Transplantationsbeauftragte des Entnahmekrankenhauses,
7. der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums, in dem das Organ übertragen werden soll oder übertragen worden ist, und
8. die von der Koordinierungsstelle (§ 11) oder einer gewebeentnehmenden Gewebeeinrichtung beauftragte Person, soweit sie Auskunft über nach Absatz 1 erforderliche Daten erhalten hat.

Die Pflicht zur unverzüglichen Auskunft besteht erst, nachdem der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 festgestellt ist.

(3) Ein Recht auf Auskunft über die nach Absatz 1 erforderlichen Daten haben

1. Ärzte, die die Entnahme von Organen nach § 3 oder § 4 beabsichtigen und in einem Krankenhaus tätig sind, das nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung solcher Organe zugelassen ist oder mit einem solchen Krankenhaus zum Zwecke der Entnahme solcher Organe zusammenarbeitet, sowie der Transplantationsbeauftragte des Entnahmekrankenhauses und der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums, in dem das Organ übertragen werden soll oder übertragen worden ist,
2. Ärzte, die die Entnahme von Geweben nach § 3 oder § 4 beabsichtigen oder unter deren Verantwortung Gewebe nach § 3 Abs. 1 Satz 2 entnommen werden sollen und in einer Einrichtung der medizinischen Versorgung tätig sind, die solche Gewebe entnimmt oder mit einer solchen Einrichtung zum Zwecke der Entnahme solcher Gewebe zusammenarbeitet, und
3. die von der Koordinierungsstelle beauftragte Person.

Die Auskunft soll für alle Organe oder Gewebe, deren Entnahme beabsichtigt ist, zusammen eingeholt werden. Sie darf erst eingeholt werden, nachdem der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 festgestellt ist.

Abschnitt 3
Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere ist bei einer lebenden Person, soweit in § 8a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. die Person
   a) volljährig und einwilligungsfähig ist,
   b) nach Absatz 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
   c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,
2. die Übertragung des Organs oder Gewebes auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Lebens dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,
3. im Fall der Organentnahme ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht und
4. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.

(2) Der Spender ist durch einen Arzt in verständlicher Form aufzuklären über

1. den Zweck und die Art des Eingriffs,
2. die Untersuchungen sowie das Recht, über die Ergebnisse der Untersuchungen unterrichtet zu werden,
3. die Maßnahmen, die dem Schutz des Spenders dienen, sowie den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organ- oder Gewebeentnahme für seine Gesundheit,
4. die ärztliche Schweigepflicht,
5. die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung und die Folgen für den Empfänger sowie sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst, sowie über
6. die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten.

Der Spender ist darüber zu informieren, dass seine Einwilligung Voraussetzung für die Organ- oder Gewebeentnahme ist. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Spenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von den aufklärenden Personen, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Niederschrift muss auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Satz 3 gilt nicht im Fall der beabsichtigten Entnahme von Knochenmark.

(3) Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen

Die Entnahme von Knochenmark bei einer minderjährigen Person zum Zwecke der Übertragung ist abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a und b sowie Nr. 2 mit folgender Maßgabe zulässig:

1. Die Verwendung des Knochenmarks ist für Verwandte ersten Grades oder Geschwister der minderjährigen Person vorgesehen.
2. Die Übertragung des Knochenmarks auf den vorgesehenen Empfänger ist nach ärztlicher Beurteilung geeignet, bei ihm eine lebensbedrohende Krankheit zu heilen.
3. Ein geeigneter Spender nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 steht im Zeitpunkt der Entnahme des Knochenmarks nicht zur Verfügung.
4. Der gesetzliche Vertreter ist entsprechend § 8 Abs. 2 aufgeklärt worden und hat in die Entnahme und die Verwendung des Knochenmarks eingewilligt. § 1627 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist anzuwenden. Die minderjährige Person ist durch einen Arzt entsprechend § 8 Abs. 2 aufzuklären, soweit dies im Hinblick auf ihr Alter und ihre geistige Reife möglich ist. Lehnt die minderjährige Person die beabsichtigte Entnahme oder Verwendung ab oder bringt sie dies in sonstiger Weise zum Ausdruck, so ist dies zu beachten.
5. Ist die minderjährige Person in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, so ist auch ihre Einwilligung erforderlich.

Soll das Knochenmark der minderjährigen Person für Verwandte ersten Grades verwendet werden, hat der gesetzliche Vertreter dies dem Familiengericht unverzüglich anzuzeigen, um eine Entscheidung nach § 1629 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit § 1796 des Bürgerlichen Gesetzbuchs herbeizuführen.

§ 8b Entnahme von Organen und Geweben in besonderen Fällen

(1) Sind Organe oder Gewebe bei einer lebenden Person im Rahmen einer medizinischen Behandlung dieser Person entnommen worden, ist ihre Übertragung nur zulässig, wenn die Person einwilligungsfähig und entsprechend § 8 Abs. 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in diese Übertragung der Organe oder Gewebe eingewilligt hat. Für die Aufzeichnung der Aufklärung und der Einwilligung gilt § 8 Abs. 2 Satz 4 entsprechend.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Gewinnung von menschlichen Samenzellen, die für eine medizinisch unterstützte Befruchtung bestimmt sind.

(3) Für einen Widerruf der Einwilligung gilt § 8 Abs. 2 Satz 6 entsprechend.

§ 8c Entnahme von Organen und Geweben zur Rückübertragung

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Rückübertragung ist bei einer lebenden Person nur zulässig, wenn

1. die Person
   a) einwilligungsfähig ist,
   b) entsprechend § 8 Abs. 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme und die Rückübertragung des Organs oder Gewebes eingewilligt hat,
2. die Entnahme und die Rückübertragung des Organs oder Gewebes im Rahmen einer medizinischen Behandlung erfolgen und nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft für diese Behandlung erforderlich sind und
3. die Entnahme und die Rückübertragung durch einen Arzt vorgenommen werden.

(2) Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Rückübertragung bei einer Person, die nicht in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite der vorgesehenen Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, ist abweichend von Absatz 1 Nr. 1 nur zulässig, wenn der gesetzliche Vertreter oder ein Bevollmächtigter entsprechend § 8 Abs. 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme und die Rückübertragung des Organs oder Gewebes eingewilligt hat. Die §§ 1627, 1901 Abs. 2 und 3 sowie § 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind anzuwenden.

(3) Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Rückübertragung bei einem lebenden Embryo oder Fötus ist unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 nur zulässig, wenn die Frau, die mit dem Embryo oder Fötus schwanger ist, entsprechend § 8 Abs. 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme und die Rückübertragung des Organs oder Gewebes eingewilligt hat. Ist diese Frau nicht in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der vorgesehenen Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Für die Aufzeichnung der Aufklärung und der Einwilligung gilt § 8 Abs. 2 Satz 4 entsprechend.

(5) Für einen Widerruf der Einwilligung gilt § 8 Abs. 2 Satz 6 entsprechend.

Abschnitt 3a
Gewebeeinrichtungen, Untersuchungslabore, Register

§ 8d Besondere Pflichten der Gewebeeinrichtungen

(1) Eine Gewebeeinrichtung, die Gewebe entnimmt oder untersucht, darf unbeschadet der Vorschriften des Arzneimittelrechts nur betrieben werden, wenn sie einen Arzt bestellt hat, der die erforderliche Sachkunde nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft besitzt. Die Gewebeeinrichtung ist verpflichtet,

1. die Anforderungen an die Entnahme von Geweben nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzuhalten, insbesondere an die Spenderidentifikation, das Entnahmeverfahren und die Spenderdokumentation,
2. sicherzustellen, dass nur Gewebe von Spendern entnommen werden, bei denen eine ärztliche Beurteilung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik ergeben hat, dass der Spender dafür medizinisch geeignet ist,
3. sicherzustellen, dass die für Gewebespender nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erforderlichen Laboruntersuchungen in einem Untersuchungslabor nach § 8e durchgeführt werden,
4. sicherzustellen, dass die Gewebe für die Aufbereitung, Be- oder Verarbeitung, Konservierung oder Aufbewahrung nur freigegeben werden, wenn die ärztliche Beurteilung nach Nummer 2 und die Laboruntersuchungen nach Nummer 3 ergeben haben, dass die Gewebe für diese Zwecke geeignet sind,
5. vor und nach einer Gewebeentnahme bei lebenden Spendern Maßnahmen für eine erforderliche medizinische Versorgung der Spender sicherzustellen und
6. eine Qualitätssicherung für die Maßnahmen nach den Nummern 2 bis 5 sicherzustellen.

Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung nach § 16a.

(2) Eine Gewebeeinrichtung hat unbeschadet ärztlicher Dokumentationspflichten jede Gewebeentnahme und -abgabe und die damit verbundenen Maßnahmen sowie die Angaben über Produkte und Materialien, die mit den entnommenen oder abgegebenen Geweben in Berührung kommen, für die in diesem Gesetz geregelten Zwecke, für Zwecke der Rückverfolgung, für Zwecke einer medizinischen Versorgung des Spenders und für Zwecke der Risikoerfassung und Überwachung nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes oder anderen Rechtsvorschriften nach Maßgabe einer Rechtsverordnung nach § 16a zu dokumentieren.

(3) Jede Gewebeeinrichtung führt eine Dokumentation über ihre Tätigkeit einschließlich der Angaben zu Art und Menge der entnommenen, untersuchten, aufbereiteten, be- oder verarbeiteten, konservierten, aufbewahrten, abgegebenen oder anderweitig verwendeten, eingeführten und ausgeführten Gewebe sowie des Ursprungs- und des Bestimmungsortes der Gewebe und macht eine Darstellung ihrer Tätigkeit öffentlich zugänglich. Sie übermittelt der zuständigen Bundesoberbehörde jährlich einen Bericht mit den Angaben zu Art und Menge der entnommenen, aufbereiteten, be- oder verarbeiteten, aufbewahrten, abgegebenen oder anderweitig verwendeten, eingeführten und ausgeführten Gewebe. Der Bericht erfolgt auf einem Formblatt, das die Bundesoberbehörde herausgegeben und im Bundesanzeiger bekannt gemacht hat. Das Formblatt kann auch elektronisch zur Verfügung gestellt und genutzt werden. Der Bericht ist nach Ablauf des Kalenderjahres, spätestens bis zum 1. März des folgenden Jahres zu übermitteln. Die zuständige Bundesoberbehörde stellt die von den Gewebeeinrichtungen übermittelten Angaben anonymisiert in einem Gesamtbericht zusammen und macht diesen öffentlich bekannt. Ist der Bericht einer Gewebeeinrichtung unvollständig oder liegt er bis zum Ablauf der Frist nach Satz 5 nicht vor, unterrichtet die zuständige Bundesoberbehörde die für die Überwachung zuständige Behörde. Die Gewebeeinrichtungen übersenden der zuständigen Behörde mindestens alle zwei Jahre oder auf Anforderung eine Liste der belieferten Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

§ 8e Untersuchungslabore

Die für Gewebespender nach § 8d Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 vorgeschriebenen Laboruntersuchungen dürfen nur von einem Untersuchungslabor vorgenommen werden, für das eine Erlaubnis nach den Vorschriften des

Arzneimittelgesetzes erteilt worden ist. Das Untersuchungslabor ist verpflichtet, eine Qualitätssicherung für die nach § 8d Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 vorgeschriebenen Laboruntersuchungen sicherzustellen.

§ 8f Register über Gewebeeinrichtungen

(1) Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information führt ein öffentlich zugängliches Register über die im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätigen Gewebeeinrichtungen und stellt seinen laufenden Betrieb sicher. Das Register enthält Angaben zu den Gewebeeinrichtungen und ihrer Erreichbarkeit sowie zu den Tätigkeiten, für die jeweils die Herstellungserlaubnis, die Erlaubnis für die Be- oder Verarbeitung, Konservierung, Lagerung oder das Inverkehrbringen oder die Einfuhrerlaubnis nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes erteilt worden ist. Die zuständigen Behörden der Länder übermitteln dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die Angaben nach Satz 2. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann für die Benutzung des Registers Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen. Von der Zahlung von Entgelten sind die zuständigen Behörden der Länder und die Europäische Kommission befreit.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in das Register aufzunehmenden Angaben nach Absatz 1 Satz 2 im Einzelnen bestimmen sowie Näheres zu ihrer Übermittlung durch die zuständigen Behörden der Länder und der Benutzung des Registers regeln. In der Rechtsverordnung kann auch eine Übermittlung der Angaben an Einrichtungen und Behörden innerhalb und außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes vorgesehen werden.

Abschnitt 4
Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben

§ 9 Zulässigkeit der Organentnahme und -übertragung, Vorrang der Organspende

(1) Die Entnahme von Organen bei verstorbenen Spendern darf nur in Entnahmekrankenhäusern nach § 9a durchgeführt werden.

(2) Die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender darf nur in Transplantationszentren nach § 10 vorgenommen werden. Sind Organe im Geltungsbereich dieses Gesetzes entnommen worden, ist ihre Übertragung nur zulässig, wenn die Organentnahme nach § 11 Absatz 4 Satz 5 durch die Koordinierungsstelle organisiert und unter Beachtung der weiteren Regelungen nach § 11 durchgeführt worden ist. Die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe ist darüber hinaus nur zulässig, wenn die Organe durch die Vermittlungsstelle unter Beachtung der Regelungen nach § 12 Absatz 3 Satz 1 vermittelt worden sind.

(3) Die mögliche Entnahme und Übertragung eines Organs hat Vorrang vor der Entnahme von Geweben; sie darf nicht durch eine Gewebeentnahme beeinträchtigt werden. Die Entnahme von Geweben bei einem möglichen Spender von Organen nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 ist erst dann zulässig, wenn eine von der Koordinierungsstelle beauftragte Person dokumentiert hat, dass die Entnahme oder Übertragung von Organen nicht möglich ist oder durch die Gewebeentnahme nicht beeinträchtigt wird.

§ 9a Entnahmekrankenhäuser

(1) Entnahmekrankenhäuser sind die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen zugelassenen Krankenhäuser, die nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, Organentnahmen von möglichen Spendern nach § 3 oder § 4 nach Maßgabe des § 11 Absatz 4 Satz 5 zu ermöglichen. Die zuständige Behörde benennt gegenüber der Koordinierungsstelle die Entnahmekrankenhäuser, die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen, und unterrichtet die Entnahmekrankenhäuser schriftlich über diese Benennung.

(2) Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet,

1. den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender nach § 3 oder § 4 in Betracht

kommen, nach § 5 festzustellen und der Koordinierungsstelle nach § 11 unverzüglich mitzuteilen; kommen diese Patienten zugleich als Gewebespender nach § 3 oder § 4 in Betracht, ist dies gleichzeitig mitzuteilen,

2. sicherzustellen, dass die Entnahme in einem Operationssaal durchgeführt wird, der dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entspricht, um die Qualität und Sicherheit der entnommenen Organe zu gewährleisten,
3. sicherzustellen, dass das von ihnen eingesetzte medizinische Personal für seine Aufgaben qualifiziert ist, und
4. die auf Grund des § 11 getroffenen Regelungen zur Organentnahme einzuhalten.

§ 9b Transplantationsbeauftragte

(1) Die Entnahmekrankenhäuser bestellen mindestens einen Transplantationsbeauftragten, der für die Erfüllung seiner Aufgaben fachlich qualifiziert ist. Der Transplantationsbeauftragte ist in Erfüllung seiner Aufgaben unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses unterstellt. Er ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig und unterliegt keinen Weisungen. Der Transplantationsbeauftragte ist soweit freizustellen, wie es zur ordnungsgemäßen Durchführung seiner Aufgaben erforderlich ist; die Entnahmekrankenhäuser stellen organisatorisch sicher, dass der Transplantationsbeauftragte seine Aufgaben ordnungsgemäß wahrnehmen kann und unterstützen ihn dabei.

(2) Transplantationsbeauftragte sind insbesondere dafür verantwortlich, dass

1. die Entnahmekrankenhäuser ihrer Verpflichtung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 nachkommen,
2. die Angehörigen von Spendern nach § 3 oder § 4 in angemessener Weise begleitet werden,
3. die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe in den Entnahmekrankenhäusern zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Gesetz festgelegt werden sowie
4. das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird.

(3) Das Nähere, insbesondere zu der erforderlichen Qualifikation und organisationsrechtlichen Stellung der Transplantationsbeauftragten sowie deren Freistellung von ihren sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus, wird durch Landesrecht bestimmt. Durch Landesrecht können die Voraussetzungen festgelegt werden, nach denen mehrere Entnahmekrankenhäuser zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 die Bestellung eines gemeinsamen Transplantationsbeauftragten schriftlich vereinbaren können. Dabei ist sicherzustellen, dass der Transplantationsbeauftragte seine Aufgaben in jedem der Entnahmekrankenhäuser ordnungsgemäß wahrnehmen kann. Im Landesrecht können auch Ausnahmen von der Verpflichtung zur Bestellung eines Transplantationsbeauftragten vorgesehen werden, soweit und solange die Realisierung einer Organentnahme in begründeten Ausnahmefällen wegen der Besonderheiten des Entnahmekrankenhauses ausgeschlossen ist. Die Ausnahmen können einer Genehmigung durch die zuständige Behörde unterworfen werden.

§ 10 Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender zugelassen sind. Bei der Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

(2) Die Transplantationszentren sind verpflichtet,

1. Wartelisten der zur Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen angenommenen Patienten mit den für die Organvermittlung nach § 12 erforderlichen Angaben zu führen sowie unverzüglich über die Annahme eines Patienten zur Organübertragung und seine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden und den behandelnden Arzt darüber zu unterrichten, ebenso über die Herausnahme eines Patienten aus der Warteliste,
2. über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung,

3. die auf Grund des § 11 getroffenen Regelungen zur Organentnahme sowie bei vermittlungspflichtigen Organen die auf Grund des § 12 getroffenen Regelungen zur Organvermittlung einzuhalten,
4. vor der Organübertragung festzustellen, dass die Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a abgeschlossen und dokumentiert ist und die Bedingungen für die Konservierung und den Transport eingehalten worden sind,
5. jede Organübertragung unverzüglich so zu dokumentieren, dass eine lückenlose Rückverfolgung der Organe vom Empfänger zum Spender ermöglicht wird; bei der Übertragung von Organen verstorbener Spender ist die Kenn-Nummer (§ 13 Abs. 1 Satz 1) anzugeben, um eine Rückverfolgung durch die Koordinierungsstelle zu ermöglichen,
6. die durchgeführten Lebendorganspenden aufzuzeichnen,
7. vor und nach einer Organübertragung Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen und
8. nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach diesem Gesetz durchzuführen; dies gilt für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 entsprechend.

§ 9a Absatz 2 Nummer 2 und 3 gilt entsprechend.

(3) Die nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 für die Organvermittlung erforderlichen Angaben sind von einem Arzt oder einer von diesem beauftragten Person zu erheben, zu dokumentieren und an die Vermittlungsstelle nach Maßgabe des § 13 Absatz 3 Satz 3 zu übermitteln. Den in Satz 1 genannten Personen ist es verboten,

1. für eine Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 den Gesundheitszustand eines Patienten unrichtig zu erheben oder unrichtig zu dokumentieren oder
2. bei der Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 einen unrichtigen Gesundheitszustand eines Patienten zu übermitteln,

um Patienten bei der Führung der einheitlichen Warteliste nach § 12 Absatz 3 Satz 2 zu bevorzugen.

§ 10a Organ- und Spendercharakterisierung, Transport von Organen, Verordnungsermächtigung zur Organ- und Spendercharakterisierung und zum Transport

(1) Die von der Koordinierungsstelle beauftragte Person stellt unter ärztlicher Beratung und Anleitung sicher, dass die Organe für eine Übertragung nur freigegeben werden, wenn nach ärztlicher Beurteilung die Organ- und Spendercharakterisierung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik ergeben hat, dass das Organ für eine Übertragung geeignet ist. Die sachdienlichen Angaben über den Spender, die zur Bewertung seiner Eignung zur Organspende erforderlich sind, und die sachdienlichen Angaben über die Merkmale des Organs, die zur Beurteilung nach Satz 1 erforderlich sind, werden nach Maßgabe einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 erhoben, um eine ordnungsgemäße Risikobewertung vorzunehmen, die Risiken für den Organempfänger so gering wie möglich zu halten und die Organvermittlung zu optimieren. Bei der Erhebung dieser Angaben werden, soweit dies möglich und angemessen ist, auch die nächsten Angehörigen im Rahmen der Unterrichtung nach § 3 Absatz 3 Satz 1 oder der Befragung nach § 4 Absatz 1 Satz 1 oder weitere Personen, die Angaben zum Organspender machen können, befragt. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Erhebung der sachdienlichen Angaben vor der Entnahme und Übertragung eines Organs eines lebenden Spenders durch den verantwortlichen Arzt des Transplantationszentrums.

(2) Die Koordinierungsstelle stellt sicher, dass die für die Organ- und Spendercharakterisierung nach Absatz 1 erforderlichen Laboruntersuchungen in Laboren durchgeführt werden, die über qualifiziertes Personal und geeignete Einrichtungen und Ausrüstungen verfügen. Die Labore verfügen über geeignete Verfahrensanweisungen, die gewährleisten, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung der Koordinierungsstelle unverzüglich übermittelt werden.

(3) Der Transport von Organen erfolgt unter Beachtung der Verfahrensanweisung der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1a Satz 2 Nummer 7. Das Nähere zur Kennzeichnung der Behältnisse für den Transport von Organen regelt eine Rechtsverordnung nach Absatz 4.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Bundesärztekammer und weiterer Sachverständiger Regelungen zur Organ- und

Spendercharakterisierung und zum Transport von Organen treffen. In der Rechtsverordnung können insbesondere Regelungen getroffen werden über die Anforderungen an

1. die Angaben, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik bei jeder Organspende erhoben werden müssen,
2. die Angaben, die nach ärztlicher Beurteilung unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit der entsprechenden Angaben und der besonderen Umstände des jeweiligen Falles nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zusätzlich erhoben werden müssen,
3. das Verfahren für die Übermittlung von Angaben über die Organ- und Spendercharakterisierung und
4. die Kennzeichnung der Behältnisse für den Transport von Organen.

Wenn in einem besonderen Fall, einschließlich einem lebensbedrohlichen Notfall, eine Risiko-Nutzen-Analyse ergibt, dass der erwartete Nutzen für den Organempfänger größer ist als die Risiken auf Grund unvollständiger Daten, kann ein Organ auch dann übertragen werden, wenn nicht alle in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 festgelegten Mindestangaben vor der Übertragung vorliegen.

§ 11 Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben, Koordinierungsstelle

(1) Die Entnahme von Organen verstorbener Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle). Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam haben darauf zu achten, dass die Koordinierungsstelle die Voraussetzungen des Satzes 3 erfüllt und dabei nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit arbeitet. Die Koordinierungsstelle hat die grundsätzlichen finanziellen und organisatorischen Entscheidungen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam unverzüglich vorzulegen. Die Haushaltslegung und die finanzielle Eigenständigkeit kann auf Veranlassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam durch unabhängige Sachverständige geprüft werden. Die Koordinierungsstelle hat jährlich einen Geschäftsbericht zu veröffentlichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam haben sicherzustellen, dass die Koordinierungsstelle die Veröffentlichungspflicht erfüllt.

(1a) Die Koordinierungsstelle hat die Zusammenarbeit zur Organentnahme bei verstorbenen Spendern und die Durchführung aller bis zur Übertragung erforderlichen Maßnahmen mit Ausnahme der Vermittlung von Organen durch die Vermittlungsstelle nach § 12 unter Beachtung der Richtlinien nach § 16 zu organisieren, um die vorhandenen Möglichkeiten der Organspende wahrzunehmen und durch die Entnahme und Bereitstellung geeigneter Spenderorgane die gesundheitlichen Risiken der Organempfänger so gering wie möglich zu halten. Hierzu erstellt die Koordinierungsstelle geeignete Verfahrensanweisungen unter Beachtung der Richtlinien nach § 16, insbesondere

1. zur Meldung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1,
2. zur Überprüfung der Spenderidentität,
3. zur Überprüfung der Einzelheiten der Einwilligung des Spenders nach § 3 oder der Zustimmung anderer Personen nach § 4,
4. zur Überprüfung des Abschlusses der Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a Absatz 1,
5. zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12, rechtzeitig erreichen,

6. für die Entnahme, Konservierung, Verpackung und Kennzeichnung von Organen,
7. für den Transport der Organe, um ihre Unversehrtheit während des Transports und eine angemessene Transportdauer sicherzustellen,
8. zur Sicherstellung der Rückverfolgung nach § 13 Absatz 1,
9. zur Sicherstellung der unverzüglichen Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen und der in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 13 Absatz 4.

Die Koordinierungsstelle stellt sicher, dass das von ihr eingesetzte medizinische Personal für seine Aufgaben qualifiziert ist. Das Nähere zur Erstellung der Verfahrensanweisungen nach Satz 2 regelt der Vertrag nach Absatz 2.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Koordinierungsstelle regeln durch Vertrag das Nähere zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle mit Wirkung für die Transplantationscentren und die Entnahmekrankenhäuser. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen sowie die Rahmenregelungen für die Zusammenarbeit der Beteiligten,
2. die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Vermittlungsstelle,
3. die Unterstützung der Transplantationszentren bei Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
4. den Ersatz angemessener Aufwendungen der Koordinierungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesen Gesetz einschließlich der Abgeltung von Leistungen, die Entnahmekrankenhäuser im Rahmen der Organentnahme erbringen,
5. einen angemessenen pauschalen Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten und
6. ein Schlichtungsverfahren bei einer fehlenden Einigung über den Ersatz angemessener Aufwendungen nach Nummer 4.

Der Vertrag nach Satz 1 bedarf des Einvernehmens mit dem Verband der privaten Krankenversicherung.

(3) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 sowie seine Änderung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Satz 3 setzen sie eine Kommission ein, die jeweils aus mindestens einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und zwei Vertretern der Länder zusammengesetzt ist. Die Koordinierungsstelle, die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, der Kommission die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission ist verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen dieses Gesetz oder gegen auf Grund dieses Gesetzes erlassene Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten. Das Nähere zur Zusammensetzung der Kommission, zur Arbeitsweise und zum Verfahren regelt der Vertrag nach Absatz 2.

(4) Die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle zur Entnahme von Organen sowie zur Entnahme von Geweben bei möglichen Organspendern nach § 3 oder § 4 zusammenzuarbeiten. Die Koordinierungsstelle klärt, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Hierzu erhebt sie die Personalien dieser möglichen Organspender und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten. Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, diese Daten an die Koordinierungsstelle zu übermitteln. Die Organentnahme wird durch die Koordinierungsstelle organisiert und erfolgt durch die von ihr beauftragten Ärzte.

(5) Die Koordinierungsstelle führt ein Verzeichnis über die Entnahmekrankenhäuser nach § 9a und über die Transplantationszentren nach § 10. Sie dokumentiert die Tätigkeiten der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren und veröffentlicht jährlich einen Bericht, der die Tätigkeiten der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren im vergangenen Kalenderjahr nach einheitlichen Vorgaben darstellt und insbesondere folgende, nicht personenbezogene Daten enthält:

1. Zahl und Art der durchgeführten Organentnahmen nach § 9 Absatz 1, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4, einschließlich der Zahl und Art der nach der Entnahme verworfenen Organe,
2. Zahl und Art der durchgeführten Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 und ihre Ergebnisse, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4 sowie nach § 8,
3. die Entwicklung der Warteliste nach § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, insbesondere aufgenommene, transplantierte, aus anderen Gründen ausgeschiedene sowie verstorbene Patienten,
4. die Gründe für die Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Warteliste nach § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2,
5. Altersgruppe, Geschlecht, Familienstand und Versichertenstatus der zu den Nummern 2 bis 4 betroffenen Patienten,
6. die Nachbetreuung der Spender nach § 8 Absatz 3 Satz 1 und die Dokumentation ihrer durch die Organspende bedingten gesundheitlichen Risiken,
7. die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 10 Absatz 2 Nummer 8.

In dem Vertrag nach Absatz 2 können einheitliche Vorgaben für den Tätigkeitsbericht und die ihm zugrunde liegenden Angaben der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren vereinbart werden.

(6) (weggefallen)

§ 12 Organvermittlung, Vermittlungsstelle

(1) Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle). Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Organvermittlung nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt. Soweit sie Organe vermittelt, die in Ländern entnommen werden, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder andere Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, um die Organe im Geltungsbereich dieses Gesetzes zu übertragen, oder die im Geltungsbereich dieses Gesetzes entnommen werden, um die Organe in Ländern zu übertragen, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder andere Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, muss sie auch gewährleisten, dass die zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durchgeführt und die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllt werden, die den in diesem Gesetz und auf Grund dieses Gesetzes erlassener Rechtsverordnungen festgelegten Anforderungen gleichwertig sind, und dass eine lückenlose Rückverfolgung der Organe sichergestellt ist. Es dürfen nur Organe vermittelt werden, die im Einklang mit den am Ort der Entnahme geltenden Rechtsvorschriften entnommen worden sind, soweit deren Anwendung nicht zu einem Ergebnis führt, das mit wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts, insbesondere mit den Grundrechten, offensichtlich unvereinbar ist.

(2) Als Vermittlungsstelle kann auch eine geeignete Einrichtung beauftragt werden, die ihren Sitz außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes hat und die Organe im Rahmen eines internationalen Organaustausches unter Anwendung der Vorschriften dieses Gesetzes für die Organvermittlung vermittelt. Dabei ist sicherzustellen, daß die Vorschriften der §§ 14 und 15 sinngemäß Anwendung finden; eine angemessene Datenschutzaufsicht muß gewährleistet sein.

(3) Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. Die Wartelisten der Transplantationszentren sind dabei als eine einheitliche Warteliste zu behandeln. Die Vermittlungsentscheidung ist für jedes Organ unter Angabe der Gründe zu dokumentieren und unter Verwendung der Kenn-Nummer dem Transplantationszentrum und der Koordinierungsstelle zu übermitteln, um eine lückenlose Rückverfolgung der Organe zu ermöglichen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Vermittlungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Vermittlungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die Art der von den Transplantationszentren nach § 13 Abs. 3 Satz 3 zu meldenden Angaben über die Patienten sowie die Verwendung dieser Angaben durch die Vermittlungsstelle in einheitlichen Wartelisten für die jeweiligen Arten der durchzuführenden Organübertragungen,
2. die Erfassung der von der Koordinierungsstelle nach § 13 Abs. 1 Satz 4 gemeldeten Organe,
3. die Vermittlung der Organe nach den Vorschriften des Absatzes 3 sowie Verfahren zur Einhaltung der Vorschriften des Absatzes 1 Satz 3 und 4,

3a. für Organe, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entnommen werden, um die Organe im Geltungsbereich dieses Gesetzes zu übertragen, oder die im Geltungsbereich dieses Gesetzes entnommen werden, um diese Organe in diesen Staaten zu übertragen, die Anforderungen an die Vermittlung dieser Organe unter Einhaltung der Regelungen dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen,

4. die Überprüfung von Vermittlungsentscheidungen in regelmäßigen Abständen,
5. die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Koordinierungsstelle und den Transplantationszentren,
6. eine regelmäßige Berichterstattung der Vermittlungsstelle an die anderen Vertragspartner,
7. den Ersatz angemessener Aufwendungen der Vermittlungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz,
8. eine vertragliche Kündigungsmöglichkeit bei Vertragsverletzungen der Vermittlungsstelle.

Der Vertrag nach Satz 1 bedarf des Einvernehmens mit dem Verband der privaten Krankenversicherung.

(5) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 4 sowie seine Änderung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Satz 3 setzen sie eine Kommission ein, die jeweils aus mindestens einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und zwei Vertretern der Länder zusammengesetzt ist. Die Vermittlungsstelle und die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Kommission die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission ist verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen dieses Gesetz und auf Grund dieses Gesetzes erlassene Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten. Das Nähere zur Zusammensetzung der Kommission, zur Arbeitsweise und zum Verfahren regelt der Vertrag nach Absatz 4.

(6) (weggefallen)

Abschnitt 5
Meldungen, Dokumentation, Rückverfolgung, Datenschutz, Fristen

§ 13 Dokumentation, Rückverfolgung, Verordnungsermächtigung zur Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen

(1) Die Koordinierungsstelle verschlüsselt in einem mit den Transplantationszentren abgestimmten Verfahren die personenbezogenen Daten des Organspenders und bildet eine Kenn-Nummer, die ausschließlich der Koordinierungsstelle einen Rückschluss auf die Person des Organspenders zulässt, um eine lückenlose Rückverfolgung der Organe zu ermöglichen. Die Kenn-Nummer ist in die Begleitpapiere für das entnommene Organ aufzunehmen. Die Begleitpapiere enthalten daneben alle für die Organübertragung erforderlichen medizinischen Angaben, einschließlich der Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a. Die Koordinierungsstelle meldet das Organ, die Kenn-Nummer und die für die Organvermittlung erforderlichen medizinischen Angaben an die Vermittlungsstelle und übermittelt nach Entscheidung der Vermittlungsstelle die Begleitpapiere an das Transplantationszentrum, in dem das Organ auf den Empfänger übertragen werden soll. Das Nähere wird im Vertrag nach § 11 Abs. 2 geregelt.

(2) Die Koordinierungsstelle darf Angaben aus den Begleitpapieren mit den personenbezogenen Daten des Organspenders zur weiteren Information über diesen nur gemeinsam verwenden, insbesondere zusammenführen und an die Transplantationszentren weitergeben, in denen Organe des Spenders übertragen worden sind, soweit dies zur Abwehr einer zu befürchtenden gesundheitlichen Gefährdung der Organempfänger erforderlich ist.

(3) Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll. Die Meldung hat auch dann zu erfolgen, wenn eine Ersatztherapie durchgeführt wird. Die Transplantationszentren melden die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben über die in die Wartelisten aufgenommenen Patienten nach deren schriftlicher Einwilligung an die Vermittlungsstelle. Der Patient ist vor der Einwilligung darüber zu unterrichten, an welche Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. Duldet die Meldung nach Satz 1 oder 3 wegen der Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung des Patienten keinen Aufschub, kann sie auch ohne seine vorherige Einwilligung erfolgen; die Einwilligung ist unverzüglich nachträglich einzuholen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Verfahren regeln

1. für die Übermittlung der Angaben, die für die Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit der Organe nach Absatz 1 notwendig sind,
2. für die Meldung, Dokumentation, Untersuchung und Bewertung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen und, soweit beim Organspender gleichzeitig Gewebe entnommen wurde, für die Meldung an die Gewebeeinrichtung, die das Gewebe entgegengenommen hat, sowie
3. zur Sicherstellung der Meldung von Vorfällen bei einer Lebendorganspende, die mit der Qualität und Sicherheit des gespendeten Organs zusammenhängen können, und von schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen beim lebenden Spender.

§ 13a Dokumentation übertragener Gewebe durch Einrichtungen der medizinischen Versorgung

Die Einrichtungen der medizinischen Versorgung haben dafür zu sorgen, dass für Zwecke der Rückverfolgung oder für Zwecke der Risikoerfassung nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes oder anderen Rechtsvorschriften jedes übertragene Gewebe von dem behandelnden Arzt oder unter dessen Verantwortung nach Maßgabe einer Rechtsverordnung nach § 16a dokumentiert wird.

§ 13b Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen bei Geweben

Die Einrichtungen der medizinischen Versorgung haben

1. jeden schwerwiegenden Zwischenfall im Sinne des § 63i Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes und
2. jede schwerwiegende unerwünschte Reaktion im Sinne des § 63i Absatz 7 des Arzneimittelgesetzes, die bei oder nach der Übertragung der Gewebe beobachtet wurde und mit der Qualität und Sicherheit der Gewebe im Zusammenhang stehen kann,

unverzüglich nach deren Feststellung zu dokumentieren und der Gewebeeinrichtung, von der sie das Gewebe erhalten haben, unverzüglich nach Satz 2 zu melden. Dabei haben sie alle Angaben, die für die Rückverfolgbarkeit und für die Qualitäts- und Sicherheitskontrolle erforderlich sind, nach Maßgabe einer Rechtsverordnung nach § 16a mitzuteilen.

§ 13c Rückverfolgungsverfahren bei Geweben

(1) Jede Gewebeeinrichtung legt ein Verfahren fest, mit dem sie jedes Gewebe, das durch einen schwerwiegenden Zwischenfall im Sinne des § 63i Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes oder eine schwerwiegende unerwünschte Reaktion im Sinne des § 63i Absatz 7 des Arzneimittelgesetzes beeinträchtigt sein könnte, unverzüglich aussondern, von der Abgabe ausschließen und die belieferten Einrichtungen der medizinischen Versorgung unterrichten kann.

(2) Hat eine Gewebeeinrichtung oder eine Einrichtung der medizinischen Versorgung den begründeten Verdacht, dass Gewebe eine schwerwiegende Krankheit auslösen kann, so hat sie der Ursache unverzüglich nachzugehen und das Gewebe von dem Spender zu dem Empfänger oder umgekehrt zurückzuverfolgen. Sie hat ferner vorangegangene Gewebespenden des Spenders zu ermitteln, zu untersuchen und zu sperren, wenn sich der Verdacht bestätigt.

§ 14 Datenschutz

(1) Ist die Koordinierungsstelle, die Vermittlungsstelle oder die Gewebeeinrichtung eine nichtöffentliche Stelle im Geltungsbereich dieses Gesetzes, findet § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes mit der Maßgabe Anwendung, dass die Aufsichtsbehörde die Ausführung der Vorschriften über den Datenschutz auch insoweit kontrolliert, als deren Anwendungsbereich weiter ist, als in § 38 Abs. 1 Satz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes vorausgesetzt. Dies gilt auch für die Verwendung personenbezogener Daten durch Personen mit Ausnahme des Erklärenden, an die nach § 2 Abs. 4 Auskunft aus dem Organ- und Gewebespenderegister erteilt oder an die die Auskunft weitergegeben worden ist.

(2) Die an der Erteilung oder Weitergabe der Auskunft nach § 2 Abs. 4 beteiligten Personen mit Ausnahme des Erklärenden, die an der Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2, die an der Mitteilung, Unterrichtung oder Übermittlung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 und § 11 Abs. 4 sowie die an der Organ- oder Gewebeentnahme, der Organvermittlung oder -übertragung oder der Gewebeabgabe oder -übertragung beteiligten Personen dürfen personenbezogene Daten der Spender und der Empfänger nicht offenbaren. Dies gilt auch für personenbezogene Daten von Personen, die nach § 3 Abs. 3 Satz 1 über die beabsichtigte oder nach § 4 oder § 4a über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet worden sind. Die im Rahmen dieses Gesetzes erhobenen personenbezogenen Daten dürfen für andere als in diesem Gesetz genannte Zwecke nicht verwendet werden. Sie dürfen für gerichtliche Verfahren verwendet werden, deren Gegenstand die Verletzung des Offenbarungsverbots nach Satz 1 oder 2 ist. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen haben technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, damit die Daten gegen unbefugtes Hinzufügen, Löschen oder Verändern geschützt sind und keine unbefugte Weitergabe erfolgt.

(2a) Ärzte und anderes wissenschaftliches Personal des Entnahmekrankenhauses, des Transplantationszentrums, der Koordinierungsstelle nach § 11 und der Vermittlungsstelle nach § 12 dürfen personenbezogene Daten, die im Rahmen der Organ- und Spendercharakterisierung beim Organ- oder Gewebespender oder im Rahmen der Organ- oder Gewebeübertragung beim Organ- oder Gewebeempfänger erhoben worden sind, abweichend von Absatz 2 Satz 3 für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben verwenden. Diese Daten dürfen für ein bestimmtes Forschungsvorhaben an Dritte und andere als die in Satz 1 genannten Personen übermittelt und von diesen verwendet werden, wenn

1. die Daten der betroffenen Person nicht mehr zugeordnet werden können,
2. im Falle, dass der Forschungszweck die Möglichkeit der Zuordnung erfordert, die betroffene Person eingewilligt hat oder
3. im Falle, dass weder auf die Zuordnungsmöglichkeit verzichtet noch die Einwilligung mit verhältnismäßigem Aufwand eingeholt werden kann, das öffentliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens die schützenswerten Interessen der betroffenen Person überwiegt und der Forschungszweck nicht auf andere Weise zu erreichen ist.

Die personenbezogenen Daten sind, soweit dies nach dem Forschungszweck möglich ist und keinen im Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck unverhältnismäßigen Aufwand erfordert, zu anonymisieren oder, solange eine Anonymisierung noch nicht möglich ist, zu pseudonymisieren.

(3) Von diesen Vorschriften unberührt bleibt im Falle der Samenspende das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Im Falle der Knochenmarkspende darf abweichend von Absatz 2 die Identität des Gewebespenders und des Gewebeempfängers gegenseitig oder den jeweiligen Verwandten bekannt gegeben werden, wenn der Gewebespender und der Gewebeempfänger oder ihre gesetzlichen Vertreter darin ausdrücklich eingewilligt haben.

§ 15 Aufbewahrungs- und Löschungsfristen

(1) Die Aufzeichnungen über die Beteiligung nach § 4 Abs. 4, über die Aufklärung nach § 4a Abs. 2, zur Feststellung der Untersuchungsergebnisse nach § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3, zur Aufklärung nach § 8 Abs. 2 Satz 4, auch in Verbindung mit § 8a Satz 1 Nr. 4, § 8b Abs. 1 und 2, § 8c Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b und Abs. 2 und 3 und zur gutachtlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 sowie die Dokumentationen

der Organentnahme, -vermittlung und -übertragung und die nach § 10a erhobenen Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung sind mindestens 30 Jahre aufzubewahren, um eine lückenlose Rückverfolgung der Organe zu ermöglichen.

(2) Die nach § 8d Absatz 2 zu dokumentierenden Angaben müssen mindestens 30 Jahre lang nach Ablauf des Verfalldatums des Gewebes und die nach § 13a zu dokumentierenden Daten mindestens 30 Jahre lang nach der Übertragung des Gewebes aufbewahrt werden und unverzüglich verfügbar sein.

(3) Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist nach den Absätzen 1 und 2 sind die Angaben zu löschen oder zu anonymisieren.

Abschnitt 5a
Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, Verordnungsermächtigung

§ 16 Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen

(1) Die Bundesärztekammer stellt den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest für

1. die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation,

1a. die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 4a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,

2. die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme,

3. die ärztliche Beurteilung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1,

4. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen einschließlich ihrer Dokumentation ergänzend zu der Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a, insbesondere an

    a) die Untersuchung des Organspenders, der entnommenen Organe und der Organempfänger, um die gesundheitlichen Risiken für die Organempfänger, insbesondere das Risiko der Übertragung von Krankheiten, so gering wie möglich zu halten,

    b) die Konservierung, Aufbereitung, Aufbewahrung und Beförderung der Organe, um diese in einer zur Übertragung oder zur weiteren Aufbereitung und Aufbewahrung vor einer Übertragung geeigneten Beschaffenheit zu erhalten,

    c) die Erkennung und Behandlung von Vorfällen bei einer Lebendorganspende, die mit der Qualität und Sicherheit des gespendeten Organs zusammenhängen können, oder von schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen beim lebenden Spender, die im Rahmen seiner Nachbetreuung festgestellt werden,

5. die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 Satz 1,

6. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und

7. die Anforderungen an die Aufzeichnung der Lebendorganspenden nach § 10 Absatz 2 Nummer 6.

Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.

(2) Die Bundesärztekammer legt das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 und für die Beschlussfassung fest. Die Richtlinien nach Absatz 1 sind zu begründen; dabei ist insbesondere die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen.
Bei der Erarbeitung der Richtlinien ist die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise, einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Transplantationsgesellschaft, der Koordinierungsstelle nach § 11, der

Vermittlungsstelle nach § 12 und der zuständigen Behörden der Länder vorzusehen. Darüber hinaus sollen bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 1a und 5 Ärzte, die weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt sind, noch Weisungen eines Arztes unterstehen, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 5 Personen mit der Befähigung zum Richteramt und Personen aus dem Kreis der Patienten, bei der Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 ferner Personen aus dem Kreis der Angehörigen von Organspendern nach § 3 oder § 4 angemessen vertreten sein.

(3) Die Richtlinien nach Absatz 1 sowie deren Änderungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann von der Bundesärztekammer im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern.

§ 16a Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Bundesärztekammer und weiterer Sachverständiger die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung regeln, sofern dies zur Abwehr von Gefahren für die Gesundheit von Menschen oder zur Risikovorsorge erforderlich ist. In der Rechtsverordnung kann insbesondere das Nähere zu den Anforderungen an

1. die Entnahme und Übertragung von Geweben einschließlich ihrer Dokumentation und an den Schutz der dokumentierten Daten,
2. die ärztliche Beurteilung der medizinischen Eignung als Gewebespender,
3. die Untersuchung der Gewebespender,
4. die Meldung von Qualitäts- und Sicherheitsmängeln und schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen durch Einrichtungen der medizinischen Versorgung und
5. die Aufklärung und die Einholung der Einwilligung der Gewebespender oder der Zustimmung zu einer Gewebeentnahme

geregelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf die zuständige Bundesoberbehörde übertragen.

§ 16b Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Entnahme von Geweben und deren Übertragung

(1) Die Bundesärztekammer kann ergänzend zu den Vorschriften der Rechtsverordnung nach § 16a in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde zur Entnahme von Geweben und deren Übertragung feststellen, insbesondere zu den Anforderungen an

1. die ärztliche Beurteilung der medizinischen Eignung als Gewebespender,
2. die Untersuchung der Gewebespender und
3. die Entnahme, Übertragung und Anwendung von menschlichen Geweben.

Bei der Erarbeitung der Richtlinien ist die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise einschließlich der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sicherzustellen. Die Richtlinien werden von der zuständigen Bundesoberbehörde im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

(2) Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer nach Absatz 1 beachtet worden sind.

Abschnitt 6
Verbotsvorschriften

§ 17 Verbot des Organ- und Gewebehandels

(1) Es ist verboten, mit Organen oder Geweben, die einer Heilbehandlung eines anderen zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben. Satz 1 gilt nicht für

1. die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen, insbesondere für die Entnahme, die Konservierung, die weitere

Aufbereitung einschließlich der Maßnahmen zum Infektionsschutz, die Aufbewahrung und die Beförderung der Organe oder Gewebe, sowie

2. Arzneimittel, die aus oder unter Verwendung von Organen oder Geweben hergestellt sind und den Vorschriften über die Zulassung nach § 21 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 37 des Arzneimittelgesetzes, oder der Registrierung nach § 38 oder § 39a des Arzneimittelgesetzes unterliegen oder durch Rechtsverordnung nach § 36 des Arzneimittelgesetzes von der Zulassung oder nach § 39 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes von der Registrierung freigestellt sind, oder Wirkstoffe im Sinne des § 4 Abs. 19 des Arzneimittelgesetzes, die aus oder unter Verwendung von Zellen hergestellt sind.

(2) Ebenso ist verboten, Organe oder Gewebe, die nach Absatz 1 Satz 1 Gegenstand verbotenen Handeltreibens sind, zu entnehmen, auf einen anderen Menschen zu übertragen oder sich übertragen zu lassen.

Abschnitt 7
Straf- und Bußgeldvorschriften

§ 18 Organ- und Gewebehandel

(1) Wer entgegen § 17 Abs. 1 Satz 1 mit einem Organ oder Gewebe Handel treibt oder entgegen § 17 Abs. 2 ein Organ oder Gewebe entnimmt, überträgt oder sich übertragen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig, ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4) Das Gericht kann bei Organ- oder Gewebespendern, deren Organe oder Gewebe Gegenstand verbotenen Handeltreibens waren, und bei Organ- oder Gewebeempfängern von einer Bestrafung nach Absatz 1 absehen oder die Strafe nach seinem Ermessen mildern (§ 49 Abs. 2 des Strafgesetzbuchs).

§ 19 Weitere Strafvorschriften

(1) Wer

1. entgegen § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a oder Buchstabe b oder Nr. 4 oder § 8c Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 3, Abs. 2 Satz 1, auch in Verbindung mit Abs. 3 Satz 2, oder § 8c Abs. 3 Satz 1 ein Organ oder Gewebe entnimmt,
2. entgegen § 8 Abs. 1 Satz 2 ein Organ entnimmt oder
3. entgegen § 8b Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Abs. 2, ein Organ oder Gewebe zur Übertragung auf eine andere Person verwendet oder menschliche Samenzellen gewinnt,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wer entgegen § 3 Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2, § 4 Abs. 1 Satz 2 oder § 4a Abs. 1 Satz 1 ein Organ oder Gewebe entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2a) Mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer absichtlich entgegen § 10 Absatz 3 Satz 2 den Gesundheitszustand eines Patienten erhebt, dokumentiert oder übermittelt.

(3) Wer

1. entgegen § 2 Abs. 4 Satz 1 oder Satz 3 eine Auskunft erteilt oder weitergibt,
2. entgegen § 13 Abs. 2 eine Angabe verwendet oder
3. entgegen § 14 Abs. 2 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2, oder Satz 3 personenbezogene Daten offenbart oder verwendet,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) In den Fällen der Absätze 1, 2 und 2a ist der Versuch strafbar.

(5) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 2 fahrlässig, ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

§ 20 Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 5 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 3 Satz 3 eine Aufzeichnung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,
2. entgegen § 8d Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 16a Satz 2 Nr. 3 nicht sicherstellt, dass eine Laboruntersuchung durchgeführt wird,
3. entgegen § 8d Abs. 2 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 16a Satz 2 Nr. 1 eine Gewebeentnahme, eine Gewebeabgabe, eine damit verbundene Maßnahme oder eine dort genannte Angabe nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig dokumentiert,
4. entgegen § 9 Absatz 1 oder Absatz 2 Satz 1 oder Satz 3 ein Organ entnimmt oder überträgt,
5. entgegen § 9 Absatz 2 Satz 2 ein Organ überträgt, ohne dass die Entnahme des Organs durch die Koordinierungsstelle organisiert wurde,
6. entgegen § 10 Absatz 2 Nummer 4 nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig feststellt, dass die Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a Absatz 1 abgeschlossen ist oder die Bedingungen für den Transport nach § 10a Absatz 3 Satz 1 eingehalten sind,
7. entgegen § 10 Absatz 2 Nummer 5 die Organübertragung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig dokumentiert,
8. entgegen § 10a Absatz 1 Satz 1 nicht sicherstellt, dass ein Organ nur unter den dort genannten Voraussetzungen für eine Übertragung freigegeben wird,
9. entgegen § 13a in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 16a Satz 2 Nr. 1 nicht dafür sorgt, dass ein übertragenes Gewebe dokumentiert wird,
10. entgegen § 13b Satz 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 16a Satz 2 Nr. 4 einen Qualitäts- oder Sicherheitsmangel oder eine schwerwiegende unerwünschte Reaktion nicht, nicht richtig, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig dokumentiert oder eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht oder
11. einer Rechtsverordnung nach § 10a Absatz 4 Satz 1, § 13 Absatz 4 oder § 16a Satz 1 oder einer vollziehbaren Anordnung auf Grund einer solchen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu dreißigtausend Euro geahndet werden.

Abschnitt 8
Schlussvorschriften

§ 21 Zuständige Bundesoberbehörde

Zuständige Bundesoberbehörde im Sinne dieses Gesetzes ist das Paul-Ehrlich-Institut.

§ 22 Verhältnis zu anderen Rechtsbereichen

Die Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes und des Stammzellgesetzes bleiben unberührt.

§ 23 Bundeswehr

Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung obliegt der Vollzug dieses Gesetzes bei der Überwachung den zuständigen Stellen und Sachverständigen der Bundeswehr.

§ 24

(Änderung des Strafgesetzbuchs)

§ 25 Übergangsregelungen

(1) Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Verträge über Regelungsgegenstände nach § 11 gelten weiter, bis sie durch Vertrag nach § 11 Abs. 1 und 2 abgelöst oder durch Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 6 ersetzt werden.

(2) Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Verträge über Regelungsgegenstände nach § 12 gelten weiter, bis sie durch Vertrag nach § 12 Abs. 1 und 4 abgelöst oder durch Rechtsverordnung nach § 12 Abs. 6 ersetzt werden.

§ 26 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

-

i + merken

Organspende ja oder nein?

Die eigene Entscheidung nach dem Skandal

Vom 1. November an werden Krankenkassen Info-Briefe über Organspende verschicken - weil es viel zu wenige Spender gibt. Mitten in den Skandal sollen sich Bürger entscheiden: Organspende ja oder nein?

Barbara Gebings Lebensretter ist so groß wie ein altes Faxgerät. Nachts brummt die weiße, kastenförmige Maschine und erledigt monoton ihre Arbeit. Im Schlaf. Dialyse, acht Stunden lang, zu Hause auf dem Hochbett. Jeden Abend balanciert Barbara Gebing zwei massige fünf-Liter-Plastikbeutel für die Blutwäsche die schmale Holztreppe auf die Empore ihrer Berliner Altbauwohnung, manchmal hilft Tochter Lara bei der Schlepperei. Lara ist 13.

Anzeige

Barbara Gebing ist 41, alleinerziehend. Vor drei Jahren begannen ihre beiden Nieren zu versagen. Wenn es keine Organspende gäbe, blieben ihr mit dieser Maschine vielleicht noch sechs Jahre Leben. Doch ihre Kräfte würden nachlassen. Es ginge bergab, Stufe für Stufe, wie die Treppen des Hochbetts, über die sie die benutzten Blutwäsche-Beutel am Morgen wieder herunterträgt. Sie könnte nicht mehr für das Bezirksamt arbeiten, nicht mehr für ihr Kind sorgen.

Barbara Gebing hat immer gewusst, dass es einmal so kommen wird. Es passiert meist zwischen 40 und 50, wenn seit der Geburt Zysten auf den Nieren sitzen, kleine Zellknubbel, die man nicht wegoperieren kann. "Früher habe ich gedacht, wenn ich an die Dialyse muss, bringe ich mich um", sagt sie. Nun hat Barbara Gebing einen OP-Termin. Am 30. Oktober setzen Ärzte ihr eine neue Niere ein. Ein Spenderorgan.

Vom 1. November an werden viele Bundesbürger Post von ihrer Krankenkasse bekommen. Ein Schreiben, das über Organspende aufklärt. Es ist Teil des neuen Transplantationsgesetzes, ein Denkanstoß. Es ist der Minimalkonsens, auf den sich die Politik nach langem Ringen geeinigt hat, weil es viel zu wenig Spenderorgane in Deutschland gibt. 12 000 Menschen warten darauf. Viele sterben, bevor sie eine neue Niere, Leber oder ein neues Herz bekommen.

Organspende - ja oder nein

Wer diesen Brief von der Krankenkasse bekommt, soll sich entscheiden. Organspende - ja oder nein. Die Neuerung soll eine fatale Lücke im Verhalten der Deutschen schließen: Viele haben in Umfragen nichts gegen Organspende. Aber sie füllen keinen Spenderausweis aus, orange-blau, nur etwas größer als eine Bankkarte.

Das war schon vor dem Organspende-Skandal an den Uni-Kliniken von Göttingen und Regensburg so. Seit Juli beschäftigen diese Fälle die Justiz, auch eine Münchner Klinik steht inzwischen unter Verdacht. Transplantationsärzte, so die Vermutungen, haben ihre Patienten auf dem Papier bewusst kränker gemacht als sie waren - damit sie früher eine Spenderleber bekommen.

Die fetten Schlagzeilen, die Aufklärungsversuche, die politischen Organ-Gipfel und neue Kontrollmaßnahmen - sie alle überschatten ein Grundproblem. Es gibt eine Gesellschaft, die sich mit der Transplantationsmedizin und ihren enormen Fortschritten in den vergangen 60 Jahren wenig beschäftigt. Denn das Ausfüllen eines Spenderausweises rührt zwangsläufig an etwas anderem: dem Nachdenken über den Tod. Ein Tabu-Thema, das oft verdrängt wird, bis es sich mit aller Macht ins Leben drängt. Wenn Gefühle wie Sorge und Trauer überwiegen, ist es für eine rationale Auseinandersetzung mit Organspende meist zu spät - der Mensch ist keine Maschine.

Barbara Gebing ist das alles nicht fremd. Sie gibt unumwunden zu, dass sie den Gedanken an Nierenversagen trotz des Wissens um ihre Zysten 35 Jahre lang verdrängte. Für sie brach eine Welt zusammen, als ihr Arzt 2007 sagte, es sei jetzt bald soweit. Wie sollte das gehen? Dreimal in der Woche für fünf Stunden in ein Dialysezentrum? Mit Job und Kind? Dass eine spezielle Bauchfell-Blutwäsche auch zu Hause möglich ist, erfuhr sie erst später. Dass diese Methode meist nur zehn Jahre lang gut geht, erfuhr sie auch.

"Wer weiß, ob ich schon tot bin"

Barbara Gebing hat Familie und Freunde schon vor dem großen Skandal auf Organspende-Ausweise angesprochen. Sie ist an abweisende Reaktionen gewöhnt, nun ist der Ton noch schärfer: "Ich geb' doch nichts von mir her." - "Wer weiß, ob ich schon tot bin." - "Die wollen meine Organe doch nur verkaufen." - "Sieht man doch in Göttingen, was die damit machen." Gebing argumentiert anders. Sie wirbt nicht für Organspende. Sie will eine Entscheidung. Egal, ob dafür oder dagegen, aber gut überlegt und fixiert auf einem Ausweis.

Wie sachlich solche Diskussionen fern von Krankenbetten laufen können, zeigt sich an einem schönen Herbstmorgen in Berlin. Es ist Sonntag, doch der große Hörsaal im Charité-Bettenhochhaus ist gut besetzt. Transplantationsarzt Andreas Pascher schildert ruhig, vor welchen Problemen seine Zunft inzwischen steht. «Wir akzeptieren Organe von immer älteren Spendern», sagt er. «Wir gehen in die Extreme, bis hin zu 85-Jährigen.» Und nun auch noch dieser Skandal, der das Vertrauen in das ganze Organspende-System erschüttere.

Für Pascher gibt es nur zwei Wege aus der Misere: «Die Transparenz muss in den Vordergrund», sagt er. «Und wir müssen die Bevölkerung fragen. Wir können nur erfolgreich sein, wenn es ein gesellschaftliches Bekenntnis zur Organspende gibt.» Denn Alternativen gebe es nicht, auf ganz lange Sicht nicht. Die Berliner fragen Pascher nach seinem Vortrag Löcher in den Bauch. Wo kommen die Organe her? Wer bestimmt die Dringlichkeit bei einer Transplantation? Können Angehörige widersprechen? Die Fragen hören nicht mehr auf. Es gibt wohl wirklich so etwas wie ein Wissens-Defizit.

Vielleicht muss man für dieses Wissen ganz an den Anfang gehen. Ins Berliner Vivantes-Klinikum am Friedrichshain zum Beispiel, zum Neurochirurgen Dag Moskopp. Er nimmt sich Zeit für die Fragen nach Leben und Tod. Es gehört zu seinem Beruf. Ärzte wie er urteilen darüber, ob ein Mensch tot ist, hirntot. Was das überhaupt bedeutet. Und, was das für die Organspende bedeutet.

Wenn die Kriterien erfüllt sind

Rund 400 Mal hat Moskopp bisher den Hirntod eines Menschen festgestellt. Wenn das Gehirn nicht mehr durchblutet werde, ein Patient nicht mehr eigenständig atme und alle wichtigen Reflexe ausblieben - dann seien die Kriterien erfüllt, sagt der Professor. Die Persönlichkeit, das Ich, sie erlöschen. So traurig das auch ist, zum Hirntod gibt es noch etwas zu sagen: Der Zustand, in dem der Körper auf einer Intensivstation durch Maschinen am Leben gehalten wird, aber der Geist schon tot ist - dieser Zustand ist die einzige Möglichkeit, um lebenswichtige Organe für eine aussichtsreiche Transplantation zu entnehmen.

"Niemand hat einen direkten Zugang zum Begriff Tod", sagt Dag Moskopp. "Genauso wenig wie zum Begriff Leben oder Liebe." Aber es gebe Zeichen. Und die Hirntod-Zeichen seien die sichersten, um auf den Tod rückzuschließen. Der Neurochirurg weiß, wie schwer das alles für Angehörige in einer Trauersituation zu fassen ist. Er umschreibt die Intensivstation wie eine Brücke, wie künstlich geliehenes Leben. Manchmal schafften schwer verletzte Patienten es von dieser Brücke langsam ans andere Ufer, zurück ins Leben. "Aber bei einigen führt sie ins Nichts", sagt Moskopp. Zuerst wie in einen Nebel. Und dann breche sie ab. "Von dort kommt niemand mehr zurück."

Nur selten komme es vor, dass Angehörige das Thema Organspende auf einer Intensivstation von sich aus ansprechen, sagt Alfred Holzgreve, Transplantationsbeauftragter der Berliner Vivantes-Kliniken. Wenn es keinen Spenderausweis gibt, gehen Mitarbeiter auf die Familie zu. Aber in der Regel entscheiden sich Angehörige in dieser Ausnahme-Situation gegen eine Organentnahme. Es ist wie ein Schutzreflex - für sich selbst und den Hirntoten. Holzgreve hat früher selbst Nieren transplantiert. "Wenn die Leute sehen würden, wie todkranke Patienten mit einem neuen Organ plötzlich wieder gut leben können. Das wäre so motivierend", sagt er.

Dag Moskopp treibt mit Blick auf den Organspende-Skandal noch etwas anderes um. Es sei dieser Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen seit den 1990er Jahren. "Dieses Ökonomieprinzip", sagt er. "Man wird geradezu dazu verführt, zu denken, dass nur noch das Gewinnträchtige zählt." Er könne sich nicht vorstellen, dass da in Göttingen ein Einzelner am Rädchen gedreht habe. Transplantationen brächten Geld, noch mehr Transplantationen noch mehr Geld.

Ein steiniger Weg

Barbara Gebings private Organspende-Kampagne hat ihr ein Geschenk beschert, mit dem sie nicht gerechnet hat. Ein naher Angehöriger füllte keinen Organspendeausweis aus. Aber er bot ihr eine seiner gesunden Nieren für eine Transplantation an - als Lebendspender. Damit sie nicht auf die lange Warteliste angewiesen ist und von der Dialyse loskommt, ehe es abwärts geht. Reden möchte er darüber nicht.

Barbara Gebing wird dieses besondere Geschenk annehmen. Sie ist dafür einen steinigen Weg gegangen. Beim ersten Gesundheitscheck für die Transplantation vor drei Jahren entdeckten Ärzte bei ihr nicht nur Schilddrüsenkrebs, sondern auch noch ein Aneurysma im Gehirn - eine geschwollene Ader, die jederzeit platzen konnte. "Ich habe für einen Moment überlegt, ob ich aufgebe", erinnert sie sich.

Statt Aufgeben hat sie dann an Aufgabe gedacht. An die Aufgabe, zu überleben, auch für ihre Tochter. Heute, nach gelungener Schilddrüsen- und einer Aneurysma-OP, die Dag Moskopp ausführte, sieht sie sich als Glückskind. "Vielleicht wäre das alles ohne die Nieren gar nicht aufgefallen. Und ich wäre inzwischen an Krebs gestorben und würde gar nicht mehr hier sitzen."

Ihr Optimismus ist ungebrochen: "Ich habe 37 gesunde Jahre gehabt. Und ich kann nach der Transplantation noch einmal mehr als 25 davon haben." Weil ein anderer Mensch eine Entscheidung getroffen hat.

17.10.2012 | 14:59 Uhr, zuletzt aktualisiert um 15:12 Uhr   DPA, N24

ARTIKEL EMPFEHLEN
0 Like   0 Tweet   Teilen   Mail

VERWANDTE THEMEN
Barbara Gebing →
Dag Moskopp →
Göttingen →
Dialyse →
Organspende →
Andreas Pascher →

Alle Themenseiten →

SPIELE

Sudoku, Kreuzworträtsel und Denksport

ARTIKEL KOMMENTIEREN

Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login →

Ihr Kommentar

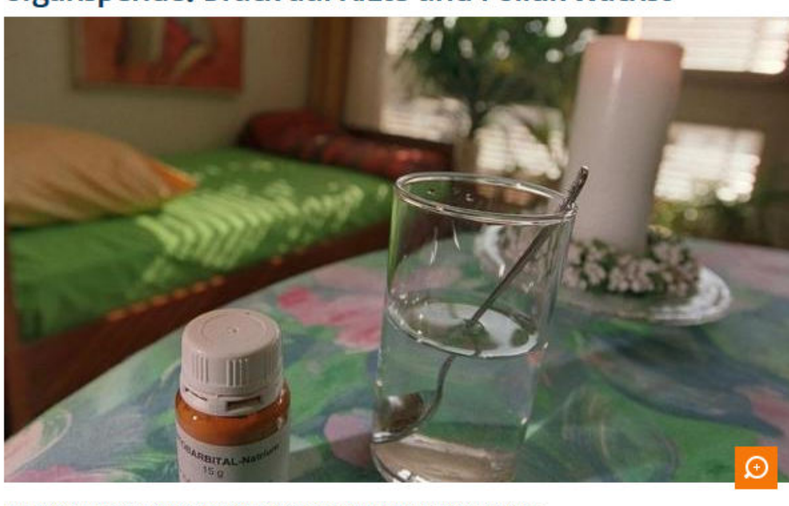
LESERKOMMENTARE (0)

© 2014 WeltN24 GmbH

3 Monate nichts bezahlen
für nur 9,90€* im Red 1.5 GB sichern.
Jetzt wechseln ›
Vodafone
XPERIA Z3 Compact

Politik

Organspende: Druck auf Ärzte und Politik wächst



Das Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital und ein Glas Wasser stehen in einem Zimmer des Sterbehilfe-Vereins Dignitas in Zürich. Foto: Gaetan Bally/Archiv

Der Ruf nach Konsequenzen aus dem Organspende-Skandal an den Unikliniken in Göttingen und Regensburg wird immer lauter. Der Patientenverband Deutsche Hospiz Stiftung forderte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) zum Eingreifen auf.

Bahr berief ein Krisentreffen für Ende August ein. Andere Politiker verlangten harte Strafen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, wiederum warf Regierung und Justiz in Bayern Versagen vor.

Anzeige

iPhone 6 16 GB
nur 69,95 €*
im Tarif MagentaMobil L mit Top-Handy
Jetzt kaufen

Die Vorgänge in Göttingen und Regensburg dämpfen derweil die Bereitschaft zur Organspende. In fünf Fällen hätten Angehörige in den vergangenen zwei Wochen in Deutschland eine Transplantation ausdrücklich mit dem Hinweis auf diesen Skandal abgelehnt, sagte die Sprecherin der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Birgit Blome, der Nachrichtenagentur dpa in Frankfurt am Main. «Das ist ein Thema, das sich niederschlägt und Menschen verunsichert.»

Unterdessen wird spekuliert, dass der beschuldigte Oberarzt am Klinikum Regensburg kein Einzeltäter war. Die Staatsanwaltschaft hat dafür aber keine Anhaltspunkte. Die Prüfungen stünden noch am Anfang, sagte Markus Pfaller von der Staatsanwaltschaft Regensburg. Die «Süddeutsche Zeitung» hatte berichtet, dass der beschuldigte Oberarzt wahrscheinlich kein Einzeltäter war. «Wir können das zum jetzigen Zeitpunkt nicht bestätigen. Wir können keine Vermutungen und Spekulationen anstellen», sagte Pfaller.

Auch nach dem Weggang des nun beschuldigten Oberarztes war die Zahl der Lebertransplantationen in Regensburg drastisch gestiegen. Nach Angaben des Klinikums erhöhte sich die Zahl binnen Jahresfrist um fast 50 Prozent - von 52 Transplantationen im Jahr 2008 auf 76 im Jahr 2009. Im vergangenen Jahr sank die Zahl wieder auf 63.

Der Anstieg lasse sich mit einem Ausbau des Lebertransplantationsprogramm seit 2003 erklären, teilte das Klinikum am Freitag mit. So habe 2007 das entsprechende Programm für Kinder begonnen. Zudem könne die Zahl der tatsächlich transplantierten Organe auch aufgrund personeller Fluktuation sowie der Verfügbarkeit von Spenderorganen schwanken. Zum Vorwurf, der Oberarzt sei kein Einzeltäter, äußerte sich das Klinikum nicht.

Für Ärztepräsident Montgomery tragen die bayerischen Behörden die Hauptschuld. Im rbb-Inforadio sagte er: «In Bayern haben gerade die staatlichen Gremien versagt, denn wir haben damals mit der Selbstverwaltung diesen Fall aufgedeckt. Wir haben mit den bayerischen Institutionen gesprochen. Niemand hatte auch nur die Spur eines Interesses, diesen Fall damals zu verfolgen», sagte Montgomery.

Wissenschaftsminister Wolfgang Heubisch (FDP) wies dies zurück. «Da die jetzt bekannten Verdachtsfälle völlig anders gelagert waren, sind diese im damaligen Verfahren nicht untersucht worden», erklärte Heubisch. Es werde geprüft, ob damals Fehler gemacht wurden und wie sich Verfahren zur Vermeidung von Unregelmäßigkeiten verbessern lassen. Justizministerin Beate Merk (CSU) betonte, die Ermittler hätten keine konkreten Nachweise gefunden. «Ein Verhalten, das nicht nachweisbar strafbar ist, kann die Justiz nicht ahnden.»

Damals waren nach Klinikangaben verbotenerweise jordanische Patienten auf die Transplantationsliste für europäische Patienten gelangt. Außerdem war eine Leber illegal in Jordanien transplantiert worden. Oberstaatsanwalt Wolfhard Meindl hatte am Donnerstag erklärt, das Verhalten des Arztes sei nicht strafbar gewesen. Es habe keinen Anlass für weitere Ermittlungen gegeben.

Nun steht der als «Doktor O.» bekannte Oberarzt aber unter Verdacht, zuerst in Regensburg und später im Göttinger Uniklinikum Krankenakten gefälscht zu haben. Dabei soll er die Krankheit auf dem Papier verschlimmert haben, damit den Patienten schneller eine neue Leber implantiert wurde - obwohl andere sie vielleicht nötiger gehabt hätten. Der Arzt, der seit November vom Dienst suspendiert ist, bestreitet nach Angaben der Göttinger Klinik die Vorwürfe.

«Die Verantwortlichen müssen mit aller Härte des Strafrechts zur Rechenschaft gezogen werden», erklärte der Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Frank-Walter Steinmeier. Es müsse zudem geprüft werden, ob den in illegale Praxen verwickelten Transplantationszentren die Lizenzen entzogen wird.

Auch der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn verlangte harte Strafen. «Ich finde es jetzt ganz, ganz wichtig, dass es durch drastische Strafen zu einer Abschreckung kommt», sagte Spahn der Nachrichtenagentur dpa. Es müsse mit Berufsverboten oder Strafen bis zu Gefängnis durchgegriffen werden. Spahn schloss nicht aus, dass die Gesetze dazu erneut überprüft werden. Es gehe um die Frage, ob die Ärztekammern und die Deutsche Stiftung Organtransplantation, eigenständig kontrollieren oder ob das der Staat tun sollte.

«Man muss aus dem Fall sicher die Konsequenz ziehen, dass man eine zusätzliche Kontrolle einführen muss», sagte der medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Professor Günter Kirste. Solange es ein Mangel an Organen gebe, müsse die Verwaltung korrekt geregelt werden.

Der geschäftsführende Vorstand der Deutschen Hospiz Stiftung, Eugen Brysch, führte die Unregelmäßigkeiten bei Organ-Transplantationen auf die Vielzahl der Zuständigkeiten zurück. «Im Organspende-Skandal wird deutlich, dass Föderalismus der Länder und die Beteiligung von privaten Akteuren verantwortlich sind für die Vertrauenskrise im Transplantationssystem», sagte Brysch der Deutschen Presse-Agentur.

03.08.2012 | 07:59 Uhr, zuletzt aktualisiert um 16:47 Uhr
DPA

+ merken

ARTIKEL EMPFEHLEN
Like | Tweet | Teilen | Mail

VERWANDTE THEMEN
Organspende →
Regensburg →
Frank Ulrich Montgomery →
Göttingen →
Uniklinik →
Daniel Bahr →
Alle Themenseiten →

VERWANDTE ARTIKEL
Organspendeskandal
Schwere Verstöße bei Transplantationen auch in Münster
Zu wenige Spender
Organspende-Ausweise künftig auch in Apotheken
Spendenbereitschaft im Keller
Bahr wirbt um Organspender

AUS DER MEDIATHEK
Seelen-Striptease
Mediathek
Heiß
Lindsay Lohan in Latex für Cover-Shooting
Sexy Cover-Girl
Lily Aldridge posiert oben ohne für Hochglanz-Magazin
Künstliche Lustobjekte
In der Werkstatt der Liebespuppen
Überarbeiteter Ford C-Max und Grand C-Max im Test
Empfohlen von

INFORMIERT BLEIBEN
RSS Politik

MEISTGELESEN
1 "Rund 50 Länder sind zufrieden" Heckler & Koch kontert im G36-Streit
2 Griechenlands Pläne mit Russland Der Gasdeal, an den niemand glaubt
3 Griechenland Klare Ansage an Hellenen bei IWF-Tagung
4 Ulrich Deppendorf Aufhören kann man nie ganz
5 Offenbar Hunderte ertrunken Flüchtlingsdrama schreckt Europa auf

10 %
Nur im Online Shop:
12 MONATE 10% SPAREN!
In vielen Tarifen bei Abschluss eines Neuvertrags.
Jetzt bestellen!

Sie planen einen Umzug?
Angebote von Firmen aus der Region. Jetzt Angebote holen & vergleichen.
Google-Anzeigen

MEHR AUS DEM WEB
Zeiss
Digitaler Sehstress in Deutschland weit verbreitet
TURN ON
Nach Ausfall der Elektronik: Pilot landet Flugzeug mit iPad
WeLiveSecurity
Ist Dein Rechner ein Zombie? 8 Verfallserscheinungen
SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION
Tierschützer schlagen Alarm
Was treibt die Wale an den Strand?
Missbrauch von Cannabis
Der schockierende Absturz eines Kiffers
Bundeswehr-Affäre
Für zehn Euro mehr wäre das G36 kampftauglich

Kredit ohne Schufaabfrage
Keine Vorkosten, 100% Auszahlung Kostenlose Kredit-Anfrage in 2 Min.
Google-Anzeigen

ARTIKEL KOMMENTIEREN
Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.
Login →
Ihr Kommentar
LESERKOMMENTARE (0)

MEHR ARTIKEL AUS DEM RESSORT POLITIK
Neu | Meistgesehen
Politik
Angeblich weitere Flüchtlingboote in Seenot
Hilferuf im Mittelmeer
Hunderte Flüchtlinge sind in Seenot
Oettinger zu Flüchtlingsdrama
"Wir alle versagen"
Frank-Walter Steinmeier
Außenminister für bessere Seenotrettung

MEHR AUS UNSEREM NETZWERK: DIE WELT
Kulturgeschichte
Wie die Römer die Pornografie erfanden
Panzer-Transporter
Russlands Mega-Frachter verändert die Kriegsführung
Erster Weltkrieg
USA könnten Englands Fehler von 1914 wiederholen
empfohlen von

N24 Shop
Jetzt die Allnet Flat "N24 mobil" für nur 24,95 €/Monat bestellen! Alle Informationen zum neuen Mobilfunktarif finden Sie im N24 Shop.
Kooperation
Durchstarten mit System! Jetzt Buchhaltung outscouren schon ab 49 € pro Monat
Promotion
Jetzt die CHECK24-Kreditrechner nutzen und ganz einfach Geld sparen!
Kooperation
Informationen für Verbaucher: Die unabhängigen Studien der DtGV. Jetzt informieren!

EMPFEHLUNGEN AUS WISSEN
Neu | Meistgesehen
Kultur & Gesellschaft
Heinz Hoenig will "frischen Wind" in Bad Hersfeld
Kirschlorbeer schützen
Dickmaulrüssler in Dose locken
Gesundheit
Vorhofflimmern wird oft nicht erkannt
Gesundheit
WHO bedauert Versagen bei Ebola

DAS NEUESTE AUS DER MEDIATHEK
Abspaltung von USA
Drag Queens rennen durch einen Hindernisparcour
Touchscreen auf der Haut
Dieses Armband soll die Welt verändern
Ex-Innenminister Friedrich
„Die Schlepper müssen ausgeschaltet werden"
Emotionaler Moment
Dieses Baby hört zum ersten Mal seine Mutter

© 2014 WeltN24 GmbH

VERMISCHTES

Zeitung: An Uniklinik Göttingen offenbar in großem Stil Organe verschoben

Freitag, 20. Juli 2012

München/Göttingen – Am Universitätsklinikum Göttingen wurden einem Bericht zufolge offenbar in großem Stil Organe verschoben. Wie die *Süddeutsche Zeitung (SZ)* am Freitag berichtete, wurden in dem Klinikum Krankenakten gefälscht, um ausgewählten Patienten bevorzugt eine Spenderleber zu verschaffen. Der Fall eines russischen Patienten, dem ein Oberarzt eine Spenderleber besorgt haben soll, obwohl er in Deutschland keinen Anspruch darauf hatte, war bereits im Juni bekannt geworden. Nach *SZ*-Informationen geht es nun allerdings um insgesamt mindestens 25 Fälle.

Laut dem Bericht haben die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft ergeben, dass jeweils Dialyseprotokolle gefälscht oder frei erfunden und Laborwerte manipuliert wurden. Auf diese Weise seien die Patienten auf dem Papier kränker erschienen, als sie in Wirklichkeit waren. Sie bekamen deshalb schneller eine Spenderleber von der internationalen Vermittlungsstelle Eurotransplant zugeteilt. Die Staatsanwaltschaft ermittelt demnach bisher gegen einen Oberarzt.

Der Transplantationsskandal war laut *SZ* Thema einer Sitzung der Deutschen Transplantations-gesellschaft (DTG) am vergangenen Montag in Berlin. Der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer (BÄK), der Strafrechtler Hans Lilie, habe vor den Teilnehmern vom schlimmsten Vorfall gesprochen, von dem er in der deutschen Transplantationsmedizin je gehört habe.

Anzeige

Ob durch die bevorzugte Versorgung der Göttinger Patienten andere Patienten auf der Warteliste für eine Lebertransplantation zu Schaden gekommen oder gar verstorben sind, sei Gegenstand weiterer Ermittlungen, sagte Lilie der Zeitung. Früher habe er Spendewilligen oder Angehörigen voller Überzeugung versichern können, dass in Deutschland in Sachen **Organspende** alles mit rechten Dingen zugehe, sagte Lilie. Das könne er nicht mehr ohne Weiteres tun.

Erst vor kurzem hatten Bundestag und Bundesrat neue Regelungen zur **Organspende** auf den Weg gebracht, die das Ziel haben, die Zahl der Spenderorgane zu erhöhen. Die Bürger werden künftig regelmäßig nach ihrer Bereitschaft zu Organspenden gefragt. Die gesetzliche Regelung ist noch nicht in Kraft getreten. © *afp/aerzteblatt.de*

aerzteblatt.de

- Bahr fordert Aufklärung über Missstände bei Organtransplantation
- **Organspende**-Skandal: Weitere Kontrollinsatnz gefordert
- **Organspende**-Skandal: Weitere Unregelmäßigkeiten im

Drucken Versenden Teilen Gefällt mir 2 +1 0

6.520 News Vermischtes « ‹ 1.558 1.559 1.560 1.561 1.562 1.563 1.564 › » Seite

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN REGISTRIEREN

Drucken Kommentieren Teilen Versenden Merken

Gefällt mir 2 +1 0

Themen

A Ä B C D E F G H I K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z

Suchen

Aktuelle Themen

Arthrose Arzneimittelsicherheit Ärztemangel Ärztestatistik Ausländische Ärzte Cannabis Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Heil- und Hilfsmittel Impfen Infektionen Krankenhausfinanzierung Künstliche Befruchtung Mammakarzinom Masern Medizinstudium Multiple Sklerose Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schmerzmedizin Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifpolitik Vitamine

Top-News Vermischtes

- Typ-1-Diabetes: Immer mehr Kinder betroffen
- Birkenpollen breiten sich stark aus
- Folgekosten des Rauchens kommen Gesellschaft teuer zu stehen
- Trimm-Trab am Schreibtisch fördert die Gesundheit von Büroarbeitern
- Psychische Erkrankungen bei Männern häufiger unerkannt als bei Frauen

Mein DÄ aerzteblatt.de

Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN

Passwort vergessen?
Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de

Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

Aktuelle Kommentare

- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik
- Ganzkörperscan statt Hausarzt? Herr Münch tickt nicht ganz richtig! | WiseDoc/ii | 20.04.15 00:24 | Politik
- Woher die Freigiebigkeit? | Staphylococcus rex | 20.04.15 00:15 | Ärzteschaft
- Tabex | lupp10 | 19.04.15 18:57 | Medizin

Archiv

< April 2015 >

Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

RSS

Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste

Elektroherde

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

JETZT ANMELDEN
zum Nachwuchskongress für Medizinstudierende und Klinikärzte
30.05.2015 in Hamburg

POLITIK

Transplantationsskandal an der Universität Göttingen: Erschütterndes Maß an Manipulation

Dtsch Arztebl 2012; 109(31-32): A-1534 / B-1319 / C-1299

Siegmund-Schultze, Nicola

Am Universitätsklinikum Göttingen wurden offenbar systematisch Akten gefälscht, um eigene Patienten bei der Vergabe von Lebern auf der Warteliste zu bevorzugen. Nun wird diskutiert, ob die vorhandenen Strukturen zur Kontrolle ausreichen.

Es war das erste Wochenende im Juli 2011. Auf den Anrufbeantworter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) spricht eine Frau, anonym: An der Universitätsklinik Göttingen gebe es erhebliche Machenschaften, ob man sich dort Organe kaufen könne?

Am darauffolgenden Montag gibt der Medizinische Vorstand der DSO, Prof. Dr. med. Günter Kirste, die Nachricht an die Ständige Kommission (StäKo) Organtransplantation bei der Bundesärztekammer (BÄK) weiter. Die dort angesiedelten Prüfungs- und Überwachungskommissionen kontrollieren, ob Allokationsrichtlinien eingehalten werden und DSO und Eurotransplantat (ET) ihre Aufgaben dem Recht, den Richtlinien und ihren Verträgen entsprechend erfüllen. Auch Auffälligkeiten in Transplantationszentren wird nachgegangen.

Anzeige

Offenbar wurden Laborwerte gefälscht, Dialysen erfunden

Bei der Durchsicht der Unterlagen von Patienten, die im Jahr 2011 am Universitätsklinikum Göttingen lebertransplantiert worden sind, tauchen Ungereimtheiten auf. Nach bisherigem Erkenntnisstand sind Laborwerte manipuliert worden, um Patienten einen höheren MELD-Score zuordnen zu können. Der MELD-Score (Model for end-stage liver disease), errechnet aus Kreatinin, Serumbilirubin und Prothrombinzeit, ist ein Parameter für die Dringlichkeit und wichtiges Allokationskriterium für Lebern. Durch die Manipulation rückten Patienten auf der Warteliste vor.

Und bei zwei Patienten mit Wohnsitz außerhalb des Einzugsbereiches von Eurotransplant gibt es Hinweise darauf, dass illegal Geld geflossen sein könnte. Der leitende Oberarzt der Abteilung Transplantationschirurgie wird mit den Erkenntnissen der Kommission konfrontiert. „Er hat gemauert", erinnert sich Hans Lilie, Professor für Straf-, Strafprozess- und Medizinrecht an der Universität Halle und Vorsitzender der StäKo. Die Klinik beurlaubt den Arzt im November 2011, man schließt einen Auflösungsvertrag. Erst im Oktober 2008 war der Chirurg von der Universitätsklinik Regensburg nach Göttingen gekommen, um ein Lebertransplantationsprogramm aufzubauen.

„Der Göttinger Komplex könnte das schwerwiegendste Fehlverhalten im Bereich der Organtransplantation sein, das mir bekannt ist", sagte Lilie zum Deutschen Ärzteblatt. Zwar gebe es jährlich vereinzelt kleinere Verstöße gegen Richtlinien der BÄK, oft mangels information. Das Geschehen in Göttingen aber habe ein „erschütterndes Ausmaß". So gab es nach Angaben der Uniklinik Göttingen bei 26 von 91 Patienten, die unter Federführung des Chirurgen zwischen 2010 und 2011 eine neue Leber erhalten hatten, Auffälligkeiten. „Meist geht es um falsche Angaben zu Krankheitszustand und Laborwerten, um den MELD-Score zu erhöhen und damit die Chance, rasch ein postmortales Organ zu erhalten", sagt Lilie. Teilweise seien Dialysetherapien erfunden worden. Seit Ende 2011 ermittelt die Staatsanwaltschaft Braunschweig, eine Zentralstelle für Korruptionsstraftaten. Inzwischen hat sie ihre Ermittlungen auch auf den Leiter der Abteilung Gastroenterologie der Uniklinik Göttingen ausgedehnt (Stand: 30. Juli). Der Professor für Gastroenterologie war mit Voruntersuchungen von möglichen Kandidaten für Lebertransplantationen befasst. Er ist nun freigestellt.

Als möglicher Straftatbestand kommt nach Angaben der Staatsanwaltschaft bei dem Chirurgen Bestechlichkeit infrage und bei beiden Ärzten Körperverletzung mit und ohne Todesfolge, sofern sich ein gesundheitlicher Schaden festmachen lasse bei Kranken, die durch falsche Angaben zum MELD-Score bei Göttinger Patienten auf der Warteliste nach hinten rückten. Man prüfe Akten von 23 Patienten.

Wie fühlt sich ein Patient, bei dem Daten gefälscht wurden?

Es gab Hausdurchsuchungen bei dem Lebertransplantationschirurgen, aber auch bei einer Vermittlungsfirma für medizinische Dienste, so die Staatsanwaltschaft. Und es wurde untersucht, ob sich beide ausländischen Patienten der Bestechung schuldig gemacht hätten. In einem Fall wurde Anzeige wegen Organhandels gestellt.

„Das ist ein ektatanter Einzelfall, der aber fatale Folgen für die Glaubwürdigkeit der Transplantationsmedizin in Deutschland haben und die Organspendebereitschaft weiter verringern kann", fürchtet Prof. Dr. med. Richard Viebahn, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Vorsitzender der Ethikkommission der Deutschen Transplantationsgesellschaft und Mitglied der Überwachungs- und der Prüfungskommission bei der BÄK. Viebahn denkt auch daran, wie sich Patienten aus Göttingen fühlen, die fürchten müssen, an anderen Kranken auf der Warteliste vorbei eine Leber erhalten zu haben. „So etwas darf nie wieder vorkommen", sagt Viebahn.

Und so steht derzeit die Frage im Raum, ob die gegenwärtigen Instrumente ausreichen, um Regelverstöße aufzudecken, zu sanktionieren und ihnen vorzubeugen. Im konkreten Fall, damit ein Sprecher des Universitätsklinikums Göttingen ein, habe eine „Erfolgsbeteiligung des Arztes an den über eine bestimmte Anzahl hinausgehenden Lebertransplantationen möglicherweise Fehlverhalten begünstigt". Solch einen Vertrag werde man künftig nicht mehr abschließen. Der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Karl Lauterbach, plädierte in der „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung" (29. Juli) für eine umsatzunabhängige Vergütung leitender Ärzte.

Transplantationsmediziner sehen sich, auch angesichts des großen Mangels an Organen, zunehmend unter Druck. Sie müssen sich Patienten erklären, die fürchten, auf der Warteliste zu sterben. Normverstöße, so ein insider, hätten da in der Vergangenheit möglicherweise nicht immer die für eine effektive Prävention nötigen Folgen gehabt. Bei dem jetzt verdächtigten Leberchirurgen hatte die zuständige Kommission bei der BÄK schon 2005 einen gravierenden Regelverstoß festgestellt. Eine im ET-Bereich entnommene Leber war für eine Retransplantation nach Jordanien geflogen worden für eine Patientin, die in Regensburg stationär gemeldet war. „Die Kommission hat damals allen zuständigen Institutionen ihren Bericht zugesandt: Uniklinikum, dem bayerischen Sozial- und dem Wissenschaftsministerium, Landesärztekammer, Staatsanwaltschaft", zählt Kommissionsmitglied Viebahn auf. „Mit Ausnahme der Universität gab es keine erkennbare Aktivität."

Die Kommissionen bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen vertrauensfördernden Effekten, die eine Offenlegung der Kontrollarbeit haben können, und dem Risiko einer rufschädigenden Wirkung für Ärzte". immerhin: Die „Suchscheinwerfer" der Kommission wurden mit der Novellierung des Transplantationsgesetzes verstärkt. Hieß es im früheren § 12 nur, dass Vermittlungsentscheidungen in regelmäßigen Abständen durch eine Prüfungskommission geprüft werden müssten, so werden im neuen § 12 „Vermittlungsstelle und Transplantationszentren verpflichtet, der Kommission die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen". Regelverstöße sind den Behörden zu melden. „Wir müssen nicht mehr in jedem Einzelfall für Gespräche und Akteneinsicht das Einverständnis der Kliniken einholen", sagt Lilie.

Positiver Effekt von mehr Transparenz erhofft

Während der Handel mit Organen schon früher unter Strafe verboten war, gibt es auch im novellierten Gesetz keinen Straftatbestand, der Verstöße gegen Allokationsregeln umfasst. Sie können unter Umständen als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld bewehrt sein oder berufsoder dienstrechtliche Konsequenzen haben. Mit Bußgeldstellen, Landesärztekammern und Krankenhausaufsicht stünden eigentlich „potente Ahndungsinstanzen zur Verfügung, die freilich auch den Willen haben müssen, an einer effizienten Überwachung mitzuwirken", meint der Bonner Jurist Prof. Dr. Torsten Verrel*. Die BÄK schlägt nun ein „Vier-Augen-Prinzip" vor: Ein in die Behandlung des Patienten nicht involvierter Labormediziner sollte Laborwerte von Patienten noch einmal prüfen. Außerdem sollten verdachtsunabhängige Visitationen an Transplantationszentren möglich sein. Schließlich werde erwogen, die Arbeit der Prüfungs- und Überwachungskommission ausführlicher darzustellen als in der bisher knappen Form im jährlichen Tätigkeitsbericht der BÄK, ohne Vorgänge einer konkreten Person oder einem bestimmten Zentrum zuzuordnen. Mehr Transparenz könne einen präventiven Effekt haben, meint Lilie. Die Forderung des Gesundheitsministers, die Vorgänge in Göttingen aufzuklären, werde die Kommission den rechtlichen Kompetenzen entsprechend in vollem Umfang erfüllen. „Wir möchten einen Abschlussbericht vorlegen", sagt Lilie, „wenn möglich, auch der Öffentlichkeit."

Dr. rer. nat. Nicola Siegmund-Schultze

*In: Middel, C-D, Rühler, W, Lilie, H, Vilmar, K (Hrsg.): Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2010: 205.

3 Fragen an . . .
Daniel Bahr (FDP), Bundesgesundheitsminister

Foto: dpa

Wie war Ihre Reaktion, als Sie von den Vorwürfen des Fehlverhaltens an der Uniklinik Göttingen hörten?

Bahr: Der Vorwurf, dass in Deutschland die hohen ethischen Regeln der Transplantationsmedizin missachtet worden sein sollen, wiegt schwer. Gerade angesichts des Organmangels lebt die Transplantationsmedizin davon, dass Ärzte die strengen Regeln akzeptieren und das Vertrauen der Bevölkerung nicht missbraucht wird.

Die Vorwürfe müssen daher so schnell wie möglich aufgeklärt werden. Wenn sie sich bestätigen, müssen harte Konsequenzen gezogen werden – nicht nur für die verantwortlichen Mediziner, sondern auch in Bezug auf die Verfahrensregeln.

Die Vorwürfe kommen zu einer Zeit, in der sich die Politik massiv um eine Erhöhung der Organspendebereitschaft in der Bevölkerung bemüht.

Bahr: Das ist mir eine Herzensangelegenheit, ich bin schon lange in einer Organisation aktiv, in der sich auch viele transplantierte Menschen engagieren. . . . Die Warteliste ist lang, und auf der anderen Seite gibt es nur geringe Spenderzahlen. Die mögliche Vertrauensverlust könnte die Mangelsituation verschärfen. Deswegen dürfen wir gerade jetzt nicht nachlassen, für **Organspende** zu werben.

Wie sehen Sie die Rolle der Bundesärztekammer?

Bahr: Ich begrüße ausdrücklich, dass eine Diskussion in der Ärzteschaft über bessere Verfahrensregeln geführt wird. Ich wünsche mir, dass die ärztliche Selbstverwaltung Konsequenzen aus den Vorwürfen zieht und entsprechende Veränderungen in ihren Richtlinien vornimmt. Daher erwarte ich entsprechende Verbesserungsvorschläge von der Bundesärztekammer. Andernfalls wäre die Politik gefordert. Aber ich bin zuversichtlich, dass die Bundesärztekammer sinnvolle Maßnahmen ergreifen wird.

Fragen: Dr. med. Vera Zylka-Menhorn

Drucken | Versenden | Teilen | Leserbrief | Gefällt mir 0 | +1 0

58 Artikel im Heft, Seite 15 von 58 « ‹ 12 13 14 15 16 17 18 › » Seite

Drucken | Kommentieren (2) | Teilen | Versenden | Leserbrief schreiben | Merken | Zugriffs-Statistik

Gefällt mir 0 | +1 0

Zum Artikel
- PDF-Version
- ePaper
- Inhaltsverzeichnis

Leserbriefe
- Transplantation: Spenderorgane optimal nutzen
- Transplantation: Politik trägt die Verantwortung
- Transplantation: Ökonomische Zielvereinbarungen längst üblich

Citation manager
- EndNote
- ProCite
- RefWorks
- Reference Manager
- BibTeX

Schlagwörter
- Deutsche Stiftung Organtransplantation
- Organtransplantation
- Transplantationsgesetz

Mein DÄ aerzteblatt.de

Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN

Passwort vergessen?
Registrieren

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN
REGISTRIEREN

bach
am Samstag, 11. August 2012, 22:49

Was soll das Vieraugenprinzip verbessern?

ANZEIGEN

klausenwächter
am Mittwoch, 8. August 2012, 02:38

ET braucht Leber

ANZEIGEN

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

Panorama

merken

Göttinger Organspendeskandal weitet sich aus

Der Organspendeskandal an der Uniklinik in Göttingen weitet sich aus. Foto: Julian Stratenschulte

Der Skandal um möglichen Betrug bei Organspenden an der Uniklinik Göttingen hat eine neue Dimension erreicht. Ein weiterer Arzt in leitender Funktion wurde vom Dienst freigestellt, wie die Klinik am Donnerstag mitteilte.

Der Verdacht, dass der Mann an Manipulationen bei Organtransplantationen beteiligt war oder selbst manipulierte, habe sich erhärtet. Der Arzt bestreite die Vorwürfe, sagte der Sprecher der Universitätsmedizin, Stefan Weller. Die Staatsanwaltschaft in Braunschweig bestätigte die Ermittlungen. Die Wohnung und der Arbeitsplatz des Mannes seien durchsucht worden.

Anzeige

Zugleich wurden am Donnerstag neue Vorwürfe gegen den Göttinger Oberarzt laut - wer vor einer Woche bekanntwurde - Krankendaten gefälscht haben soll, um die eigenen Patienten bei Spendereliebern zu bevorzugen.

Nach Angaben der Uniklinik in Regensburg soll er dort schon 2005 für Missstände bei Transplantationen gesorgt haben. Der 45-Jährige hatte vor seiner Zeit in Göttingen in Regensburg gearbeitet. Damals seien verbotenerweise Patienten aus Jordanien auf eine Warteliste für europäische Transplantationspatienten gesetzt worden, sagte die Sprecherin des Regensburger Klinikums, Cordula Heinrich.

Zudem sei eine Leber in Jordanien transplantiert worden. «Das hätte so nicht sein sollen», betonte die Sprecherin, die einen Bericht der «Süddeutschen Zeitung» bestätigte. Die Missstände in Regensburg deckte 2006 die Bundesärztekammerkommission auf. Auch die Staatsanwaltschaft ermittelte damals, stellte ihre Untersuchungen aber ein.

Von den Regensburger Vorfällen habe man bei der Einstellung des Oberarztes nichts gewusst, sagte Weller von der Uniklinik Göttingen. Man habe erst Anfang des Jahres davon erfahren und den Beschuldigten bei seiner Suspendierung im November 2011 daher nicht damit konfrontieren können. Die Staatsanwaltschaft Braunschweig ermittelt wegen Bestechlichkeit. Insgesamt werden 23 Fälle aus den Jahren 2010 und 2011 untersucht. Zunächst war von 25 Fällen die Rede.

Der beschuldigte Arzt bestreitet die Vorwürfe zu seiner Zeit in Göttingen nach Angaben der Uniklinik. Über seinen Verteidiger war er für eine Stellungnahme zu den Vorgängen in Göttingen und Regensburg zunächst nicht zu erreichen.

Gegen den zweiten beschuldigten Mediziner aus Göttingen wird in derselben 23 Fällen wegen möglicher Bestechlichkeit ermittelt. Gegenüber der Staatsanwaltschaft hatte er keine Angaben zu den Beschuldigungen gemacht, sagte Staatsanwältin Serena Stamer.

Die Ärzte stehen unter Verdacht. Patientendaten manipuliert zu haben, um ihre Patienten auf der Warteliste für Spendenorgane nach oben zu schieben. Zu den Aufgaben des nun ebenfalls beschuldigten leitenden Arztes zählte unter anderem die Voruntersuchung von Patienten, die ein Spenderorgan bekommen sollten.

Es sei nicht auszuschließen, dass noch weitere Mitarbeiter in den möglichen Skandal verstrickt seien, sagte Staatsanwältin Stamer. Vorwürfen der Uniklinik gebe es darauf keine Hinweise, sagte Sprecher Weller. Ausschließen könne man aber nichts.

«Es ist schlimm und bedrückend, was da passiert ist», sagte die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Elisabeth Pott, im oberpfälzischen Neumarkt. Das Thema Organspende sollte aber nicht beiseitegeschoben werden. «Ander sollte besonnen darüber nachdenken, dass die Bereitschaft zur Organspende vielen todkranken Menschen helfen kann, zu überleben.» Derzeit warteten in Deutschland etwa 12 000 Menschen auf eine Spenderorgan.

26.07.2012 | 17:29 Uhr DPA

merken

MEHR AUS DEM WEB

Channel Partner
"Das menschliche Auge ist nicht für die digitale Welt gemacht"

Energie-winde.de
China ist seit Jahren der weltgrößte Erzeuger von Windenergie.

IT-ZOOM
Was ist starke Verschlüsselung?

SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION

Über der Ostsee
Russischer Kampfjet fängt US-Spionageflugzeug ab

Parallelwelt in London
Die härteste Stadt Europas

Zoff mit Putin
Russland liefert Boden-Luft-Raketen an den Iran

ARTIKEL EMPFEHLEN

2 | 1
Like | Tweet | Teilen | Mail

VERWANDTE THEMEN

- Organspendeskandal →
- Göttingen →
- Uniklinik →
- Staatsanwaltschaft →
- Regensburg →
- Organspende →

Alle Themenseiten →

VERWANDTE ARTIKEL

Organspendeskandal
Schwere Verstöße bei Transplantationen auch in Münster

Wissen
Barmer GEK: Organspendebereitschaft geht weiter zurück

Wissen
Steinmeier fordert Transplantationsbeauftragten im Bundestag

AUS DER MEDIATHEK

Sexy Sexy
Amber Rose völlig hüllenlos am Strand von Hawaii

Fashion - Hingeblickt
Mediathek

Trainer - Erklärbär
Ist das Putins neue Wunderwaffe?

Wetter - Wechselhaft
Wer macht die verletzten Bayern nun fit für Porto?

Die coolsten Klubs der Welt
"Tresor"

Empfohlen von

MEISTGELESEN

1. "Rund 50 Länder sind zufrieden" Heckler & Koch kontert im G36-Streit
2. Griechenlands Pläne mit Russland Der Gasdeal, an den niemand glaubt
3. Griechenland Klare Ansage an Hellenen bei IWF-Tagung
4. Ulrich Deppendorf Aufhören kann man nie ganz
5. Offenbar Hunderte ertrunken Flüchtlingsdrama schreckt Europa auf

Sie planen einen Umzug?
Angebote von Firmen aus der Region. Jetzt Angebote holen & vergleichen.
Google-Anzeigen

Kredit ohne Schufaabfrage
Keine Vorkosten, 100% Auszahlung Kostenlose Kredit-Anfrage in 2 Min.
Google-Anzeigen

ARTIKEL KOMMENTIEREN

Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login →

Ihr Kommentar

LESERKOMMENTARE (0)

MEHR AUS UNSEREM NETZWERK: DIE WELT

Panzer-Torpedorer
Russlands Mega-Fiachter verändert die Kriegsführung

Erster Weltkrieg
USA könnten Englands Fehler von 1914 wiederholen

Kulturgeschichte
Wie die Römer die Pornografie erfanden

empfohlen von

MEHR ARTIKEL AUS DEM RESSORT PANORAMA

Neu | Meistgesehen

Terrorgruppe Al-Shabaab
Zehn Tote bei Anschlag auf Unicef-Bus in Somalia

Barcelona
Spanischer Schüler erschießt Lehrer mit Armbrust

Germanwings Flug 4U9525
Bergung der Germanwings-Wrackteile abgeschlossen

Lotto
Eurojackpot lockt mit 62 Millionen Euro

N24 Shop

Jetzt die Alinel Fiat "N24 mobil" für nur 24,95 €/Monat bestellen! Alle informationen zum neuen Mobilfunktarif finden Sie im N24 Shop.

Kooperation

Durchstarten mit System! Jetzt Buchhaltung, Steuererklärung schon ab 49 € pro Monat

Promotion

Jetzt die CHECK24-Kreditrechner nutzen und ganz einfach Geld sparen!

Kooperation

Informationen für Verbaucher: Die unabhängigen Studien der DtGV. Jetzt informieren!

EMPFEHLUNGEN AUS WISSEN

Neu | Meistgesehen

Kultur & Gesellschaft
Heinz Hoenig will "frischen Wind" in Bad Hersfeld

Knochenbeere schützen
Dickmaulrüssler in Dose locken

Gesundheit
Vorhofflimmern wird oft nicht erkannt

Gesundheit
WHO bedauert Versagen bei Ebola

DAS NEUESTE AUS DER MEDIATHEK

Fußball-Skandal in den USA
95 Prozent der DNA-Analysen des FBI falsch

Angeblitzt von USA
Drag Queens rennen durch einen Hindernisparcour

Durchsichtig auf der Haut
Dieses Armband soll die Welt verändern

Für Terrorexperten Friedrich
„Die Schleuser müssen ausgeschaltet werden"

Jetzt einen Anwalt fragen
6 Anwälte sind gerade online. Stellen Sie jetzt Ihre Frage!
Google-Anzeigen

© 2014 ProSiebenSat.1 Digital GmbH

AUTO BILD | autohaus24.de | B.Z. | BERLINER MORGENPOST | BILD | BILD DER FRAU | COMPUTER BILD | finanzen.net | flug.idealo.de | gofeminin.de | HAMBURGER ABENDBLATT | HÖRZU | idealo.de | immonet.de | Lebensmittel.de | Maxdome | METAL HAMMER | Mobile.de | MUSIKEXPRESS | multimediadesk | N24 | Onmeda.de | pons.de | ROLLING STONE | SPORT BILD | stepstone.de | Stylebook.de | transfermarkt.de | TV DIGITAL | umzugsauktion.de | weltonline | WELT | zanox.de

Axel Springer Akademie | Axel Springer Infoboot | Axel Springer SE | Ein Herz für Kinder | Wicke

↑ Zum Seitenanfang

JETZT ANMELDEN
zum Nachwuchskongress für Medizinstudierende und Klinikärzte
30.05.2015 in Hamburg

POLITIK

Organspende-Skandal: Staatsanwaltschaft ermittelt in Regensburg

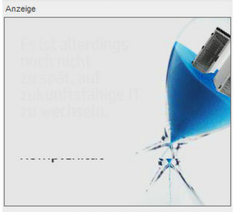
Donnerstag, 2. August 2012

dpa

Regensburg – Im **Organspende**-Skandal am Uniklinikum Regensburg hat die Staatsanwaltschaft nun Ermittlungen aufgenommen. Ermittler seien bereits im Krankenhaus, sagte der Direktor der Klinik, Günter Riegger, am Donnerstag in München vor Journalisten. Riegger und der bayerische Wissenschaftsminister Wolfgang Heubisch (FDP) bestätigten, dass es für die Jahre 2004 bis 2006 insgesamt 23 „erhebliche Verdachtsfälle" der Manipulation von Krankenakten im Zusammenhang mit Lebertransplantationen gebe. Dies habe die Prüfung von 110 Akten aus diesem Zeitraum ergeben.

Die Manipulationen soll ein Arzt vorgenommen haben, der auch in Göttingen durch Aktenmanipulationen bestimmten Patienten bevorzugt Spenderorgane verschafft haben soll. Minister Heubisch und Klinik-Direktor Riegger erklärten, nach derzeitigem Stand handele es sich um das Vergehen eines Einzeltäters. Dennoch sollte der direkte vorgesetzte Klinikdirektor des verdächtigten Arztes in Regensburg noch am Donnerstag vorläufig beurlaubt werden.

Riegger begründete die Beurlaubung damit, dass dessen wesentliche Aufgabe in der Aufsicht der Ärzte gelegen habe. Der Vorgesetzte habe mit dem Transplantationsmediziner bereits früher in Hannover zusammen gearbeitet und ihn dann später von der Klinik in Göttingen nach Regensburg geholt, bevor er erneut vom Uniklinikum Göttingen abgeworben wurde. Als mögliches Motiv für die Aktenmanipulation nannte Riegger "krankhaften Ehrgeiz und Geltungssucht". Der Arzt habe sich offenbar einen Namen als Transplantationsmediziner machen wollen.

Anzeige


aerzteblatt.de
- **Organspende**-Skandal: Konsequenzen gefordert
- **Transplantationen:** Wie Ärzte Erfolgsaussichten berücksichtigen könnten
- **Montgomery:** Spezielle Prüfer müssen flächendeckend kontrollieren
- **Transplantationsskandal:** Sinkende Spendenbereitschaft befürchtet
- **Transplantationsmedizin:** Ärzte plädieren für effizientere Kontrollen

Heubisch forderte: „Wir müssen diese Vorfälle schnell und umfassend aufklären". Bereits in der vergangenen Woche habe er die fünf bayerischen Universitätsklinika aufgefordert, ihre Strukturen zu überprüfen, um potenziellem Fehlverhalten Einzelner effektiv vorzubeugen.

In Göttingen steht neben dem beschuldigtem früheren Oberarzt auch ein weiterer leitender Arzt im Verdacht, Patientendaten im Zusammenhang mit Organtransplantationen manipuliert zu haben. Die Staatsanwaltschaft Göttingen leitete gegen die beiden Mediziner Ermittlungen wegen des Anfangsverdachts auf Tötungsdelikte ein. Es sollen im großen Stil Krankenakten manipuliert worden sein, um bestimmten Patienten bevorzugt Spenderorgane zu verschaffen.

Organentnahme wegen des Skandals abgelehnt

Unterdessen berichtet die Onlineausgabe der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* (FAZ.net), dass der **Organspende**-Skandal bereits erste Auswirkungen auf die Spendenbereitschaft nachsichzieht. In drei Fällen hätten Angehörige eine Organentnahme mit Verweis auf die Vorgänge an der Universitätsmedizin in Göttingen abgelehnt, sagte Ulrike Wirges, die bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) für Organspenden zuständig ist. Dabei habe es sich um zwei mögliche Organspender in Nordrhein-Westfalen und einen hirntoten Patienten in einem anderen Bundesland gehandelt.

Sie sei betrübt, dass es einem „krummen Hund" gelinge, ein so enorm wichtiges medizinisches Gebiet zu demontieren, sagte Wirges. Nach Angaben der Medizinerin sind die Koordinatoren der DSO angehalten, alle Fälle zu dokumentieren, die mit Verweis auf den **Skandal** in Göttingen einer **Organspende** nicht zustimmen.

© */afpdapd/aerzteblatt.de*

Drucken Versenden Teilen Gefällt mir 12 +1 1

8.730 News Politik « ‹ 2.793 2.794 2.795 2.796 2.797 2.798 2.799 › » Seite

Nachrichten zum Thema

Leberlebendspende bei akutem Leberversagen möglich
Toronto – Da ein akutes Leberversagen innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen kann, bleibt in der Regel wenig Zeit für die Suche nach einem Spender. Einer Klinik in Kanada gelingt es dennoch, potenzielle...

Sächsische Landesärztekammer ruft Jahr der Organspende 2015 aus
Dresden – Ein „Jahr der Organspende" veranstaltet die Sächsische Landesärztekammer in diesem Jahr. Ziel ist, mit intensiver Aufklärung die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen und mehr Patienten...

Organspende durch Neugeborenes in England
London – Britische Neonatologen haben Nieren und Leber eines Neugeborenen, das bei der Geburt einen irreversiblen Hirnschaden aufwies und Tage später starb, für Organtransplantationen verwendet. Die...

Zahl der Organspender stabilisiert sich
Frankfurt - Nach einem deutlichen Einbruch in den Jahren 2012 und 2013 scheint sich jetzt die Zahl der Organspender in Deutschland wieder zu stabilisieren. Im Jahr 2014 gab es bundesweit 864...

Leber aus Wien nach Jordanien: Neues Thema im Göttinger Strafprozess
Göttingen – Am Montag, dem 49. Prozesstag im Strafverfahren gegen einen an der Universitätsklinik Göttingen tätigen 47jährigen Transplantationschirurgen, ist der Angeklagte erstmals zu einem Fall...

Kurskorrektur bei der DSO: „Allgemeine Aufklärung ist nicht unsere Aufgabe"
Frankfurt/Main - Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) wird sich künftig ganz auf ihre im Transplantationsgesetz beschriebenen Kernaufgaben konzentrieren: Die bundesweite Koordinierung der...

Einheitliches Transplantationsregister soll zügig aufgebaut werden
Berlin – Bundesweit die Daten im Transplantationswesen einheitlich zu erfassen und zu verarbeiten, kann die Versorgung der Patienten verbessern. Zu diesem Schluss kommt ein Gutachten, welches das...

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN REGISTRIEREN

Drucken Kommentieren
Teilen Versenden
Merken
Gefällt mir 12 +1 1

Mehr zum Thema
- Organspende

Themen
A Ä B C D E F G H I J K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z
Suchen

Aktuelle Themen
Arthrose Arzneimittelsicherheit Ärztemangel Ärztestatistik Ausländische Ärzte Cannabis Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Hell- und Hilfsmittel Impfen Infektionen Krankenhausfinanzierung Künstliche Befruchtung Mammakarzinom Masern Medizinstudium Multiple Sklerose Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schmerzmedizin Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifpolitik Vitamine

Top-News Politik
- Durch 200 Klinikschließungen ließen sich eine halbe Milliarde Euro sparen
- Vierlinge mit 65 Jahren: Frauenärzte warnen vor großen Risiken
- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- ConhIT 2015: Nachdenkliches zum Umgang mit Gesundheitsdaten
- Vierlingsschwangerschaft: Debatte hält an

Mein DÄ aerzteblatt.de

Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN

Passwort vergessen?
Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de

Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

Aktuelle Kommentare
- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik
- Ganzkörperscan statt Hausarzt? Herr Münch tickt nicht ganz richtig! | WiseDocIli | 20.04.15 00:24 | Politik
- Woher die Freigiebigkeit? | Staphylococcus rex | 20.04.15 00:15 | Ärzteschaft
- Tabex | lupp10 | 19.04.15 18:57 | Medizin

Archiv

< April 2015 >

Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

RSS
Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste

121.
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Mannheim
Congress Center Rosengarten
18. - 21. April 2015

Mehr als 350 Sitzungen, über 1.000 Vorträge

NEU: Refresher Innere Medizin – 15 State of the Art Sitzungen zu den Fachgebieten

- Umfassendste Fortbildungsveranstaltung zu allen Bereichen der Inneren Medizin
- DGIM Mitglieder nehmen kostenfrei am Kongress teil
- Programm unter www.dgim2015.de

Titelbild: Klee, Paul, Hauptweg und Nebenwege (Kölln, Museum Ludwig, ML 765/85) (Foto: © Rheinisches Bildarchiv Köln, rba_

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

Organspende-Skandal

Auch in Regensburg wurde gemauschelt

Der Göttinger Organspende-Skandal weitet sich aus. Der beschuldigte Arzt soll bereits während seiner Zeit in Regensburg für unzulässige Transplantationen verantwortlich gewesen sein.

Der im möglichen Göttinger Organspende-Skandal unter Verdacht stehende Oberarzt soll schon 2005 in Bayern für Missstände bei Transplantationen gesorgt haben. Der 45-Jährige hatte vor seiner Zeit an der Göttinger Uniklinik in einem Krankenhaus in Regensburg gearbeitet. Es seien damals jordanische Patienten verbotenerweise auf eine Warteliste für europäische Transplantations-Patienten gesetzt worden, sagte die Sprecherin des Regensburger Klinikums, Cordula Heinrich.

Anzeige

Außerdem sei eine Leber in Jordanien transplantiert worden. "Das hätte so nicht sein sollen", betonte die Sprecherin, die einen Bericht der "Süddeutschen Zeitung" bestätigte. Die Missstände in Regensburg waren bei einer Untersuchung der Bundesärztekammerkommission im Jahr 2006 aufgedeckt worden. Auch die Staatsanwaltschaft hatte damals ermittelt, ihre Untersuchungen aber eingestellt. "Die Klinik hat Konsequenzen aus den Vorfällen gezogen und seitdem ausführliche Richtlinien zur Transplantationen mit Ausländern aufgestellt", erläuterte Heinrich.

Ermittlungen wegen Bestechlichkeit

Gegen den Oberarzt der Göttinger Klinik wird wegen Bestechlichkeit ermittelt. Er soll Akten gefälscht und so dafür gesorgt haben, dass die eigenen Patienten beim Empfang von Spenderlebern bevorzugt wurden. Es werden 25 Fälle aus den Jahren 2010 und 2011 untersucht. Der Arzt, der seit November vom Dienst suspendiert ist, bestreitet nach Klinikangaben die Vorwürfe zu den Vorgängen in Göttingen. Gegenüber der Staatsanwaltschaft äußerte er sich zunächst nicht. Für eine Stellungnahme zu den Vorgängen in Regensburg war er zunächst nicht zu erreichen.

Der Oberarzt hatte nach Klinikangaben von 2003 bis 2006 in Regensburg gearbeitet und im Jahr 2004 eine Kooperation mit dem Jordan Hospital in Amman aufgebaut. Dies sei mit Wissen und Unterstützung der Bayerischen Staatsregierung zur Förderung des Standortes Bayern im Arabischen Raum geschehen, erläuterte die Sprecherin. Ziel war es, ein Programm für Lebertransplantationen aufzubauen und wissenschaftlich zu begleiten. "Die deutschen Mediziner sind immer wieder nach Jordanien geflogen, um die Operationen durchzuführen und die dortigen Ärzte anzuleiten", sagte Heinrich.

Europäische Organe für Jordanien

Dem Bericht zufolge wurde im April 2005 eine Leber, die eigentlich einem europäischen Empfänger zugestanden hätte, einer Frau im Jordan Hospital in Amman transplantiert. Außerdem waren mehrere Patienten, die in Jordanien operiert wurden, fälschlicherweise als Patienten des Universitätsklinikums Regensburg auf der Warteliste gesetzt worden. Das machte sie zu möglichen Empfängern von Organen aus dem Eurotransplant-Verbund. Darin sind sieben europäische Länder sowie Ungarn als Probemitglied zusammengeschlossen. Ausländer, die sich nicht im Eurotransplant-Gebiet aufhalten, haben keinen Anspruch auf die Organe.

26.07.2012 | 16:34 Uhr; zuletzt aktualisiert um 16:48 Uhr

dpa, N24

IHRE REAKTION ZU DIESEM ARTIKEL

WITZIG	ÄRGERLICH	SPANNEND	TRAURIG	KLASSE
0	0	0	0	0

Powered by YOOMI

MEHR AUS DEM WEB

TIME ON
So geht's: Unter Android das WLAN-Passwort anzeigen

Nordstrand
Orte, so beeindruckend, fast „magisch"

Plusvalia
Was das Gesicht verrät: 10 Krankheiten auf den ersten Blick erkennen

SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION

Reise
Hohe Nachforderung von Betriebskosten rechtfertigt Kündigung

Ex-Pegida-Frontfrau
Was macht eigentlich Kathrin Oertel?

Innerhalb eines Jahres
Fast doppelt so viele Hartz-IV-Bezieher vom Balkan

Kredit ohne Schufaabfrage
Keine Vorkosten, 100% Auszahlung Kostenlose Kredit-Anfrage in 2 Min.
Google-Anzeigen

ARTIKEL KOMMENTIEREN

Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login →

Ihr Kommentar

LESERKOMMENTARE (0)

ARTIKEL EMPFEHLEN

Like | Tweet | Teilen | Mail

VERWANDTE THEMEN

Regensburg →
Jordanien →
Cordula Heinrich →
Bayern →
Mauschein →
Organspende →

Alle Themenseiten →

VERWANDTE ARTIKEL

Panorama
Politik und Ärzte nach Organspende-Skandal unter Druck

Politik
Organspende: Druck auf Ärzte und Politik wächst

Organspende-Skandal
Ärztepräsident: Bayern hat versagt

AUS DER MEDIATHEK

Serien-Striptease
Mediathek

High-Tech-Suit "Iron-Man"-Anzug
US-Army entwickelt "Iron-Man"-Anzug

Unhöfliche Deutsche
"Jeder ist mit sich selber beschäftigt"

Mega-Kompaktspor Audi RS 3 im ersten Test

Leichter und schlauer: Erste Fahrt im neuen BMW 7er

Empfohlen von

MEISTGELESEN

1 Vor Start der Apple Watch
Google erweitert Bedienung von Android-Uhren

2 Sechsfacher Baby-Mord
"Wollte meinen Kindern nur helfen"

3 Bericht der Bundesbank
Kauflaune sorgt für gute Konjunktur

4 Wirtschaft
Japanischer Magnetzug stellt Geschwindigkeitsrekord auf

5 Iserv
Zivilisten sterben bei Luftangriff auf Sanaa

Nabelschnurblut einlagern
Jetzt Vita 34 Infopaket anfordern! Gratis Vorsorge-Screening bekommen.
Google-Anzeigen

© 2014 WeltN24 GmbH

AUTO BILD | autohaus24.de | B.Z. | BERLINER MORGENPOST | BILD | BILD DER FRAU | COMPUTER BILD | Kinderen.net | flug.idealo.de | gutfragen.de | HAMBURGER ABENDBLATT | HÖRZU | ideal.de | immonet.de | Ladenzeile.de | MacMinis | METAL HAMMER | Motorrad | NÜRNBERGPRESSE | myBrötchen | N24 | Onmeda.de | pack.de | ROLLING STONE | SPORT BILD | stepstone.de | Skyabook.de | transfermarkt.de | TV DIGITAL | unsguteauto.de | weltmm.tv | WELT | zanox.de

Axel Springer Akademie | Axel Springer Inhouse | Axel Springer SE | Ein Herz für Kinder | Wisski

↑ Zum Seitenanfang

Panorama

Organspende-Skandal: Ermittlungen wegen Tötungsdelikten

(Foto: AFP)

Der Organspende-Skandal am Universitätsklinikum Göttingen weitet sich aus: Neben einem beschuldigten Oberarzt steht ein weiterer leitender Arzt im Verdacht, Patientendaten im Zusammenhang mit Organtransplantationen manipuliert zu haben. (Archivfoto)

Der Organspende-Skandal am Universitätsklinikum Göttingen weitet sich immer mehr aus. Neben einem beschuldigten Oberarzt stehe nun auch ein weiterer leitender Arzt im Verdacht, Patientendaten im Zusammenhang mit Organtransplantationen manipuliert zu haben, wie das Uniklinikum mitteilte. Die Staatsanwaltschaft Göttingen leitete gegen die beiden Mediziner Ermittlungen wegen des Anfangsverdachts auf Totungsdelikte ein.

Die Staatsanwaltschaft Braunschweig ermittelt gegen die beiden Mediziner bereits wegen Bestechlichkeit. Parallel dazu werde noch geprüft, ob durch die Bevorzugung bestimmter Patienten bei der Organtransplantation möglicherweise andere Patienten nicht rechtzeitig eine Spenderleber erhalten haben und deshalb gestorben sind, erklärte die Göttinger Staatsanwaltschaft.

Anzeige

Ein schon länger im Visier der Ermittler stehender Transplantationsmediziner des Göttinger Uniklinikums soll in großem Stil Krankenakten manipuliert haben, um bestimmten Patienten bevorzugt eine Spenderleber zu verschaffen. Es sollen unter anderem Laborwerte manipuliert und Dialyseprotokolle gefälscht worden sein, um zum Beispiel neben der Lebererkrankung auch noch Nierenprobleme vorzutäuschen. Dies verbessert die Position auf der Warteliste, die für die Zuteilung eines Spenderorgans relevant ist.

Die Ermittlungen gegen den Oberarzt wurden inzwischen ausgeweitet, nachdem in der vergangenen Woche weitere Verdachtsfälle bekannt wurden. Seit Montag werde gegen ihn wegen insgesamt 23 "konkreter Verdachtsfälle manipulierter Patientendaten" ermittelt, sagte eine Sprecherin der Staatsanwaltschaft Braunschweig. Sie bestätigte damit informationen der "Süddeutschen Zeitung". Der beschuldigte Oberarzt, der nicht mehr am Göttinger Uniklinikum arbeitet, hat sich bislang nicht gegenüber den Ermittlern geäußert.

Gegen den zweiten verdächtigten Arzt werde seit Montag wegen Bestechlichkeit ermittelt, sagte die Sprecherin der Staatsanwaltschaft Braunschweig. Er sei mit Voruntersuchungen von Patienten vor einer Organtransplantation betraut gewesen und habe damit Einfluss auf die Patientendaten nehmen können. Am Mittwoch seien Wohnung und Arbeitsplatz des Mediziners durchsucht und Unterlagen im Zusammenhang mit Lebertransplantationen der vergangenen zwei Jahre beschlagnahmt worden. Der Arzt habe bisher keine Angaben zu den Vorwürfen gemacht.

Auch an der früheren Arbeitsstätte des verstorbenen Oberarztes, dem Uniklinikum Regensburg, soll es laut "Süddeutscher Zeitung" weit mehr Unregelmäßigkeiten bei Organtransplantationen gegeben haben als bislang angenommen. Mehrere jordanische Patienten, die am Jordan Hospital in Amman operiert wurden, seien fälschlicherweise als Patienten des Uniklinikums auf die Warteliste für ein Spenderorgan gesetzt worden, obwohl sie darauf keinen Anspruch hatten. Bislang war nur der Fall einer jordanischen Privatpatientin bekannt, der der Mediziner 2005 eine Leber eingepflanzt hatte.

Das Universitätsklinikum Regensburg erklärte, es sei bei dem genannten Vorgang kein Gesetzesverstoß des Oberarztes festgestellt worden. Als Konsequenz seien dennoch Richtlinien für künftige "Organtransplantationen mit Auslandsbezug" erarbeitet worden.

26.07.2012 | 11:46 Uhr, zuletzt aktualisiert um 17:47 Uhr AFP

IHRE REAKTION ZU DIESEM ARTIKEL

WITZIG 0 | ÄRGERLICH 0 | SPANNEND 0 | TRAURIG 0 | KLASSE 0

Powered by VICCAR

MEHR AUS DEM WEB

FUBIK ON
Smartphone aufräumen: So kannst Du Android schneller machen

Channel Partner
"Das menschliche Auge ist nicht für die digitale Welt gemacht"

Motorbank
Schwer zu beim Vitasa nur die Wahl der farbe

SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION

Liveticker zum G7-Außenministertreffen in Lübeck
Außenminister setzen Besatzungen fort

Windows ade
Wechsel auf Linux vorbereiten

Verhaltensforschung
Von wegen Katzen sind keine guten Menschenkenner

Kredit ohne Schufaabfrage
Keine Vorkosten, 100% Auszahlung Kostenlose Kredit-Anfrage in 2 Min.

Google-Anzeigen

ARTIKEL KOMMENTIEREN

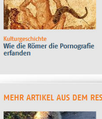
Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login

Ihr Kommentar

LESERKOMMENTARE (0)

MEHR AUS UNSEREM NETZWERK: DIE WELT


Kulturgeschichte
Wie die Römer die Pornografie erfanden

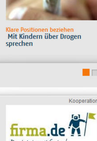
Erster Weltkrieg
USA könnten Englands Fehler von 1914 wiederholen

empfohlen von

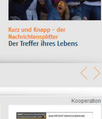
MEHR ARTIKEL AUS DEM RESSORT PANORAMA

Neu | Meistgesehen

"Das hatten wir in Frankfurt noch nie"
Wolf läuft mitten in der Stadt vors Auto


Karte Nordkorea besitzen
Mit Kindern über Drogen sprechen

Panorama
AC/DC-Schlagzeuger Rudd gibt Mordrohung zu


Kurz und Knapp – der Nachrichtenüberblick
Der Treffer ihres Lebens

EMPFEHLUNGEN AUS WISSEN

Neu | Meistgesehen

Informationen zum Bahnstreik
Diese Züge fahren dennoch

600 Stundenkilometer
Japanischer Magnetzug bricht eigenen Weltrekord

Kampf dem Spam
Mindestumsatz für Steam-Accounts

Reha
Soja statt Rind – Es muss nicht immer Fleisch sein

DAS NEUESTE AUS DER MEDIATHEK

Regenbogen und Schmetterlinge
Miley Cyrus schockt Fans

Prominenten
Prominente Lesung zum Thema Frieden

Einmalbesuch Vergessen
Harald Glööckler als Maler

Straßenmusik Klänge
Wachmann spielt Piano in Bibliothek

Spiegel online
Hochwertige Spiegel für eine besondere Wohnlichtatmosphäre!

Google-Anzeigen

ARTIKEL EMPFEHLEN

Like | Tweet | Teilen | Mail

VERWANDTE THEMEN

- Organspende
- Tötungsdelikt
- Staatsanwaltschaft
- Göttingen
- Braunschweig
- Skandal

Alle Themenseiten

VERWANDTE ARTIKEL

Wissen
Organspende-Skandal: Experten warnen vor Vergabe ändern

Wissen
Organspende-Skandal: Experten fordern neues Vergabesystem

Wissen
Organspende-Skandal an Münchner Klinikum weitet sich offenbar aus

AUS DER MEDIATHEK

Sport
Pastorez: "Messi darf eine Pause einlegen"

"Star Wars"-Doubse
Imperialer Sternenzerstörer – Marke Eigenbau

Lady Gaga
Amber Rose völlig hüllenlos am Strand von Hawaii

Die coolsten Klubs der Welt
"Tresor"

WM C Coupé GTI: Designerstück-Premiere in Shanghai

Empfohlen von

MEISTGELESEN

1. Wirtschaft
Japanischer Magnetzug rast mit Tempo 603 zum Weltrekord
2. Ausland
Zwölften sterben bei Luftangriff auf Sanaa
3. Politik
Südkoreas Premierminister bietet Rücktritt an
4. Gestürzter Spitzenmanager
Gericht setzt Haftbefehl gegen Middelhoff aus
5. Selfies
Nervig, teuer – und manchmal lebensgefährlich

Geldanlage Schweiz - 12%
12% Rendite im Jahr - EURO frei - ohne Risiko & zu 100% steuerfrei!

Google-Anzeigen

© 2014 WeltN24 GmbH

AUTO BILD | autohaus24.de | B.Z. | BERLINER MORGENPOST | BILD | BILD DER FRAU | COMPUTER BILD | finanzen.net | flug.idealo.de | golfemonin.de | HAMBURGER ABENDBLATT | HÖRZU | idealo.de | immonet.de | Ladenzeile.de | MacMotion | METAL HAMMER | Motorrad | MUSIKEXPRESS | mydfinisseer | NÖ | Onmeda.de | pixelio.de | ROLLING STONE | SPORT BILD | stepstone.de | Stylebook.de | transfermarkt.de | TV DIGITAL | umzugsauktion.de | wasmmi.tv | WELT | zanox.de

Axel Springer Akademie | Axel Springer Infopool | Axel Springer SE | Ein Herz für Kinder | Prisde

Zum Seitenanfang

Politik

Organspende-Skandal erschüttert Vertrauen der Patienten

(Foto: AFP)

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CDU), fürchtet, dass der Organspendeskandal zahlreiche Menschenleben kosten wird. Es werde Monate, wenn nicht Jahre dauern, das Vertrauen in die Organspende wieder herzustellen, sagte Zöller in einem Interview. In Göttingen steht neben dem früheren Oberarzt ein weiterer Leitender Arzt im Verdacht, in 23 Fällen Patientenakten manipuliert zu haben. (Archivfoto)

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CDU), fürchtet, dass der Organspendeskandal zahlreiche Menschenleben kosten wird. Es werde Monate, wenn nicht Jahre dauern, das Vertrauen in die Organspende wieder herzustellen, sagte Zöller der "Neuen Ruhr Zeitung" mit Blick auf eine nachlassende Spendebereitschaft in der Bevölkerung.

Zöller forderte eine "hohe Strafe" für den verantwortlichen Arzt, wenn dessen Schuld bewiesen werde. Er würde einen Entzug der Zulassung als Mediziner begrüßen. Eine staatliche Überwachung von Organspenden lehnte Zöller ab. Stattdessen sei vor allem Transparenz notwendig.

Anzeige

In Göttingen steht neben dem früheren Oberarzt ein weiterer leitender Arzt im Verdacht, in 23 Fällen Patientenakten manipuliert zu haben. Die Staatsanwaltschaften Braunschweig und Göttingen ermitteln wegen Bestechlichkeit beziehungsweise wegen des Anfangsverdachts auf Tötungsdelikte. Geprüft wird, ob die Bevorzugung bestimmter Patienten bei Organtransplantationen zum Tod anderer Menschen geführt haben könnte, die nicht zum Zuge kamen. Die bayerischen Justizbehörden prüfen, ob es auch am Uniklinikum Regensburg Manipulationen von Krankendaten im Zusammenhang mit Lebertransplantationen gegeben hat.

06.08.2012 | 07:58 Uhr AFP

merken

MEHR AUS DEM WEB

BUNTE
Claudia Effenberg: Sie ärgert sich schwarz!

Autobild
1034 PS für 130.000 Euro!

Textbroker
Kein Content kein Online-Erfolg

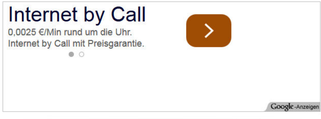
SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION

VW-Bus
Die Qualitäten des neuen "Bulli": Liegen unter der Haube

Automatik
Das richtige Getriebe für das richtige Fahrzeug

Cannabis killt Krebs
Marihuana-Wirkstoff zerstört Tumorzellen



ARTIKEL KOMMENTIEREN

Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login →

Ihr Kommentar

LESERKOMMENTARE (0)

ARTIKEL EMPFEHLEN

Like | Tweet | Teilen | Mail

VERWANDTE THEMEN

- Organspende →
- Wolfgang Zöller →
- Organspendeskandal →
- Bundesregierung →
- CDU →
- Ruhr →

Alle Themenseiten →

VERWANDTE ARTIKEL

Wissen
Steinmeier fordert Transplantationsbeauftragten im Bundestag

Wissen
Organspende-Skandal an Münchner Klinikum weitet sich offenbar aus

Wissen
Organspende-Skandal an Münchner Klinikum weitet sich offenbar aus

AUS DER MEDIATHEK

Germanwings-Katastrophe
Video soll letzte Sekunden vor Absturz zeigen

Sexy Cover-Girl
Lily Aldridge posiert oben ohne für Hochglanz-Magazin

GTA V
Erschrecke niemals eine Katze!

VW Konzernabend vor der Shanghai Motor Show 2015

Themen in dieser Woche
Welt der Wunder

Empfohlen von

INFORMIERT BLEIBEN

RSS Politik

MEISTGELESEN

1. Wirtschaft
Japanischer Magnetzug rast mit Tempo 603 zum Weltrekord
2. Jemen
Zivilisten sterben bei Luftangriff auf Sanaa
3. Politik
Südkoreas Premierminister bietet Rücktritt an
4. Gestürzter Spitzenmanager
Gericht setzt Haftbefehl gegen Middelhoff aus
5. Selfies
Nervig, teuer – und manchmal lebensgefährlich

Geldanlage Schweiz - 12%
12% Rendite im Jahr - EURO frei - ohne Risiko & zu 100% steuerfrei!
Google-Anzeigen

MEHR ARTIKEL AUS DEM RESSORT POLITIK

Neu | Meistgesehen

Medien
USA verstärken wegen Iran Flottenpräsenz vor Jemen

Politik
IOC-Chef Bach gewinnt ersten großen Machtkampf

Politik
Griechenland bekommt Defizit fast in den Griff

"Wie ein Diktator"
Tsipras' Kassengriff erbost Kommunen

MEHR AUS UNSEREM NETZWERK: DIE WELT

Kulturgeschichte
Wie die Römer die Pornografie erfanden

empfohlen von

N24 Shop

Jetzt die Aktel Flat "N24 mobil" für nur 24,95 €/Monat bestellen! Alle Informationen zum neuen Mobilfunktarif finden Sie im N24 Shop.

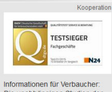
Kooperation

Durchstarten mit System! Jetzt Buchhaltung outsourcen schon ab 49 € pro Monat

Promotion

Jetzt die CHECK24-Kreditrechner nutzen und ganz einfach Geld sparen!

Kooperation



Informationen für Verbaucher Die unabhängigen Studien der DIGV. Jetzt informieren!

EMPFEHLUNGEN AUS WISSEN

Neu | Meistgesehen

Informationen zum Bahnstreik
Diese Züge fahren dennoch

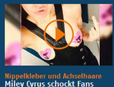
600 Stundenkilometer
Japanischer Magnetzug bricht eigenen Weltrekord

Kampf dem Spam
Mindestumsatz für Steam-Accounts

Recht
Soja statt Rind – Es muss nicht immer Fleisch sein

DAS NEUESTE AUS DER MEDIATHEK

Texas
Spektakuläre Rettung aus brennendem Auto



Nippelkleber und Achselhaare
Miley Cyrus schockt Fans

Montementor
Prominente Lesung zum Thema Frieden

Künstlerischer Designer
Harald Glööckler als Maler

N24 Nachrichten - aktueller Qualitätsjournalismus rund um die Uhr. Wir informieren Sie umfassend, aktuell und schnell im Live Stream, mit Videos, Reportagen, Top-Dokumentationen und Artikeln über das aktuelle Zeitgeschehen.

© 2014 WeltN24 GmbH

AUTO BILD | autohaus24.de | B.Z. | BERLINER MORGENPOST | BILD | BILD DER FRAU | COMPUTER BILD | finanzen.net | flug.idealo.de | gofeminin.de | HAMBURGER ABENDBLATT | HÖRZU | idealo.de | immonet.de | Ladenzeile.de | Maz&More | METAL HAMMER | Musikinfo | MUSIKEXPRESS | myEintracker | N24 | Onmeda.de | press.de | ROLLING STONE | SPORT BILD | stepstone.de | Styleboook.de | transfermarkt.de | TV DIGITAL | undsogewinnstdu.de | weristhier.tv | WELT | zanox.de

Axel Springer Akademie | Axel Springer Infopool | Axel Springer SE | Ein Herz für Kinder | kCoal

Goodbye Windows Server 2003. Hello HP.
Nutzen Sie die Zeit.
Erfahren Sie, wie HP Sie bei einer zuverlässigen Migration unterstützen kann.
Mehr erfahren
Make it matter.

POLITIK

Organspende: Erstmals Strafprozess wegen Manipulation der Warteliste

Dienstag, 16. Juli 2013

dpa

Köln – Erstmals in Deutschland wird es einen Strafprozess geben wegen des Verdachts der Manipulation der Warteliste zur Organtransplantation. Das Schwurgericht am Landgericht Göttingen hat die Anklage der Staatsanwaltschaft Braunschweig gegen einen früheren Oberarzt der Universitätsklinik Göttingen zugelassen und das Hauptverfahren eröffnet: wegen versuchten Totschlags in elf Fällen sowie wegen Körperverletzung mit Todesfolge in drei Fällen. Dies teilte das Landgericht Göttingen mit.

Die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden gegen den Leberchirurgen hatten vor mehr als eineinhalb Jahren begonnen, nachdem bei der Prüfung der Unterlagen des Transplantationszentrums Ungereimtheiten aufgefallen waren. Offenbar waren Laborwerte von Patienten manipuliert worden, damit eigene Patienten rascher ein postmortales Organ erhalten.

aerzteblatt.de
- **Organspendenskandal:** Ermittlungsverfahren gegen drei Leipziger Ärzte
- **Organspende-Skandal:** Vorwurf der Bestechlichkeit nicht bestätigt

Teilweise sind nach Erkenntnissen der Prüfungs- und Überwachungskommission bei der Bundesärztekammer Dialysen erfunden worden, um Leberpatienten einen höheren MELD-Score (Model for end stage liver disease) zuordnen zu können und sie damit kränker erscheinen zu lassen als sie waren. Dadurch könnten andere Wartepatienten lebensbedrohlich gefährdet worden sein. Der Verdacht der Bestechung hat sich nach Angaben der Staatsanwaltschaft Braunschweig nicht bestätigt. Der ehemalige Oberarzt war seit Januar diesen Jahres in Untersuchungshaft gekommen, weil Fluchtgefahr bestand.

Zum Zeitpunkt der zu Last gelegten Taten waren Manipulationen der Warteliste kein Straftatbestand im Transplantationsgesetz. Der Bundestag hatte im Juni über einen fraktionsübergreifenden Antrag abgestimmt, der vorsieht, einen entsprechenden Straftatbestand in das Gesetz aufzunehmen. Das Hauptverfahren beginnt am 19. August. Geplant sind derzeit 22 Termine. © *nsi/aerzteblatt.de*

Drucken | Versenden | Teilen | Gefällt mir 11 | g+1 0

8.733 News Politik « ‹ 1.806 1.807 1.808 1.809 1.810 1.811 1.812 › » Seite

Nachrichten zum Thema

Transplantationsskandal: Urteil im Mai
Göttingen – Der Prozess um den Transplantationsskandal in der Göttinger Universitätsmedizin steht kurz vor dem Abschluss. Das Urteil in dem seit August 2013 laufenden Verfahren wird voraussichtlich am...

Nach Lungentransplantation: Wer wieder arbeitet, fühlt sich besser
Köln – Seinen Alltag wieder aufzunehmen, seinen Beruf wieder auszuüben – das sind auch häufige Ziele von Transplantationspatienten. Nach einer Lungentransplantation ist es jedoch nicht allen möglich...

England: Erfolgreiche „Non-Beating"-Herztransplantation
Cambridge – An einer Klinik in England wurde erstmals in Europa ein Herz transplantiert, das dem Spender nach dem Herzkreislauftod und nicht wie sonst üblich nach dem Hirntod entnommen wurde. Die...

Leberlebendspende bei akutem Leberversagen möglich
Toronto – Da ein akutes Leberversagen innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen kann, bleibt in der Regel wenig Zeit für die Suche nach einem Spender. Einer Klinik in Kanada gelingt es dennoch, potenzielle...

US-Experte: Beschädigte Nieren für Nierentransplantation geeignet
New Haven – Angesichts langer Wartezeiten bei der Nierentransplantation plädiert ein US-Experte dafür, auch beschädigte Nieren zu transplantieren. Laut seiner Studie im American Journal of...

Kinderschutzbund kritisiert Einstellung des Edathy-Verfahrens
Verden – Der frühere SPD-Bundestagsabgeordnete Sebastian Edathy hat zugegeben, sich mit seinem dienstlichen Laptop kinderpornografische Videos und Bilder aus dem Internet besorgt zu haben. Diese...

Ehemaliger Krankenpfleger muss wegen Mordes lebenslang in Haft
Oldenburg – Gestanden hat der frühere Krankenpfleger eine ganze Mordserie – wegen fünf Taten muss er nun eine lebenslange Haftstrafe verbüßen. Doch ihm könnte bald ein zweiter Prozess bevorstehen. Das...

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN REGISTRIEREN

Drucken | Kommentieren | Teilen | Versenden | Merken
Gefällt mir 11 | g+1 0

Mehr zum Thema
- Organtransplantation
- Prozesse/Skandale

Themen
A Ä B C D E F G H I K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z

Suchen

Aktuelle Themen
Arthrose Arzneimittelsicherheit Ausländische Ärzte Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Großbritannien Hausarztverträge Impfen Krankenhausfinanzierung Krebsvorsorge Mammakarzinom Mammographie Masern Multiple Sklerose Neurologie Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schlaganfall Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifeinheit Tarifpolitik Unikliniken Vitamine

Top-News Politik
- Durch 200 Klinikschließungen ließen sich eine halbe Milliarde Euro sparen
- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- Vierlinge mit 65 Jahren: Frauenärzte warnen vor großen Risiken
- ConhIT 2015: Nachdenkliches zum Umgang mit Gesundheitsdaten
- Vierlingsschwangerschaft: Debatte hält an

Mein DÄ aerzteblatt.de
Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN
Passwort vergessen?
Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de
Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

Aktuelle Kommentare
- Sehen wir es doch mal vom Patienten aus... | Mathilda | 21.04.15 09:48 | Politik
- @Logopädist, | Practicus | 20.04.15 22:34 | Politik
- 'Medizynisches' Versorgungsmonopol in der Fläche? | dr.med.thomas.g.schaetzler | 20.04.15 17:02 | Politik
- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik

Archiv
< April 2015 >

Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

RSS
Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste

WER LIEFERT WAS
So suchen Profis
Firma kostenfrei registrieren

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

POLITIK

Organspende-Skandal: Vorwurf der Bestechlichkeit nicht bestätigt

Mittwoch, 19. Juni 2013

Göttingen – Bei den Ermittlungen im **Organspende**-Skandal hat die Staatsanwaltschaft keine Beweise dafür gefunden, dass Patienten Geld für eine schnellere Transplantation gezahlt haben. Die Verfahren gegen rund ein Dutzend Betroffene seien eingestellt worden, sagte heute der Sprecher der Braunschweiger Staatsanwaltschaft, Klaus Ziehe. Anklage wurde aber gegen den Ex-Leiter der Göttinger Transplantationsmedizin erhoben. Dem Mediziner wird versuchter Totschlag in elf Fällen und Körperverletzung mit Todesfolge in drei Fällen vorgeworfen. Der ursprüngliche Verdacht der Bestechlichkeit gegen den Mediziner habe sich nicht bestätigt, sagte Ziehe.

Der Arzt soll falsche Patientendaten an die zentrale Vergabestelle für Spenderorgane weitergeleitet haben. Dadurch rutschten seine Patienten auf der Warteliste für Spenderorgane so weit nach oben, dass ihnen in kürzester Zeit ein Organ zugewiesen und transplantiert wurde. Warum der Mediziner dies tat, ist noch unklar. Es sei kein Geld geflossen, sagte der Sprecher der Staatsanwaltschaft. Möglicherweise sei aber Geltungssucht oder Eitelkeit ein Motiv des Arztes gewesen. Der 46-jährige frühere Chef der Göttinger Transplantationsmedizin sitzt seit Januar in Untersuchungshaft.

aerzteblatt.de
- **Organvergabe:** Experten fordern Kursänderung
- **Albrecht Wienke** zur juristischen Einschätzung der Organspendeskandale

Die Ermittler gehen davon aus, dass wegen des Mangels an Spenderorganen andere lebensbedrohlich erkrankte Menschen kein Organ erhielten und deshalb möglicherweise starben. Welcher Patient aufgrund welcher Falschmeldung möglicherweise starb, könne aber nicht genau zugeordnet werden. Deshalb wird dem Transplantationschirurgen nur versuchter Totschlag zur Last gelegt.

Anzeige

In drei weiteren Fällen soll der Arzt Lebern übertragen haben, obwohl medizinische Befunde gegen eine Transplantation sprachen. Die Patienten seien dann aufgrund der Operationen gestorben. Die Anklage sieht darin Körperverletzung mit Todesfolge.

Die Ermittlungen gegen vier weitere Ärzte aus dem Uniklinikum Göttingen sind noch nicht abgeschlossen. Gegen sie besteht der Verdacht, an den Handlungen des Chefs beteiligt gewesen zu sein. Die Verfahren gegen weitere Klinikangestellte wurden eingestellt, auch die Ermittlungen gegen Mitarbeiter einer medizinischen Vermittlerfirma.

Der Anwalt des beschuldigten Mediziners äußerte sich heute zuversichtlich, dass sein Mandant freigesprochen wird. Es sei überhaupt nicht klar, dass der Arzt irgendwem geschadet habe, sagte Steffen Stern. Den Vorwurf des versuchten Totschlags halte er für juristisch fragwürdig.

Der Sprecher der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, sagte, trotz der Anklage werde es schwer, ausreichend Beweise für eine Verurteilung des Transplantationsarztes zusammenzutragen. Mitwisser hätten kaum Interesse daran, sich selbst zu belasten. © *hil/aerzteblatt.de*

Drucken | Versenden | Teilen | Gefällt mir 4 | +1 1

8.733 News Politik « ‹ 1.900 1.901 1.902 1.903 1.904 1.905 1.906 › » Seite

Nachrichten zum Thema

Transplantationsskandal: Urteil im Mai
Göttingen – Der Prozess um den Transplantationsskandal in der Göttinger Universitätsmedizin steht kurz vor dem Abschluss. Das Urteil in dem seit August 2013 laufenden Verfahren wird voraussichtlich am...

Leberlebendspende bei akutem Leberversagen möglich
Toronto – Da ein akutes Leberversagen innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen kann, bleibt in der Regel wenig Zeit für die Suche nach einem Spender. Einer Klinik in Kanada gelingt es dennoch, potenzielle...

Kinderschutzbund kritisiert Einstellung des Edathy-Verfahrens
Verden – Der frühere SPD-Bundestagsabgeordnete Sebastian Edathy hat zugegeben, sich mit seinem dienstlichen Laptop kinderpornografische Videos und Bilder aus dem Internet besorgt zu haben. Diese...

Ehemaliger Krankenpfleger muss wegen Mordes lebenslang in Haft
Oldenburg – Gestanden hat der frühere Krankenpfleger eine ganze Mordserie – wegen fünf Taten muss er nun eine lebenslange Haftstrafe verbüßen. Doch ihm könnte bald ein zweiter Prozess bevorstehen. Das...

Transplantationsprozess: Das Gericht ringt mit dem Begriff der medizinischen Indikation
Göttingen – Für die Urteilsverkündung im Strafverfahren gegen einen ehemals an der Universitätsklinik Göttingen tätigen Transplantationschirurgen ist noch kein Termin in Sicht. Zu Beginn des Prozesses...

Bund und Länder unterstützen Frauen nach DDR-Arzneimittelskandal weiterhin
Berlin – Frauen, die 1978/1979 in der DDR im Rahmen der Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert wurden, erhalten von Bund und Ländern weiterhin jährliche Hilfsgelder in...

Kind stirbt wegen Insulinmangel: Bewährungsstrafen für Eltern
Hannover - Zu Bewährungsstrafen hat das Landgericht Hannover ein Elternpaar verurteilt, das seine diabeteskranke Tochter nicht ausreichend mit Insulin versorgt und dadurch den Tod der Vierjährigen...

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN REGISTRIEREN

Drucken | Kommentieren | Teilen | Versenden | Merken

Gefällt mir 4 +1 1

Mehr zum Thema
- Organspende
- Prozesse/Skandale

Themen
A Ä B C D E F G H I K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z

Suchen

Aktuelle Themen
Arthrose Arzneimittelsicherheit Ausländische Ärzte Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Großbritannien Hausarztverträge Impfen Krankenhausfinanzierung Krebsvorsorge Mammakarzinom Mammographie Masern Multiple Sklerose Neurologie Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schlaganfall Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifeinheit Tarifpolitik Unikliniken Vitamine

Top-News Politik
- Durch 200 Klinikschließungen ließen sich eine halbe Milliarde Euro sparen
- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- Vierlinge mit 65 Jahren: Frauenärzte warnen vor großen Risiken
- conhIT 2015: Nachdenkliches zum Umgang mit Gesundheitsdaten
- Vierlingsschwangerschaft: Debatte hält an

Mein DÄ aerzteblatt.de
Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN
Passwort vergessen?
Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de
Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

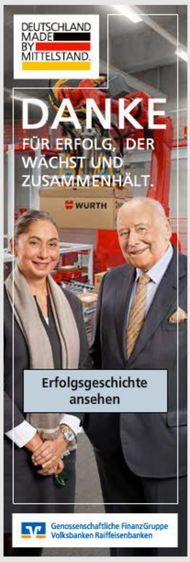
Aktuelle Kommentare
- Sehen wir es doch mal vom Patienten aus... | Mathilda | 21.04.15 09:48 | Politik
- @Logopädist, | Practicus | 20.04.15 22:34 | Politik
- 'Medizynisches' Versorgungsmonopol in der Fläche? | dr.med.thomas.g.schaetzler | 20.04.15 17:02 | Politik
- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik

Archiv

<			April 2015				>
Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

RSS
Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste



© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

BAUHAUS
Folien-Gewächshaus
98,-
Das Beste vom Profi. Auch online:
www.bauhaus.info

Organspende-Prozess

Aiman O. darf zu Weihnachten aus dem Gefängnis

Wenn der Transplantationschirurg Aiman O. eine Kaution von einer halben Million Euro hinterlegt, kommt er auf freien Fuß. Das entschied am Montag das Landgericht Göttingen.

16.12.2013, von ANDREAS NEYZER, GÖTTINGEN

Meinungen (5) | Merken | Drucken
Empfehlen (2) | Permalink | Mail
Teilen 8 | 7 | 8+1
Veröffentlicht: 16.12.2013, 16:36 Uhr

© DPA

Der 20. Verhandlungstag: Aiman O. betritt der Gerichtssaal.

Aiman O. darf die Gefängnis verlassen. Die Schwurgerichtskammer des Landgerichts Göttingen hat am Montag den Vollzug des Haftbefehls gegen den früheren Leiter der Transplantationschirurgie an der Universitätsmedizin Göttingen ausgesetzt. Um auf freien Fuß zu kommen, muss der Arzt eine Kaution von einer halben Million Euro hinterlegen, zudem muss er seinen Personalausweis und seinen Reisepass abgeben. Ohne die Genehmigung der Kammer darf er den Landkreis Göttingen künftig nicht verlassen. Zwei Mal am Tag muss er sich bei der Polizei melden.

Autor: Andreas Neyzer, Redakteur in der Politik. Folgen:

Aiman O., der seit elf Monaten in Untersuchungshaft sitzt, muss sich seit einem Vierteljahr wegen des Vorwurfs des versuchten Totschlags in elf Fällen sowie wegen Körperverletzung mit Todesfolge in drei Fällen vor Gericht verantworten. Ihm wird vorgeworfen, die Daten seiner Patienten so manipuliert zu haben, dass diese auf der Warteliste für Spenderorgane weiter hoch rutschten – wodurch andere Patienten Ihre ein Organ dringender gebraucht hätten, womöglich gestorben sind. Zudem soll er in drei Fällen ohne erkennbaren Grund Lebern transplantiert haben. Drei drei Patienten starben jeweils an den Folgen der Operation.

Nach wie vor dringender Tatverdacht

Wie der Vorsitzende Richter Ralf Günther am Montag in seiner mehr als einstündigen Erklärung verlas, erkennt die Kammer weiter „dringenden Tatverdacht". Im Fall eines Schuldspruchs sei von einer Haftstrafe auszugehen, die über die bislang in Untersuchungshaft verbrachte Zeit hinausgehe, weshalb die Kammer den Haftbefehl der Staatsanwaltschaft Braunschweig nicht aufhob, sondern nur dessen Vollzug aussetzte.

Die Hauptverhandlung mit bislang 20 Verhandlungstagen und 50 Zeugen habe den Vorwurf bestätigt, dass von Aiman O. selbst oder in seinem Auftrag Manipulationen verübt worden seien. Ein deutlich von der Anklageschrift abweichendes Bild hat die Kammer mittlerweile dagegen von den drei „Indikationsfällen" gewonnen, bei denen wegen Körperverletzung mit Todesfolge verhandelt wird. In zwei der Fälle erkennen die Göttinger Richter überhaupt keinen Tatverdacht mehr, im dritten muss sich Aiman O. nun wegen fahrlässiger Tötung verantworten.

Mehr zum Thema
- Kontrolle von Transplantationsprogrammen: Schwere Verstöße in vier Transplantationszentren
- Zahl der Organspenden auf neuem Tiefstand
- Organspende: Numerus Clausus für Leben?

Die Staatsanwaltschaft kündigte Beschwerde gegen den Beschluss der Kammer an. Oberstaatsanwältin Hildegard Wolff hatte vergangene Woche einen Antrag gegen die Aufhebung der Untersuchungshaft gestellt, in dem sie der bisherigen Begründung für eine Verwahrung weitere Argumente hinzufügte. Unter anderem hob sie auf die nach wie vor bestehende Fluchtgefahr ab. Der in den Palästinensergebieten geborene Aiman O. hat gute Kontakte in die arabische Welt und hat auch schon Verbindungen über eine Anstellung in einer palästinensischen Klinik geführt. Auch die Göttinger Richter sehen weiterhin Fluchtgefahr, halten den Vollzug der Untersuchungshaft aber nicht mehr für verhältnismäßig. Der Prozess wird im kommenden Jahr fortgesetzt. Ein Urteil wird erst im April erwartet.

Quelle: F.A.Z.

Zur Homepage

Teilen 8 | Empfehlen | 7 | 8+1 | 37

Lesermeinungen (5) Wie Sie mitdiskutieren

Dieser Beitrag kann nicht mehr kommentiert werden

Vollansicht | Sortieren

▸ Arabien (0)
HANS-DIETER MÜLLER (ANARCH) - 17.12.2013 09:53
Antworten (1)

▸ 500.000 verdient doch ein Chirurg in 1-2 Jahren ... (12)
PETER SLATER 2 (WALES-RHONDDA) - 16.12.2013 23:23
Antworten (4)

▸ Die Chance, dass er abhaut, liegt m.E.n. nahe 100% (103)
DIRK LEHMANN 17 (DKLEHMANN) - 16.12.2013 17:26

Themen zu diesem Beitrag: Kaution | Polizei | Göttingen | Landgericht | Weihnachten | Alle Themen

Hier können Sie die Rechte an diesem Artikel erwerben

Weitere Empfehlungen

Auflagen der Gerichts
895.000 Euro Kaution für Middelhoff
Der ehemalige Arcandor-Chef Thomas Middelhoff muss eine hohe Geldsumme hinterlegen, bevor er aus der Haft entlassen werden kann. Auch eine weitere Auflage hat das Landgericht Essen ihm gemacht. Mehr
21.04.2015, 12:11 Uhr | Wirtschaft

Anzeige
91 Parker Punkte! 6 Fl. Rotwein nur 39,90€
(8,87€/l) Sensationell fruchtiger Spanier im portofreien Probierpaket.. Mehr
powered by plista

Oldenburg
Lebenslang für Ex-Krankenpfleger
Das Landgericht Oldenburg verurteilte Niels H. wegen Mordes an Patienten, Mordversuchs und gefährlicher Körperverletzung. Hinterbliebene begrüßen das Urteil. Mehr
26.02.2015, 18:05 Uhr | Gesellschaft

Anzeige
Die Rückkehr der Solarflieger
Ohne Treibstoff von Europa nach Afrika fliegen? Kein Problem. Von San Francisco nach New York? Erledigt. Einmal um die ganze Welt? 2015 soll es so weit sein. Wenn es... Mehr
powered by plista

Früherer Arcandor-Chef
Gericht setzt Haftbefehl gegen Middelhoff aus
Der ehemalige Spitzenmanager Thomas Middelhoff kann auf eine Entlassung aus der Untersuchungshaft hoffen. Der Haftbefehl gegen Middelhoff ist außer Vollzug gesetzt worden. Aber Middelhoff hat noch Bedingungen zu erfüllen. Mehr
20.04.2015, 19:29 Uhr | Wirtschaft

Internet-Prozess
Keine U-Haft für Kim Dotcom
Kim Dotcom, Gründer der Internetplattform Megaupload, muss zunächst nicht ins Gefängnis. Ein Richter im neuseeländischen Auckland hat entschieden, dass keine Fluchtgefahr oder Verstöße gegen Bewährungsauflagen vorliegen. Mehr
01.12.2014, 12:25 Uhr | Wirtschaft

Lynchmord von Neuenburg
War es eine Frage der Ehre?
Vater und Sohn sollen gemeinsam den mutmaßlichen Vergewaltiger ihrer Schwester und Tochter auf einen Parkplatz gelockt und dort getötet haben. Eskalierte die Situation oder war es ein geplanter Ehrenmord? Diese Frage muss das Freiburger Landgericht klären. Mehr von RÜDIGER SOLDT, FREIBURG
08.04.2015, 12:53 Uhr | Gesellschaft

Anzeige
Präsentiert von: Deutsches Seniorenportal
Frankfurter Allgemeine FAZ.NET - Wohn- & Lebensqualität -
50+ Jetzt auf www.faz.net/50plus! Jetzt anmelden!
www.faz.net/50plus

Smalltalk

Letizia von Spanien
Die Königin hat eine neue Frisur
Die spanische Königin Letizia sieht jetzt viel moderner aus, Schauspielerin Iris Berben ist beunruhigt über der Mitte der Gesellschaft, und in London warten die Menschen auf das Kind von Kate und William – der Smalltalk. Mehr

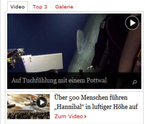
Anzeige
1&1 ALL-NET-FLAT
Mit der 1&1 All-Net-Flat endlos in alle Netze telefonieren und surfen. Jetzt informieren!
PERFORMANCE ADVERTISING

Frankfurter Allgemeine Magazin

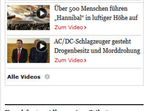
Das neue Heft – jetzt online verfügbar

Anzeige
Eigenheim Mietersparnis
Raus aus der Miete, rein ins Eigenheim
Erfüllen Sie sich den Traum von den eigenen vier Wänden! Häuser und Eigentumswohnungen aller Preislagen in Ihrer Nähe finden Sie jetzt unter immobilien.faz.net mehr

Videos & Multimedia: Gesellschaft



Video | Top 3 | Galerie
Auf Tuchfühlung mit einem Potwal



Über 500 Menschen führten „Hannibal" in luftiger Höhe auf
Zum Video

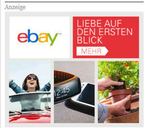
AC/DC-Schlagzeuger gesteht Drogenbeichte und Mordabsicht
Zum Video

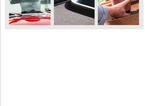
Alle Videos

Frankfurter Allgemeine Stil

Folgen Sie uns auf Facebook

Nachrichten in 100 Sekunden



Anzeige


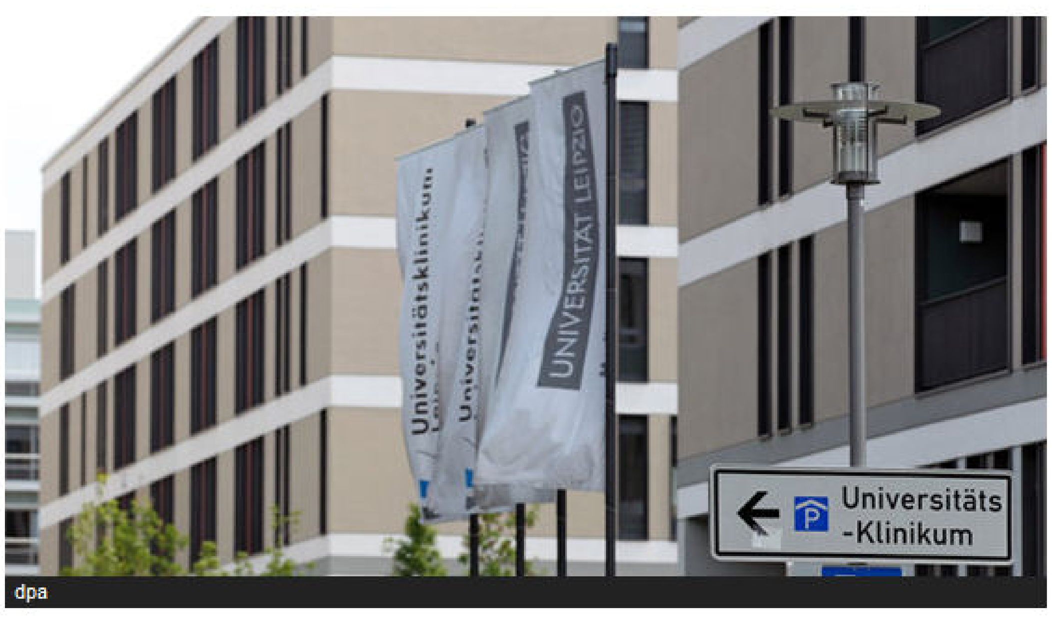
© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2001 - 2015
Alle Rechte vorbehalten.

Anzeige
Werden Sie Fördermitglied | Gebrauchtwagen gesucht? | ROBINSON Strandurlaub | Trading Signale kostenlos
Unterstützen Sie den WWF beim Schutz der Natur! Helfen Sie jetzt!
Jetzt auf mobile.de den nächsten Gebrauchten finden - Deutschlands größter Fahrzeugmarkt! Auswahl entdecken
Das Weite gesucht. Nähe gefunden. Jetzt ROBINSON Urlaub mit Preisvorteil buchen! Jetzt buchen
Jetzt in Realtime ansehen und handeln. Trading Signale von Top Tradern bei ayondo! Jetzt kostenlos testen!
PERFORMANCE ADVERTISING

POLITIK

Organspendeskandal am Universitätsklinikum Leipzig

Mittwoch, 2. Januar 2013



dpa

Berlin – Auch am Universitätsklinikum Leipzig hat es offenbar zahlreiche Manipulationen bei Lebertransplantationen gegeben. Die Leitung des Universitätsklinikums Leipzig zeigte sich bestürzt: „Wir sind überrascht und bestürzt", sagte der Medizinische Vorstand, Wolfgang Feig, am Mittwoch in Leipzig.

Die Prüfung durch zwei Kommissionen brachte nach seinen Worten bislang in 38 Fällen Manipulationen an Patientenakten zum Vorschein: 37 Fälle in den Jahren 2010 und 2011 sowie einen Fall 2012. Trotz der wiederholten Manipulationen bei der **Organspende** stellte Feig die bislang angewendete Praxis des Transplantationssystems in Deutschland nicht infrage. „Wir müssen dafür sorgen, dass die Regeln eingehalten werden", sagte er.

Anzeige

An dem Klinikum wurden Patienten fälschlich als Dialysepatienten ausgegeben, damit sie auf der Warteliste zur Organtransplantation nach oben rutschten. Dialysepatienten gelten als bedürftiger. Allerdings habe in den genannten 38 Fällen nie eine Dialyse stattgefunden, sagte Feig

Zuvor hatte bereits die Bundesärztekammer mitgeteilt, dass dort in zahlreichen Fällen Patienten fälschlich als Dialysepatienten ausgegeben worden seien, um sie auf der Warteliste zur Organtransplantation besser zu positionieren. Dies habe eine Überprüfung seitens zweier Kommissionen ergeben, deren Träger die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Bundesärztekammer seien. Die Unregelmäßigkeiten müssten nun weiter geprüft werden, hieß es.

Deutsches Ärzteblatt print
- Transplantationsskandal: „Kein systemisches Versagen"
- Transplantationsskandal an der Universität Göttingen: Erschütterndes Maß an Manipulation

aerzteblatt.de
- DSO soll neu aufgestellt werden
- **Transplantationen:** Bahr für mehr Kontrollen in Krankenhäusern
- **Verringerung von Transplantationszentren** gefordert

Die beiden Oberärzte, die das Transplantationsbüro des Klinikums bisher leiteten, seien beurlaubt worden, sagte Fleig. Der Vorstand habe auch den Direktor der Klinik für Transplantationschirurgie von seinen Aufgaben entbunden.

Fast alle Manipulationen seien in den Jahren 2010 und 2011 vorgenommen worden. Weshalb zu diesem Zeitpunkt plötzlich der Organ-Betrug angefangen habe, frage sich auch Vorstand Fleig, heißt es weiter in einem Bericht der *Süddeutschen Zeitung*. Es habe keinen nennenswerten, einschlägigen Personalwechsel gegeben. Auch sei die Zahl der Transplantationen in diesen Jahren keineswegs sprunghaft gestiegen. Der jetzt beurlaubte Klinikdirektor kam bereits im Jahr 2008 von Berlin nach Leipzig.

Im Jahr 2012 gab es offenbar nur noch eine Manipulation, sagte Fleig. Allerdings hatte Eurotransplant inzwischen den Betrug erschwert, im Zuge des **Organspende**-Skandals von Göttingen: Seither müssen Kliniken die Dialyseprotokolle beilegen, wenn sie Patienten auf die Warteliste bei Eurotransplant setzen. Zudem hatte die Bundesärztekammer (BÄK) die Allgemeinen Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation in ihren Richtlinien verändert. Danach soll eine interdisziplinäre, organspezifische Transplantationskonferenz am jeweiligen Zentrum darüber entscheiden, ob ein Patient auf die Warteliste aufgenommen oder von ihr abgemeldet wird.

Zur Aufklärung des Leipziger Transplantations-Skandal soll eine Sonderermittlungsgruppe eingesetzt werden, wie der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, Professor Hans Lilie, am Mittwoch sagte. Diese soll ab Anfang Januar tätig werden und in den kommenden drei Monaten einen Bericht vorlegen. Erst dann werde genau feststehen, in wie vielen Fällen Ärzte am Universitätsklinikum Leipzig Manipulationen an Akten von Patienten mit Leberkrankheiten vorgenommen hätten.

Die Bundesärztekammer (BÄK) betonte, das Vergabesystem laufe sicher und korrekt. BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery sagte dem *Tagesspiegel* vom Donnerstag: „Die Transplantationsmedizin in Deutschland war wahrscheinlich noch nie so sicher und vor Schummeleien geschützt wie derzeit." Die Vorkommnisse von Leipzig lägen alle schon einige Zeit zurück, sagte Montgomery. Es sei auch bezeichnend, dass sie im vergangenen Jahr schlagartig aufgehört hätten, nachdem andernorts Skandale ans Licht gekommen seien.

Die Bundesregierung sieht zunächst keinen Handlungsbedarf. Eine Sprecherin von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) verwies auf Vereinbarungen aus dem vergangenen August, zu denen unter anderem eine Überprüfung aller 47 Transplantationszentren gehöre. Die Forderung, eine unabhängige Kommission zur Kontrolle der Zentren einzurichten, wies die Sprecherin mit dem Hinweis zurück, dass die Untersuchungen bereits jetzt schon unabhängig stattfänden.

Bislang seien zehn dieser Zentren überprüft worden, von denen einige „Auffälligkeiten" aufgewiesen hätten. In drei Fällen werde diesen auch nachgegangen. Die Überprüfung finde unangekündigt statt. „Das Ziel ist, möglichst umfassend und transparent zu informieren und aufzuklären", betonte die Sprecherin.

Wie groß ist der Bedarf an Organspenden?

Auf den Wartelisten für ein Spenderorgan stehen derzeit rund 12.000 Patienten. Rund 1.000 von ihnen sterben jedes Jahr, weil sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan erhalten.

Wie viele Organe werden jährlich gespendet?

2011 ging die Zahl der Spender deutlich zurück, und zwar von 1.296 im Jahr zuvor auf 1.200. Das bedeutete ein Minus von 7,4 Prozent. Die Zahl der gespendeten Organe sank von 4.205 auf 3.917.

Welche Organe können gespendet werden?

Niere, Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm können von einem verstorbenen Spender übertragen werden. Außerdem lassen sich Gewebe wie Hornhaut oder Knochen verpflanzen. Ein einzelner Organspender kann bis zu sieben schwer kranken Menschen helfen.

Neben der Spende nach dem Tod ist es möglich, eine Niere oder einen Teil der Leber bereits zu Lebzeiten zu spenden. Lebendspenden sind aber nur unter nahen Verwandten und einander persönlich eng verbundenen Personen zulässig.

In den vergangenen Monaten hatten mehrere Skandale um Manipulationen bei der Organvergabe die Öffentlichkeit erschüttert. Unter anderem an den Universitätskliniken in Regensburg und Göttingen hatten Ärzte Patienten bei der Organvergabe bevorzugt. Die Bereitschaft zur **Organspende** hat inzwischen deutlich abgenommen.
© *dapd/EB/aerzteblatt.de*

Drucken Versenden Teilen Gefällt mir 0 g+1 3

8.733 News Politik « ‹ 2.379 2.380 2.381 2.382 2.383 2.384 2.385 › » Seite

Nachrichten zum Thema

Transplantationsskandal: Urteil im Mai
Göttingen – Der Prozess um den Transplantationsskandal in der Göttinger Universitätsmedizin steht kurz vor dem Abschluss. Das Urteil in dem seit August 2013 laufenden Verfahren wird voraussichtlich am...

Nach Lungentransplantation: Wer wieder arbeitet, fühlt sich besser
Köln – Seinen Alltag wieder aufzunehmen, seinen Beruf wieder auszuüben – das sind auch häufige Ziele von Transplantationspatienten. Nach einer Lungentransplantation ist es jedoch nicht allen möglich...

England: Erfolgreiche „Non-Beating"-Herztransplantation

Cambridge – An einer Klinik in England wurde erstmals in Europa ein Herz transplantiert, das dem Spender nach dem Herzkreislauftod und nicht wie sonst üblich nach dem Hirntod entnommen wurde. Die...

Leberlebendspende bei akutem Leberversagen möglich
Toronto – Da ein akutes Leberversagen innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen kann, bleibt in der Regel wenig Zeit für die Suche nach einem Spender. Einer Klinik in Kanada gelingt es dennoch, potenzielle...

US-Experte: Beschädigte Nieren für Nierentransplantation geeignet
New Haven – Angesichts langer Wartezeiten bei der Nierentransplantation plädiert ein US-Experte dafür, auch beschädigte Nieren zu transplantieren. Laut seiner Studie im American Journal of...

Kinderschutzbund kritisiert Einstellung des Edathy-Verfahrens
Verden – Der frühere SPD-Bundestagsabgeordnete Sebastian Edathy hat zugegeben, sich mit seinem dienstlichen Laptop kinderpornografische Videos und Bilder aus dem Internet besorgt zu haben. Diese...

Ehemaliger Krankenpfleger muss wegen Mordes lebenslang in Haft

Oldenburg – Gestanden hat der frühere Krankenpfleger eine ganze Mordserie – wegen fünf Taten muss er nun eine lebenslange Haftstrafe verbüßen. Doch ihm könnte bald ein zweiter Prozess bevorstehen. Das...

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN REGISTRIEREN

Drucken Kommentieren
Teilen Versenden
Merken
Gefällt mir 0 g+1 3

Mehr zum Thema
- Prozesse/Skandale
- Organtransplantation

Themen
A Ä B C D E F G H I K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z
Suchen

Aktuelle Themen
Arthrose Arzneimittelsicherheit Ausländische Ärzte Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Großbritannien Hausarztverträge Impfen Krankenhausfinanzierung Krebsvorsorge Mammakarzinom Mammographie Masern Multiple Sklerose Neurologie Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schlaganfall Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifeinheit Tarifpolitik Unikliniken Vitamine

Top-News Politik
- Durch 200 Klinikschließungen ließen sich eine halbe Milliarde Euro sparen
- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- Vierlinge mit 65 Jahren: Frauenärzte warnen vor großen Risiken
- ConhIT 2015: Nachdenkliches zum Umgang mit Gesundheitsdaten
- Vierlingsschwangerschaft: Debatte hält an

Mein DÄ aerzteblatt.de
Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN
Passwort vergessen?
Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de
Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

Aktuelle Kommentare
- Sehen wir es doch mal vom Patienten aus... | Mathilda | 21.04.15 09:48 | Politik
- @Logopädist, | Practicus | 20.04.15 22:34 | Politik
- 'Medizynisches' Versorgungsmonopol in der Fläche? | dr.med.thomas.g.schaetzler | 20.04.15 17:02 | Politik
- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik

Archiv

Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

< April 2015 >

RSS
Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

POLITIK

Organspendenskandal: Ermittlungsverfahren gegen drei Leipziger Ärzte

Mittwoch, 26. Juni 2013

Leipzig – Nach dem Organspendeskandal an der Universitätsklinik Leipzig ist gegen drei Ärzte ein Ermittlungsverfahren eröffnet worden. Es bestehe der Verdacht des versuchten Totschlags und der gefährlichen Körperverletzung, teilte die Leipziger Staatsanwaltschaft am Mittwoch mit. Den Ärzten wird vorgeworfen, Patientendaten manipuliert zu haben, um Wartenden schneller zu einer Spenderleber zu verhelfen. Ob dadurch andere Patienten zu Schaden gekommen oder sogar gestorben sind, soll nun geklärt werden.

Grundlage der Ermittlungen sind 38 Fälle, in denen falsche Angaben zum Gesundheitszustand der Patienten an das Transplantationszentrum weitergeleitet wurden. Die Universität hatte die Fälle Anfang des Jahres selbst publik gemacht. Zudem wurde zwei Oberärzten gekündigt und ein Mediziner des Transplantationszentrums suspendiert.

aerzteblatt.de

- **Organspende**-Skandal: Vorwurf der Bestechlichkeit nicht bestätigt
- Hartmut H.-J. Schmidt zu den Änderungen des Transplantationsgesetzes

Im Juli 2012 hatte zunächst ein Göttinger Universitätsarzt für Schlagzeilen gesorgt. Er hatte Krankendaten gefälscht, um eigenen Patienten schneller eine Lebertransplantation zu ermöglichen. Daraufhin kamen Manipulationen bei Organtransplantationen auch an den Universitätskliniken Regensburg und München ans Licht.

© dpa/aerzteblatt.de

Anzeige

Drucken | Versenden | Teilen | Gefällt mir 6 | +1 1

8.733 News Politik « ‹ 1.876 1.877 1.878 1.879 1.880 1.881 1.882 › » Seite

Nachrichten zum Thema

Transplantationsskandal: Urteil im Mai

Göttingen – Der Prozess um den Transplantationsskandal in der Göttinger Universitätsmedizin steht kurz vor dem Abschluss. Das Urteil in dem seit August 2013 laufenden Verfahren wird voraussichtlich am...

NEWS

Leberlebendspende bei akutem Leberversagen möglich

Toronto – Da ein akutes Leberversagen innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen kann, bleibt in der Regel wenig Zeit für die Suche nach einem Spender. Einer Klinik in Kanada gelingt es dennoch, potenzielle...

NEWS

Kinderschutzbund kritisiert Einstellung des Edathy-Verfahrens

Verden – Der frühere SPD-Bundestagsabgeordnete Sebastian Edathy hat zugegeben, sich mit seinem dienstlichen Laptop kinderpornografische Videos und Bilder aus dem Internet besorgt zu haben. Diese...

NEWS

Ehemaliger Krankenpfleger muss wegen Mordes lebenslang in Haft

Oldenburg – Gestanden hat der frühere Krankenpfleger eine ganze Mordserie – wegen fünf Taten muss er nun eine lebenslange Haftstrafe verbüßen. Doch ihm könnte bald ein zweiter Prozess bevorstehen. Das...

Transplantationsprozess: Das Gericht ringt mit dem Begriff der medizinischen Indikation

Göttingen – Für die Urteilsverkündung im Strafverfahren gegen einen ehemals an der Universitätsklinik Göttingen tätigen Transplantationschirurgen ist noch kein Termin in Sicht. Zu Beginn des Prozesses...

NEWS

Bund und Länder unterstützen Frauen nach DDR-Arzneimittelskandal weiterhin

Berlin – Frauen, die 1978/1979 in der DDR im Rahmen der Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert wurden, erhalten von Bund und Ländern weiterhin jährliche Hilfsgelder in...

NEWS

Kind stirbt wegen Insulinmangel: Bewährungsstrafen für Eltern

Hannover - Zu Bewährungsstrafen hat das Landgericht Hannover ein Elternpaar verurteilt, das seine diabeteskranke Tochter nicht ausreichend mit Insulin versorgt und dadurch den Tod der Vierjährigen...

NEWS

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail

Passwort

LOGIN REGISTRIEREN

Drucken | Kommentieren | Teilen | Versenden | Merken

Gefällt mir 6 | +1 1

Mehr zum Thema

- Organspende
- Prozesse/Skandale

Themen

A Ä B C D E F G H I K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z

Suchen

Aktuelle Themen

Arthrose Arzneimittelsicherheit Ausländische Ärzte Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Großbritannien Hausarztverträge Impfen Krankenhausfinanzierung Krebsvorsorge Mammakarzinom Mammographie Masern Multiple Sklerose Neurologie Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schlaganfall Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifeinheit Tarifpolitik Unikliniken Vitamine

Top-News Politik

- Durch 200 Klinikschließungen ließen sich eine halbe Milliarde Euro sparen
- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- Vierlinge mit 65 Jahren: Frauenärzte warnen vor großen Risiken
- ConhIT 2015: Nachdenkliches zum Umgang mit Gesundheitsdaten
- Vierlingsschwangerschaft: Debatte hält an

Mein DÄ aerzteblatt.de

Login

E-Mail

Passwort

ANMELDEN

Passwort vergessen?

Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de

Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

Aktuelle Kommentare

- Sehen wir es doch mal vom Patienten aus... | Mathilda | 21.04.15 09:48 | Politik
- @Logopädist, | Practicus | 20.04.15 22:34 | Politik
- 'Medizynisches' Versorgungsmonopol in der Fläche? | dr.med.thomas.g.schaetzler | 20.04.15 17:02 | Politik
- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik

Archiv

< April 2015 >

Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

RSS

Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste

DGIM 121.
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Mannheim
Congress Center Rosengarten
18. - 21. April 2015

Mehr als 350 Sitzungen, über 1.000 Vorträge

NEU: Refresher Innere Medizin – 15 State of the Art Sitzungen zu den Fachgebieten

- Umfassendste Fortbildungsveranstaltung zu allen Bereichen der Inneren Medizin
- DGIM Mitglieder nehmen kostenfrei am Kongress teil
- Programm unter www.dgim2015.de

Titelbild: Klee, Paul, Hauptweg und Nebenwege (Köln, Museum Ludwig, ML 76/3253) (Foto: © Rheinisches Bildarchiv Köln, rba_

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

POLITIK

Neue Vorwürfe im Münchner Organspendeskandal

Freitag, 18. Januar 2013

dpa

München – Im Organspendeskandal um das Klinikum rechts der Isar werden neue Vorwürfe laut. Nach einem Bericht der *Süddeutschen Zeitung* vom Freitag soll unter anderem Urin in Blutproben gemischt worden sein, um die Patienten kranker erscheinen zu lassen, als sie tatsächlich waren. Zudem schreibt die Zeitung von dem Verdacht, dass die Klinik auch nach Bekanntwerden erster Vorwürfe die Öffentlichkeit getäuscht haben soll. Laut Wissenschaftsministerium sind die geschilderten Fällen bereits bekannt. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), rechnet unterdessen mit weiteren Skandalen bei der Vergabe von Organspenden.

Das Klinikum verwies auf laufende, „sorgfältige und umfassende Untersuchungen und Ermittlungen" von Bundesärztekammer, einer unabhängigen Experten-Kommission unter dem Vorsitz des Wiener Mediziners Ferdinand Mühlbacher sowie der Staatsanwaltschaft. Eine Klinikssprecherin betonte weiter, die Klinik werde die Ergebnisse „nach Abschluss der Untersuchungen bewerten, die Konsequenzen daraus ziehen und diese veröffentlichen". Darüber hinaus wollte sie sich nicht äußern.

Anzeige

Microsoft

Goodbye Windows Server 2003. Hello HP.

Nutzen Sie die Zeit.

Erfahren Sie, wie HP Sie bei einer zuverlässigen Migration unterstützen kann.

Mehr erfahren

Make it matter.

hp

aerzteblatt.de

- Transplantationszentren: Nephrologen gegen Schließung
- Transplantationsskandal: Strafen sind fraglich
- Organspendeskandal: Streit über Konsequenzen

Nach Recherchen der *Süddeutschen Zeitung* beläuft sich die Zahl der Verstöße gegen die Richtlinien für Lebertransplantationen in den Jahren 2007 bis 2012 auf insgesamt knapp 30. Besonders schwerwiegend seien drei Fälle, bei denen Blutproben mit erheblichem Fälschungsvorsatz manipuliert wurden. Offenbar sei Urin in Blut gemischt worden, um die Patienten kränker erscheinen zu lassen, als sie waren und so ihre Chancen auf eine Transplantation zu erhöhen, schreibt die Zeitung weiter. Dadurch seien andere Patienten auf der Warteliste benachteiligt worden. Sie erhielten demnach später ein Spenderorgan oder starben, bevor ihnen eins zugeteilt wurde.

Ministerium: Keine neuen Fälle

In elf Fällen wurden laut dem Blatt Alkoholkranke auf die Warteliste gesetzt, die noch nicht die lang genug trocken waren. In weiteren Fällen seien fälschlicherweise Dialysen angegeben worden, die die Transplantation dringlicher erscheinen ließen. Zudem wurden Krebspatienten transplantiert, bei denen sich bereits Metastasen gebildet hatten. Darüber hinaus schreibt die Zeitung, dass sich aus einem vor dem Verwaltungsgericht München anhängigen Verfahren der Verdacht ergebe, dass das Klinikum auf Veranlassung des Ärztlichen Direktors Reiner Gradinger auch noch Bekanntwerden der Vorwürfe die Öffentlichkeit täuschte.

„Kausalitätsfrage bleibt immer ein Problem"

Köln – Die Meldungen über Unregelmäßigkeiten bei der Organvergabe reißen nicht ab. So berichtet die Süddeutsche Zeitung heute, dass es am Münchener Klinikum rechts der Isar knapp 30 Verstöße gegen die Richtlinien für Lebertransplantationen gegeben habe.

Eine Sprecherin des Bayerischen Wissenschaftsministeriums sagte, bei den genannten Fällen handele es sich nicht um neu hinzugekommene. Vielmehr seien dies „Verstöße, die das Klinikum im internen Audit aufgeklärt hat" und die momentan von mehreren Kommissionen überprüft würden.

Zöller rechnet mit weiteren Fällen

„Ich gehe davon aus, dass weitere Manipulationsfälle ans Tageslicht kommen", sagte Zöller den Zeitungen der *WAZ-Gruppe* vom Freitag. „Die Ärzte, die Akten gefälscht haben, haben dem Transplantationssystem immens geschadet", betonte Zöller. „Ihr unverantwortliches Verhalten kostet Menschenleben, weil die Spendenbereitschaft sinkt und die Transplantationen zurückgehen. Solche Leute gehören aus dem Verkehr gezogen – und zwar durch eine Verschärfung des Berufsrechts."

Durch Transparenz und Aufklärung könne man das Vertrauen in die **Organspende** wiederherstellen, ist Zöllner überzeugt. „Aber klar ist: Es wird garantiert ein oder zwei Jahre dauern, bis der Vertrauensverlust behoben ist."

Bayerns Justizministerin Beate Merk (CSU) forderte, dass die Manipulation von Listen für Organspenden als solche unter Strafe gestellt wird. „Viele Menschen wissen nicht, dass die Manipulation der Listen für die Organtransplantation derzeit grundsätzlich nur dann strafbar ist, wenn dabei billigend in Kauf genommen wird, dass andere Patienten, die auf ein Organ warten, dadurch zu Schaden kommen. Hier müssen wir dringend nachbessern", betonte Merk. Wer bewusst die für die Liste relevanten Daten manipuliere, gefährde Menschenleben. „Das muss mit Strafe bedroht sein." © *dapd/aerzteblatt.de*

Drucken Versenden Teilen Gefällt mir 0 +1 0

8.733 News Politik « ‹ 2.323 2.324 2.325 2.326 2.327 2.328 2.329 › » Seite

Nachrichten zum Thema

Transplantationsskandal: Urteil im Mai
Göttingen – Der Prozess um den Transplantationsskandal in der Göttinger Universitätsmedizin steht kurz vor dem Abschluss. Das Urteil in dem seit August 2013 laufenden Verfahren wird voraussichtlich am...

Nach Lungentransplantation: Wer wieder arbeitet, fühlt sich besser
Köln – Seinen Alltag wieder aufzunehmen, seinen Beruf wieder auszuüben – das sind auch häufige Ziele von Transplantationspatienten. Nach einer Lungentransplantation ist es jedoch nicht allen möglich...

England: Erfolgreiche „Non-Beating"-Herztransplantation
Cambridge – An einer Klinik in England wurde erstmals in Europa ein Herz transplantiert, das dem Spender nach dem Herzkreislaufstod und nicht wie sonst üblich nach dem Hirntod entnommen wurde. Die...

Leberlebendspende bei akutem Leberversagen möglich
Toronto – Da ein akutes Leberversagen innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen kann, bleibt in der Regel wenig Zeit für die Suche nach einem Spender. Einer Klinik in Kanada gelingt es dennoch, potenzielle...

US-Experte: Beschädigte Nieren für Nierentransplantation geeignet
New Haven – Angesichts langer Wartezeiten bei der Nierentransplantation plädiert ein US-Experte dafür, auch beschädigte Nieren zu transplantieren. Laut seiner Studie im American Journal of...

Kinderschutzbund kritisiert Einstellung des Edathy-Verfahrens
Verden – Der frühere SPD-Bundestagsabgeordnete Sebastian Edathy hat zugegeben, sich mit seinem dienstlichen Laptop kinderpornografische Videos und Bilder aus dem Internet besorgt zu haben. Diese...

Ehemaliger Krankenpfleger muss wegen Mordes lebenslang in Haft
Oldenburg – Gestanden hat der frühere Krankenpfleger eine ganze Mordserie – wegen fünf Taten muss er nun eine lebenslange Haftstrafe verbüßen. Doch ihm könnte bald ein zweiter Prozess bevorstehen. Das...

Leserkommentare

Um Artikel, Nachrichten oder Blogs kommentieren zu können, müssen Sie registriert sein. Sind sie bereits für den Newsletter oder den Stellenmarkt registriert, können Sie sich hier direkt anmelden.

E-Mail
Passwort
LOGIN REGISTRIEREN

Drucken Kommentieren
Teilen Versenden
Merken
Gefällt mir 0 +1 0

Mehr zum Thema
- Organtransplantation
- Prozesse/Skandale

Themen
A Ä B C D E F G H I J K L M N O Ö P Q R S T U Ü V W Y Z

Suchen

Aktuelle Themen
Arthrose Arzneimittelsicherheit Ausländische Ärzte Diabetes E-Health Ernährung Gendermedizin Großbritannien Hausarztverträge Impfen Krankenhausfinanzierung Krebsvorsorge Mammakarzinom Mammographie Masern Multiple Sklerose Neurologie Onkologie Priorisierung/Rationierung Psychische Erkrankungen Qualitätssicherung Rauchen Rhön-Klinikum AG Schlaganfall Schwangerschaft und Geburt Sterbehilfe Tarifeinheit Tarifpolitik Unikliniken Vitamine

Top-News Politik
- Durch 200 Klinikschließungen ließen sich eine halbe Milliarde Euro sparen
- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- Vierlinge mit 65 Jahren: Frauenärzte warnen vor großen Risiken
- ConhIT 2015: Nachdenkliches zum Umgang mit Gesundheitsdaten
- Vierlingsschwangerschaft: Debatte hält an

Mein DÄ aerzteblatt.de

Login
E-Mail
Passwort
ANMELDEN
Passwort vergessen?
Registrieren

newsletter.aerzteblatt.de

Informieren Sie sich täglich (montags bis freitags) per E-Mail über das **aktuelle Geschehen aus der Gesundheitspolitik und der Medizin**. Bestellen Sie den kostenfreien Newsletter des Deutschen Ärzteblattes.

Immer auf dem Laufenden sein, ohne Informationen hinterher zu rennen: **Der tagesaktuelle Newsletter**

Aktuelle Kommentare
- Sehen wir es doch mal vom Patienten aus... | Mathilda | 21.04.15 09:48 | Politik
- @Logopädist, | Practicus | 20.04.15 22:34 | Politik
- 'Medizynisches' Versorgungsmonopol in der Fläche? | dr.med.thomas.g.schaetzler | 20.04.15 17:02 | Politik
- Innovation und Behandlungsexcellenz | Dr. T.F. Weigel | 20.04.15 13:38 | Politik
- Direktzugang zu Heilmitteln | Logopädist | 20.04.15 09:13 | Politik

Archiv

< April 2015 >

Wo	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

RSS

Die aktuellsten Meldungen als RSS-Feed. Mit einer geeigneten Software können Sie den Feed abonnieren.

Merkliste

© Deutsches Ärzteblatt, Ärzte-Verlag GmbH, entwickelt von L.N. Schaffrath DigitalMedien GmbH

Anzeige

BAUHAUS

Ryobi Akku-Bohrschrauber R 14 DDE-LL25T Toolbox

159,-

Das Beste vom Profi. Auch online:

www.bauhaus.info

merken

Nach Manipulationsskandal

Bayern schließt Transplantationszentren

Die Bayerische Landesregierung schließt das Lebertransplantationszentrum am Münchner Klinikum rechts der Isar

(Foto: DPA)

Der Organspendeskandal am Klinikum rechts der Isar hat Folgen. Die Bayerische Landesregierung schließt zwei Transplantationszentren und hofft, damit Vertrauen wiederzuerlangen.

Das Münchner Klinikum rechts der Isar soll nach dem Manipulationsskandal im vergangenen Jahr keine Lebern mehr verpflanzen dürfen. Wissenschaftsminister Wolfgang Heubisch (FDP) und Gesundheitsminister Marcel Huber (CSU) sprachen sich für eine Neustrukturierung der Lebertransplantation im Freistaat aus.

Anzeige

N24 mobil e-plus

+ Flat in alle Handynetze
+ 150 Minuten ins Ausland
+ 150 SMS inklusive
+ Flat ins Festnetz

jetzt bestellen! für 29,99 € monatlich

N24 Jetzt informieren und im N24s Shop bestellen.

Künftig sollen nur noch drei Kliniken in Bayern das Organ verpflanzen: Großhadern in München sowie Krankenhäuser in Regensburg und Würzburg. 2012 waren in Bayern drei Fälle von Manipulation bei der Vergabe von Spenderorganen bekannt geworden und hatten einen Skandal ausgelöst.

Auch das Lebertransplantationsprogramm in Erlangen wurde damit geschlossen. Sowohl dort als auch rechts der Isar sollen die Lebertherapiezentren aber erhalten bleiben. Mit der Konzentration auf drei Zentren in Bayern können wir nachhaltige Konsequenzen ziehen. Die strukturellen Veränderungen sollen vor allem Transparenz, Effizienz und neues Vertrauen bringen, erklärte Huber.

AUS DER MEDIATHEK

Niere, Leber, Herz
Hoffnung für tausende Deutsche

Eine von den Ministerien eingesetzte Prüfungskommission stellte nach eigenen Angaben aber keine weiteren Fälle fest. Bei der Untersuchung aller 896 Transplantationen seit 2007 seien damit 68 Richtlinienverstöße aufgetreten. Es gebe keine Anhaltspunkte, dass einzelne Patienten bevorzugt worden seien.

15.05.2013 | 16:54 Uhr, zuletzt aktualisiert um 17:00 Uhr

mre, DPA

merken

ARTIKEL EMPFEHLEN

Like | Tweet | Tolles | Mail

VERWANDTE THEMEN

Bayern →
Klinikum →
Manipulationsskandal →
Marcel Huber →
Wolfgang Heubisch →
FDP →

Alle Themenseiten →

VERWANDTE ARTIKEL

Politik
Streit um neuen Organspende-Verdacht in München

AUS DER MEDIATHEK

Treffen in Neapel?
Der Papst und die halbnackte Nonne

Playback-Battle
Ex-Boxer Mike Tyson rockt die Bühne

Germanwings-Katastrophe
Video soll letzte Sekunden vor Absturz zeigen

Finnische Firma Toroidion zeigt die Studie 1MW

McLaren 540C auf der Shanghai Motor Show 2015 enthüllt

Empfohlen von

INFORMIERT BLEIBEN

RSS Politik

MEISTGELESEN

1 Wirtschaft
Japanischer Magnetzug rast mit Tempo 603 zum Weltrekord

2 Reisen
Zwölften sterben bei Luftangriff auf Sanaa

3 Politik
Südkoreas Premierminister bietet Rücktritt an

4 Gestürzter Spitzenmanager
Gericht setzt Haftbefehl gegen Middelhoff aus

5 Selfies
Nervig, teuer – und manchmal lebensgefährlich

MEHR AUS DEM WEB

Snowboarder MBM
Lawine im Unterwallis: Skifahrer filmt Abgang und komplette...

TUBEN ON
Chinas iPhone 6 Plus-Rivale nach drei Minuten ausverkauft

AUKUBO
Auf der Überholspur mit E-Cars

SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION

Massaker an KZ-Gefangenen
Der SS-Kommandant von Gardelegen wurde nie bestraft

Armenien-Resolution
Türkei wirft EU-Parlament religiösen Fanatismus vor

Zweiter Weltkrieg
Dieser Nazi-Bunker steht zum Verkauf für jedermann

Geldanlage Schweiz - 12%
12% Rendite im Jahr - EURO frei - ohne Risiko & zu 100% steuerfrei!

Google-Anzeigen

Technisches Zeichnen CAD
Fernkurs CAD & Handzeichnen. Marktführende CAD Software gratis.

Google-Anzeigen

ARTIKEL KOMMENTIEREN

Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login →

Ihr Kommentar

LESERKOMMENTARE (1)

15.05.2013 von ROSTFREI — melden

0

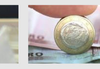
Raus mit den Eingeweiden Teil II. :-)

MEHR ARTIKEL AUS DEM RESSORT POLITIK

Neu | Meistgesehen

Medien
USA verstärken wegen Iran Flottenpräsenz vor Jemen

Politik
IOC-Chef Bach gewinnt ersten großen Machtkampf



Politik
Griechenland bekommt Defizit fast in den Griff

"Wie ein Diktator"
Tsipras' Kassengriff erbost Kommunen

MEHR AUS UNSEREM NETZWERK: DIE WELT

Kulturgeschichte
Wie die Römer die Pornografie erfanden

Holocaust-Gedenken
"Manchmal schmückt man sich gar mit Überlebenden"

Erster Weltkrieg
USA könnten Englands Fehler von 1914 wiederholen

Libyen
IS-Video soll Tötung von entführten Christen zeigen

empfohlen von

N24 Shop

Jetzt die Allnet Flat "N24 mobil" für nur 24,95 €/Monat bestellen! Alle Informationen zum neuen Mobilfunktarif finden Sie im N24 Shop.

Kooperation

Durchstarten mit System! Jetzt Buchhaltung outsourcen schon ab 49 € pro Monat

Promotion

Jetzt die CHECK24-Kreditrechner nutzen und ganz einfach Geld sparen!

Kooperation

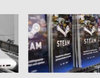
Informationen für Verbaucher: Die unabhängigen Studien der DIGV. Jetzt informieren!

EMPFEHLUNGEN AUS WISSEN

Neu | Meistgesehen

Informationen zum Bahnstreik
Diese Züge fahren dennoch

600 Stundenkilometer
Japanischer Magnetzug bricht eigenen Weltrekord

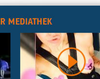


Kampf dem Spam
Mindestumsatz für Steam-Accounts

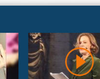
Reise
Soja statt Rind – Es muss nicht immer Fleisch sein

DAS NEUESTE AUS DER MEDIATHEK

Texas
Spektakuläre Rettung aus brennendem Auto



Nippelkleber und Achselhaare
Miley Cyrus schockt Fans



Movimentos
Prominente Lesung zum Thema Frieden

Künstlerischer Designer
Harald Glööckler als Maler

N24 Nachrichten - aktueller Qualitätsjournalismus rund um die Uhr. Wir informieren Sie umfassend, aktuell und schnell in Live Stream, mit Videos, Reportagen, Top-Dokumentationen und Artikeln über das aktuelle Zeitgeschehen.

© 2014 WeltN24 GmbH

AUTO BILD | autohaus24.de | B.Z. | BERLINER MORGENPOST | BILD | BILD DER FRAU | COMPUTER BILD | finanzen.net | flug-ideale.de | gofeminin.de | HAMBURGER ABENDBLATT | HÖRZU | ideale.de | immonet.de | Leadersalle.de | MaxiMovie | METAL HAMMER | Motorrrik | MUSIKEXPRESS | myEnfinder | N24 | Onmeda.de | pets.de | ROLLING STONE | SPORT BILD | stepstone.de | Stylebook.de | transfermarkt.de | TV DIGITAL | umzugsauktion.de | watchmi.tv | WELT | zanox.de

Axel Springer Akademie | Axel Springer Infopool | Axel Springer SE | Ein Herz für Kinder | #Goal

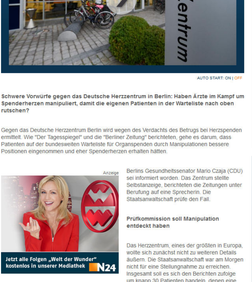
Zum Seitenanfang

Gewaltsam beschnitten zu werden, ist keine Kindheit.

gibt Kindern eine Chance

Neuer Organspende-Skandal?

Ermittlungen gegen Herzzentrum in Berlin



AUTO START ON | OFF

Anzeige

Schwere Vorwürfe gegen das Deutsche Herzzentrum in Berlin: Haben Ärzte im Kampf um Spenderherzen manipuliert, damit die eigenen Patienten in der Warteliste nach oben rutschen?

Gegen das Deutsche Herzzentrum Berlin wird wegen des Verdachts des Betrugs bei Herzspenden ermittelt. Wie "Der Tagesspiegel" und die "Berliner Zeitung" berichteten, gehe es darum, dass Patienten auf der bundesweiten Warteliste für Organspenden durch Manipulationen bessere Positionen eingenommen und eher Spenderherzen erhalten hätten.

Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) sei informiert worden. Das Zentrum stelte Selbstanzeige, berichteten die Zeitungen unter Berufung auf eine Sprecherin. Die Staatsanwaltschaft prüfe den Fall.

Prüfkommission soll Manipulation entdeckt haben

Das Herzzentrum, eines der größten in Europa, wollte sich zunächst nicht zu den Vorfällen äußern. Die Staatsanwaltschaft war am Morgen nicht für eine Stellungnahme zu erreichen. Insgesamt soll es sich bei den Berichten zufolge um knapp 30 Patienten handeln, denen eine Oberärzin zwischen 2010 und 2012 hohe Dosen bestimmter Medikamente verschrieben haben soll. Dies habe signalisiert, dass der Gesundheitszustand sehr kritisch sei. Damit rückten die Betreffenden in der Warteliste auf eine Organspende weiter nach vorn.

Die Manipulationen decken den Presseberichten zufolge eine nach dem Organspende-Skandal von 2012 eingesetzte Prüfkommission auf. Dazu gehörte auch die Bundesärztekammer. Ende August soll dazu ein Bericht vorliegen.

Laut Patientenschützern sind die Vorwürfe gegen das Deutsche Herzzentrum Berlin nicht der erste Fall von Manipulationen bei Organspenden. Im Jahr 2012 war bekannt geworden, dass Ärzte in Göttingen, Regensburg und München Patientendaten gefälscht hatten, um an Spenderherzen zu gelangen. Die Ärzte wurden zu Bewährungsstrafen verurteilt.

Am Herzzentrum in Berlin werden pro Jahr mehr als 2500 Operationen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und mehr als 2000 weitere Operationen an Herz und Blutgefäßen durchgeführt, darunter etwa 100 Herz- und/oder Lungen-Transplantationen.

Nicht jeder kommt auf die Warteliste

Rund 11 000 Menschen in Deutschland warten nach Angaben der Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) in Frankfurt darauf auf ein Spenderorgan. Die Patienten stehen auf Wartelisten, anhand derer die gespendeten Organe zugeteilt werden. Allerdings kommt nicht jeder in den ein neues Organ braucht, automatisch auf die Liste, erläutert die DSO. Die Ärzte wägen zuvor das Risiko der Transplantation und ihrer Nachbehandlung ab. Ist es zu hoch und sind die Erfolgsaussichten schlecht, kommt die Operation nicht infrage.

Ir die Aufnahme eines Patienten auf die Warteliste und die Organvermittlung in Deutschland hat die Bundesärztekammer (BÄK) Richtlinien erlassen, Grundlage ist das Transplantationsgesetz. Die Transplantationszentren in Deutschland kontrollieren sich die DSO. Dabei stunden die Erfolgsaussichten und die Dringlichkeit im Vordergrund. Zuständig für die Zuteilung von Spendenorganen in acht europäischen Ländern ist die Stiftung Eurotransplant (ET) mit Sitz in Leiden (Niederlande). Sie registriert alle Patienten in den Mitgliedsländern, die ein Organ benötigen.

22.08.2014 | 09:14 Uhr; zuletzt aktualisiert um 11:30 Uhr

abo, DPA

merken

IHRE REAKTION ZU DIESEM ARTIKEL

WITZIG	ÄRGERLICH	SPANNEND	TRAURIG	KLASSE
0	0	0	0	0

Powered by VOTING

MEHR AUS DEM WEB

Aktivbo
Auf der Überholspur mit E-Cars

Channel Partner
"Das menschliche Auge ist nicht für die digitale Welt gemacht"

Bild WELT
Suzukis scharfe Spaßgranate - Swift trifft Hayabusa

SPONSORED Content empfohlen von

EMPFEHLUNGEN DER REDAKTION

Bizarre Therapie
Als "Borderl-Nymphen" gegen Depressionen helfen

Politik
Seeling will erneut Hamburgs FDP-Chefin werden

Wirtschaft
Daimler will Absatz in China weiter steigern

ARTIKEL KOMMENTIEREN

Bitte loggen Sie sich ein, um Kommentare zu schreiben.

Login

Ihr Kommentar

LESERKOMMENTARE (5)

12.09.2014 von Amarice — melden

Genau aus diesem Grund habe ich meinen Organspendeausweis aus meinem Geldbeutel genommen. Es ist sehr traurig, denn viele Menschen warten auf ein Spenderorgan. Aber sowas geht garnicht. Sowas ist Betrug und Betrug ist Betrug. Betrifft bekommen.

22.08.2014 von wiedehopf — melden

Das was bei GZSZ um die Transplantation eines Herzens bei Patrick gezeigt wird ist fern jeder Realität.
Kein Mensch, der noch an Autos schraubt und so in der Stadt rumläuft kommt je auf die Dringlichkeitsliste!!!!!!
Ich schreibe hier als sekundär Betroffene. Meine Kinder haben eine chronische Erkrankung und deren Erstschlimmst kann erst seit wenigen Jahren nachgewiesen werden. Eine Transplantation liegt schon 8 Jahre zurück.
Meine Tochter wartet seit Kalrhren auf ein Organ, muss solange jede 2. Tag anstrengende Dialyse ertragen.
Ich bin entsetzt über die Vorgänge vor wenigen Jahren und auch jetzt. Diese Ärzte sollte man hart bestrafen.

Ich habe auch teilweise Verständnis für die "Nein-Entscheidung". Aber vielleicht denken Sie alle daran, dass Sie, oder Angehörige ein Organ benötigen - und dann?

Weitere Kommentare anzeigen (3)

ARTIKEL EMPFEHLEN

Like | Tweet | Teilen | Mail

VERWANDTE THEMEN

Berlin
Herzzentrum
Herzspende
Staatsanwaltschaft
Betrug
Ermittlung

Alle Themenseiten

VERWANDTE ARTIKEL

Falsche Hirntod-Diagnosen
Wenn der Hirntod tödlich ist

Hirntrauma bleibt dennoch groß
Immer mehr Bürger mit Organspendeausweis

Panorama
Millionenschäden durch Pflege-Abrechnungsbetrug in Berlin

AUS DER MEDIATHEK

Gesundheitsvorsorge
Möddelhoff wegen Krankheit aus Haft entlassen

Klatschblätter und Fernsehsaure
Miley Cyrus schockt Fans

NS- Prozess in Lüneburg
Früherer SS-Mann vor Gericht

Mercedes Concept GLC Coupé debütiert in Shanghai

Themen in dieser Woche
Welt der Wunder

Empfehlen von

MEISTGELESEN

1. **Wirtschaft**
Japanischer Magnetzug rast mit Tempo 603 zum Weltrekord
2. **Jemen**
Zivilisten sterben bei Luftangriff auf Sanaa
3. **Politik**
Südkoreas Premierminister bietet Rücktritt an
4. **Gestürzter Spitzenmanager**
Gericht setzt Haftbefehl gegen Middelhoff aus
5. **Gelber**
Mervig, teurer - und manchmal lebensgefährlich

Geldanlage Schweiz - 12%
12% Rendite im Jahr - EURO frei - ohne Risiko & zu 100% steuerfrei!
Google Anzeigen

MEHR AUS UNSEREM NETZWERK: DIE WELT

Kulturgeschichte
Wie die Römer die Pornografie erfanden

Erste Weltkrieg
USA könnten Englands Fehler von 1914 wiederholen

empfohlen von

MEHR ARTIKEL AUS DEM RESSORT PANORAMA

Neu | Meistgesehen

"Den hatten wir in Frankfurt noch"
Wolf läuft mitten in der Stadt vors Auto

Kluge Positionen bestehen
Mit Kindern über Drogen sprechen

Panorama
AUDC-Schlagresuger Rudd gibt Mordabsicht zu

Rate zwei Knapp - der Nachrichtenquiz
Der treffer ihres Lebens

N24 Shop | Kooperation | Promotion | Kooperation

Jetzt die Aktuell Flat "N24 mobil" für nur 24,90 €/Monat bestellen! Alle informationen zum neuen Mobilfunktarif finden Sie im N24 Shop.

Durchstarten mit System! Jetzt Buchhaltung outsourcen schon ab 49 € pro Monat

Jetzt die CHECK24-Kreditrechner nutzen und ganz einfach Geld sparen!

Informationen für Verbaucher: Die unabhängigen Ibaden der DIGV. Jetzt informieren!

EMPFEHLUNGEN AUS WISSEN

Neu | Meistgesehen

Informationen zum Sehnstrek
Diese Züge fahren dennoch

600 Stundenkilometer
Japanischer Magnetzug bricht eigenen Weltrekord

Kampf dem Spam
Mindestumsatz für Steam-Accounts

Natur
Soja statt Rind - Es muss nicht immer Fleisch sein

DAS NEUESTE AUS DER MEDIATHEK

Spiele
Spektakuläre Rettung aus brennendem Auto

Klatschblätter und Fernsehsaure
Miley Cyrus schockt Fans

Kommentar
Prominente Lesung zum Thema Frieden

Künstlerischer Designer
Harald Glööckler als Maler

© 2014 WeltN24 GmbH

AUTO BILD | autoscout24.de | B.Z. | BERLINER MORGENPOST | BILD | BILD DER FRAU | COMPUTER BILD | finanzen.net | flug.reisen.de | gutefrage.de | HOMEBURO24 | HOMEBURO24 ABENDBLATT | HÖRZU | Hitradio.de | immonet.de | Lastenheft.de | MeinMotor | MEDIA | mobilcom | OLIVERSOFFRIED | ruhrnachrichten | SAT.1 | Smava | sky | sport.de | ROLLING STONE | SPORT BILD | stepstone.de | Stylebook.de | transfermarkt.de | TV DIGITAL | unitycapitalfon.de | wetter24.de | WELT | wetter.de

Axel Springer Akademie | Axel Springer Infopool | Axel Springer SE | Ein Herz für Kinder | Wicke

Zum Seitenanfang

Erik macht mich bereit für mehr Aufträge.
Wobei können unsere Business-Berater Sie unterstützen?
Mehr erfahren ›
Vodafone Power to you

PANORAMA

Kritiker beklagen, dass medizinisches Personal nicht ausreichend geschult sei, um einen Hirntot festzustellen.

Kritiker beklagen, dass medizinisches Personal nicht ausreichend geschult sei, um einen Hirntot festzustellen.
(Foto: dpa)

Montag, 12. Januar 2015

Panne bei Organspende
Ärzte stellen fälschlicherweise Hirntod fest

Ein neuer Organspendeskandal kündigt sich an. Offenbar diagnostizierten Ärzte verfrüht den Hirntod eines Patienten. Die anschließende Organentnahme wird in letzter Minute gestoppt. Offenbar ist es nicht der einzige Fall dieser Art.

Empfehlen 37 | Twittern | Teilen

Bei einer Organspende haben Ärzte einem Medienbericht zufolge erneut Fehler bei der Feststellung des Hirntods gemacht. In einem Krankenhaus im Raum Bremen/Bremerhaven wurde Anfang Dezember 2014 eine Organspende abgebrochen, weil der Spender womöglich noch lebte, berichtete die "Süddeutsche Zeitung".

Demnach hatten Operateure bereits den Bauch des Spenders geöffnet, als auffiel, dass dessen Hirntod nicht nach den dafür vorgesehenen Regeln diagnostiziert worden war. Das Prozedere musste sofort abgebrochen werden, da sich die Mediziner sonst der Tötung schuldig machen würden.

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), deren Mitarbeiter die Korrektheit der Hirntoddiagnostik vor einer Organspende überprüfen müssen, teilte der "SZ" demnach auf Anfrage mit, sie habe die bei der Bundesärztekammer (BÄK) angesiedelte Überwachungskommission über die "Unklarheiten in Bezug auf die Hirntoddiagnostik bzw. ihre Dokumentation" in diesem Fall informiert.

Mehrere Verdachtsfälle

Die BÄK teilte demnach mit, dass "zu laufenden Verfahren in konkreten Einzelfällen keine Auskünfte gegeben werden können". Am kommenden Montag werde sich die Überwachungskommission aber "mit der Überprüfung bestimmter Hirntod-Untersuchungen und -Diagnosen befassen". Demnach könnte es neben diesem Fall noch weitere problematische Fälle geben.

Schon vor einem Jahr war bekanntgeworden, dass Mediziner innerhalb von drei Jahren insgesamt zehn Patienten abweichend von den Richtlinien für hirntot erklärt hatten. Organe an noch Lebenden wurden aber nach DSO-Angaben nicht entnommen. Im schlimmsten Fall ereidet ein falschlich für hirntot erklärter Patient Schmerzen bei der Operation oder der Organentnahme.

MEHR ZUM THEMA

23.08.14
Fehler im System?
Experten fordern neue Regeln für Organvergabe

23.08.14
Organspende-Skandal in Berlin
Herzzentrum soll Patientenlisten manipuliert haben

22.08.14
Skandal um Organspende
Berliner Herzzentrum meldet Betrugsfälle

BILDERSERIE

Nach Skandalen sinken Spenderzahlen: Organe sind Mangelware

Nach Skandalen sinken Spenderzahlen: Organe sind Mangelware

Nach Skandalen sinken Spenderzahlen: Organe sind Mangelware

Nach Skandalen sinken Spenderzahlen
Organe sind Mangelware

Quelle: n-tv.de , lsc/dpa/AFP

THEMEN
Bundesärztekammer, Krankenhaus, Organspende

Empfehlen 37 | Twittern | Teilen

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN

Neue Ermittlungen zu 4U9525: Copilot soll Absturz...

Polizei bittet um Mithilfe: 14-Jährige brennt mit...

Das ultimative Illinois-Erlebnis
ANZEIGE

"Wir kommen, um euch zu vernichten": Größte...

hier werben
powered by plista

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN

Verweigerte "MueWo" die Behandlung?
Bayern-Streit eskaliert wegen Thiago
Warum Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt nicht mehr länger für den FC Bayern München arbeiten will, ist immer noch nicht ganz klar. Der Streit mit Trainer Josep... mehr

Immobilie klug verkaufen!
Immobilie zum Top-Preis verkaufen! Der beste Weg zum Immobilienverkauf. mehr
ANZEIGE

Erst Schmierenkomödie, jetzt Porto
FC Bayern schweigt, Guardiola fragt den Arzt
Gegen Porto geht es für die Fußballer des FC Bayern um viel, manche sagen, um alles. Schließlich wollen sie ins Halbfinale der Königsklasse - schwer, aber... mehr

"Ich bitte um Vergebung"
Buchhalter von Auschwitz gesteht umfassend
Er half dabei, im Konzentrationslager Auschwitz Hunderttausende Menschen in den Tod zu schicken. Nun steht der Ex-SS-Mann Oskar Gröning vor Gericht - und legt... mehr

Ägypter entgeht Todesstrafe
Mursi zu 20 Jahren Haft verurteilt
Er war ein demokratisch gewählter Präsident und wurde dann vom Militär gestürzt: Mohammed Mursi. Nun entgeht der islamistische Politiker der Todesstrafe - doch... mehr

Sonne im Tank
Noch ist der Ford C-MAX Solar Energi ein Prototyp. Doch die Vorteile der Technologie liegen klar auf der Hand. Lesen Sie weiter! mehr
SPONSORED
hier werben
powered by plista

Anzeige

Reich mit Optionen
Rainer Heißmann zeigt Ihnen jetzt KOSTENLOS die besten Hebelpapiere für 2015!
Mehr Informationen »

Händler mögen es nicht!
Sie wollen nicht, dass du diesen online Shoppingtrick herausfindest.
Mehr Informationen »

PKV zu teuer und über 55
Hier kostenfreie Infos zur Reduzierung der Kosten bei Ihrer privaten Krankenkasse erhalten.
Mehr Informationen »

Top-Festzins bis 4,25 %
+ Gewinnbeteiligung am Jahresergebnis + Vorzugskonditionen auf Aktien beim Going Public
Mehr Informationen »
Ligatus

EMPFEHLUNGEN

Goodgame Empire gratis spielen!
Werde zum Burgherrn
Erschaffe ein neues Imperium

Versicherungsordner optimieren
Sattes Sparpotenzial
Haftpflichtschutz sollte sein. Schnell ist ein Missgeschick passiert und dann kann es richtig teuer werden.

Karriere ab 60.000 Euro
Steigern Sie Ihr Gehalt
Finden Sie Spitzenpositionen ab 60.000 Euro Jahresgehalt, viele ab 100.000 Euro.

Impressum: © n-tv.de Alle Rechte vorbehalten, Datenschutzerklärung und Informationen zu unserer Werbung, Datenschutzerklärung mobil, Nutzungsbedingungen Website, Nutzungsbedingungen Gewinnspiele, Die Seite wird vermarktet von IP Deutschland GmbH, produziert von der nachrichtenmanufaktur GmbH, Archiv

Anzeige

Lieferando.de

Postleitzahl eingeben | WEITER

AUS UNSEREM NETZWERK

rtl.de
Organspende: Ethikrat fordert Transparenz...

brigitte.de
Blitz-Hochzeit nach Schock-Diagnose

stern.de
So schützen sich Ärzte und Pfleger vor Ebola

Was kosten Solaranlagen?
Solarstrom lohnt sich...
ANZEIGE

Anzeige
Zeit fürs Eigenheim
Baufinanzierung: Jetzt Top-Konditionen sichern und ins Eigenheim ziehen.
» Kostenlos vergleichen

AUS UNSEREM NETZWERK

nationalgeographic.de
Warum ist OP-Kleidung meist grün?

chefkoch.de
Nahrungsergänzungsmittel kunterbunte...

stern.de
Skurrile Operation

stern.de
Organspende wegen falscher...

Magische Grenze durchbrochen
Japanische Magnetbahn rast zum Weltrekord
21.04.15 – 01:12 min

Crystal Meth auf dem Vormarsch
Mehr Rauschgifttote durch synthetische Drogen
21.04.15 – 01:47 min

Anzeige
Mel Ramos exklusiv bei n-tv
Das letzte Zigarren-Motiv "Hav-a-Havanna" von Mel Ramos.
» Exklusiv nur bei n-tv Art

VIDEOS MEISTGESEHEN

Promi-News des Tages: Rihanna verzückt Fans mit Locken und Kurven

Promi-News des Tages
Rihanna verzückt Fans mit Locken und Kurven
20.04.15 – 01:19 min

Mopedfahrer von Auto mitgeschleift: 38.000 Euro wehen nach Unfall über die Straße

Mopedfahrer von Auto mitgeschleift
38.000 Euro wehen nach Unfall über die Straße
20.04.15 – 01:13 min

Schockmoment in Nebraska: Gorilla geht auf Zoobesucher los

Schockmoment in Nebraska
Gorilla geht auf Zoobesucher los
18.04.15 – 01:27 min

Anzeige
600.000 Hotels bis -78%
trivago vergleicht die Preise von über 190 Buchungsplattformen für 600.000+ Hotels weltweit.
» zur Suche

Ligatus
Anzeige
NEU: 25 Euro Münze
Deutschlands erste 25 Euro Münze aus reinstem Silber – Tauschen Sie 25 Euro gegen 25 Euro!
Mehr Informationen »

Das Plus Konto TopZins der Volkswagen Bank!
Tagesgeld mit 1,1% Zinsen
Parken Sie Ihr Geld bei der Volkswagen Bank! Für bis zu 50.000 € für 4 Monate.
Mehr Informationen »

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 27 Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.
(1a) Spender von Organen oder Geweben (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen oder Gewebe (Empfänger). Für die Behandlung von Folgeerkrankungen der Spender ist die Krankenkasse der Spender zuständig, sofern der Leistungsanspruch nicht nach § 11 Absatz 5 ausgeschlossen ist. Ansprüche nach diesem Absatz haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen. Die Krankenkasse der Spender ist befugt, die für die Leistungserbringung nach den Sätzen 1 und 2 erforderlichen personenbezogenen Daten an die Krankenkasse oder das private Krankenversicherungsunternehmen der Empfänger zu übermitteln; dies gilt auch für personenbezogene Daten von nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Krankenversicherungspflichtigen. Die nach Satz 7 übermittelten Daten dürfen nur für die Erbringung von Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 verarbeitet und genutzt werden. Die Datenverarbeitung und Nutzung nach den Sätzen 7 und 8 darf nur mit schriftlicher Einwilligung der Spender, der eine umfassende Information vorausgegangen ist, erfolgen.
(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wurde, sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 44a Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben

Spender von Organen oder Geweben nach § 27 Absatz 1a haben Anspruch auf Krankengeld, wenn eine im Rahmen des Transplantationsgesetzes erfolgende Spende von Organen oder Geweben an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei
   - a) onkologischen Erkrankungen,
   - b) HIV/AIDS,
   - c) rheumatologischen Erkrankungen,
   - d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
   - e) Multipler Sklerose,
   - f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
   - g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
   - h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
   - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
   - a) Tuberkulose,
   - b) Mukoviszidose,
   - c) Hämophilie,
   - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
   - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
   - f) biliäre Zirrhose,
   - g) primär sklerosierende Cholangitis,
   - h) Morbus Wilson,
   - i) Transsexualismus,
   - j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
   - k) Marfan-Syndrom,
   - l) pulmonale Hypertonie,
   - m) Kurzdarmsyndrom oder
   - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie
3. hochspezialisierte Leistungen wie
   - a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
   - b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. Nach Satz 4 berechtigte Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 6 genannten Stellen zu melden. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. Die Sätze 4, 5 und 7 gelten entsprechend.

(3) Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- a) kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- b) er dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten geeigneten Leistungserbringer finden konnte.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.

(6) Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; vertragsärztliche Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden. Leistungserbringer dürfen unter den Voraussetzungen des § 295 Absatz 5 auch eine andere Stelle mit der Abrechnung der Leistungen nach Satz 1 beauftragen.

(7) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet.

(9) Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.

Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254)

§ 2 Versicherung kraft Gesetzes

(1) Kraft Gesetzes sind versichert

1. Beschäftigte,
2. Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen,
3. Personen, die sich Untersuchungen, Prüfungen oder ähnlichen Maßnahmen unterziehen, die aufgrund von Rechtsvorschriften zur Aufnahme einer versicherten Tätigkeit oder infolge einer abgeschlossenen versicherten Tätigkeit erforderlich sind, soweit diese Maßnahmen vom Unternehmen oder einer Behörde veranlaßt worden sind,
4. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
5. Personen, die
   a) Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens sind und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
   b) im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige sind,
   c) in landwirtschaftlichen Unternehmen in der Rechtsform von Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie Unternehmer selbständig tätig sind,
   d) ehrenamtlich in Unternehmen tätig sind, die unmittelbar der Sicherung, Überwachung oder Förderung der Landwirtschaft überwiegend dienen,
   e) ehrenamtlich in den Berufsverbänden der Landwirtschaft tätig sind,

   wenn für das Unternehmen die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zuständig ist.
6. Hausgewerbetreibende und Zwischenmeister sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
7. selbständig tätige Küstenschiffer und Küstenfischer, die zur Besatzung ihres Fahrzeugs gehören oder als Küstenfischer ohne Fahrzeug fischen und regelmäßig nicht mehr als vier Arbeitnehmer beschäftigen, sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
8. a) Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, deren Träger für den Betrieb der Einrichtungen der Erlaubnis nach § 45 des Achten Buches oder einer Erlaubnis aufgrund einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung bedürfen, sowie während der Betreuung durch geeignete Tagespflegepersonen im Sinne von § 23 des Achten Buches,
   b) Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen und während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken mit ihr durchgeführten Betreuungsmaßnahmen,
   c) Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,
9. Personen, die selbständig oder unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind,
10. Personen, die
    a) für Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften, für die in den Nummern 2 und 8 genannten Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von Gebietskörperschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,
    b) für öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften und deren Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,
11. Personen, die
    a) von einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts zur Unterstützung einer Diensthandlung herangezogen werden,
    b) von einer dazu berechtigten öffentlichen Stelle als Zeugen zur Beweiserhebung herangezogen werden,
12. Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen dieser Unternehmen teilnehmen,
13. Personen, die
    a) bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten,
    b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden oder bei denen Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen anlässlich der Spende vorgenommen werden,
    c) sich bei der Verfolgung oder Festnahme einer Person, die einer Straftat verdächtig ist oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen,
14. Personen, die
    a) nach den Vorschriften des Zweiten oder des Dritten Buches der Meldepflicht unterliegen, wenn sie einer besonderen, an sie im Einzelfall gerichteten Aufforderung der Bundesagentur für Arbeit, des nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches zuständigen Trägers oder eines nach § 6a des Zweiten Buches zugelassenen kommunalen Trägers nachkommen, diese oder eine andere Stelle aufzusuchen,
    b) an einer Maßnahme teilnehmen, wenn die Person selbst oder die Maßnahme über die Bundesagentur für Arbeit, einen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches zuständigen Träger oder einen nach § 6a des Zweiten Buches zugelassenen kommunalen Träger gefördert wird,
15. Personen, die
    a) auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten,
    b) zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Aufforderung eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit einen dieser Träger oder eine andere Stelle aufsuchen,
    c) auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung teilnehmen,
16. Personen, die bei der Schaffung öffentlich geförderten Wohnraums im Sinne des Zweiten Wohnungsbaugesetzes oder im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei der Schaffung von Wohnraum im Sinne des § 16 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Wohnraumförderungsgesetzes oder entsprechender landesrechtlicher Regelungen im Rahmen der Selbsthilfe tätig sind,
17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfaßt Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und - soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen - Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 des Elften Buches).

(1a) Versichert sind auch Personen, die nach Erfüllung der Schulpflicht auf der Grundlage einer schriftlichen Vereinbarung im Dienst eines geeigneten Trägers im Umfang von durchschnittlich mindestens acht Wochenstunden und für die Dauer von mindestens sechs Monaten als Freiwillige einen Freiwilligendienst aller Generationen unentgeltlich leisten. Als Träger des Freiwilligendienstes aller Generationen geeignet sind inländische juristische Personen des öffentlichen Rechts oder unter § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes fallende Einrichtungen zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger oder kirchlicher Zwecke (§§ 52 bis 54 der Abgabenordnung), wenn sie die Haftpflichtversicherung und eine kontinuierliche Begleitung der Freiwilligen und deren Fort- und Weiterbildung im Umfang von mindestens durchschnittlich 60 Stunden je Jahr sicherstellen. Die Träger haben fortlaufende Aufzeichnungen zu führen über die bei ihnen nach Satz 1 tätigen Personen, die Art und den Umfang der Tätigkeiten und die Einsatzorte. Die Aufzeichnungen sind mindestens fünf Jahre lang aufzubewahren.
(2) Ferner sind Personen versichert, die wie nach Absatz 1 Nr. 1 Versicherte tätig werden. Satz 1 gilt auch für Personen, die während einer aufgrund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung oder aufgrund einer strafrichterlichen, staatsanwaltlichen oder jugendbehördlichen Anordnung wie Beschäftigte tätig werden.
(3) Absatz 1 Nr. 1 gilt auch für

1. Personen, die im Ausland bei einer amtlichen Vertretung des Bundes oder der Länder oder bei deren Leitern, Mitgliedern oder Bediensteten beschäftigt und in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Absatz 1 Satz 2 des Sechsten Buches pflichtversichert sind,
2. Personen, die
   a) im Sinne des Entwicklungshelfer-Gesetzes Entwicklungsdienst oder Vorbereitungsdienst leisten,
   b) einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts" im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 (BAnz. 2008 S. 1297) leisten,
   c) einen Internationalen Jugendfreiwilligendienst im Sinne der Richtlinie Internationaler Jugendfreiwilligendienst des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 20. Dezember 2010 (GMBl S. 1778) leisten,
3. Personen, die
   a) eine Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation ausüben und deren Beschäftigungsverhältnis im öffentlichen Dienst während dieser Zeit ruht,
   b) als Lehrkräfte vom Auswärtigen Amt durch das Bundesverwaltungsamt an Schulen im Ausland vermittelt worden sind oder
   c) für ihre Tätigkeit bei internationalen Einsätzen zur zivilen Krisenprävention durch einen Sekundierungsvertrag nach dem Sekundierungsgesetz abgesichert werden.

Die Versicherung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und c erstreckt sich auch auf Unfälle oder Krankheiten, die infolge einer Verschleppung oder einer Gefangenschaft eintreten oder darauf beruhen, dass der Versicherte aus sonstigen mit seiner Tätigkeit zusammenhängenden Gründen, die er nicht zu vertreten hat, dem Einflussbereich seines Arbeitgebers oder der für die Durchführung seines Einsatzes verantwortlichen Einrichtung entzogen ist. Gleiches gilt, wenn Unfälle oder Krankheiten auf gesundheitsschädigende oder sonst vom Inland wesentlich abweichende Verhältnisse bei der Tätigkeit oder dem Einsatz im Ausland zurückzuführen sind. Soweit die Absätze 1 bis 2 weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit voraussetzen, gelten sie abweichend von § 3 Nr. 2 des Vierten Buches für alle Personen, die die in diesen Absätzen genannten Tätigkeiten im Inland ausüben; § 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Absatz 1 Nr. 13 gilt auch für Personen, die im Ausland tätig werden, wenn sie im Inland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.
(4) Familienangehörige im Sinne des Absatzes 1 Nr. 5 Buchstabe b sind

1. Verwandte bis zum dritten Grade,
2. Verschwägerte bis zum zweiten Grade,
3. Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches)

der Unternehmer, ihrer Ehegatten oder ihrer Lebenspartner.

Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

juris

zurück
weiter
Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254)

§ 7 Begriff

(1) Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.
(2) Verbotswidriges Handeln schließt einen Versicherungsfall nicht aus.

zum Seitenanfang | Datenschutz | Seite ausdrucken

Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254)

§ 12a Gesundheitsschaden im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe

(1) Als Versicherungsfall im Sinne des § 7 Absatz 1 gilt bei Versicherten nach § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b auch der Gesundheitsschaden, der über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht. Werden dadurch Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind. Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht; eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung darf nicht gefordert werden.
(2) Absatz 1 gilt auch bei Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit den für die Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe erforderlichen Voruntersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen. Satz 1 findet auch Anwendung, wenn es nach der Voruntersuchung nicht zur Spende kommt.

Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)

§ 3a Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende von Organen oder Geweben

(1) Ist ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende von Organen oder Geweben, die nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgt, an seiner Arbeitsleistung verhindert, hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. § 3 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.
(2) Dem Arbeitgeber sind von der gesetzlichen Krankenkasse des Empfängers von Organen oder Geweben das an den Arbeitnehmer nach Absatz 1 fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf Antrag zu erstatten. Ist der Empfänger von Organen oder Geweben gemäß § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, erstattet dieses dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten nach Satz 1 in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes. Ist der Empfänger von Organen oder Geweben bei einem Beihilfeträger des Bundes beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, erstattet der zuständige Beihilfeträger dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten nach Satz 1 zum jeweiligen Bemessungssatz des Empfängers von Organen oder Geweben; dies gilt entsprechend für sonstige öffentlich-rechtliche Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene. Unterliegt der Empfänger von Organen oder Geweben der Heilfürsorge im Bereich des Bundes oder der truppenärztlichen Versorgung, erstatten die zuständigen Träger auf Antrag die Kosten nach Satz 1. Mehrere Erstattungspflichtige haben die Kosten nach Satz 1 anteilig zu tragen. Der Arbeitnehmer hat dem Arbeitgeber unverzüglich die zur Geltendmachung des Erstattungsanspruches erforderlichen Angaben zu machen.

1 ICH BIN **DABEI!**

Du bist noch kein Organspender aber möchtest noch einer werden? Dann klick hier, registrier deinen Download und hilf uns, die 100.000 zu knacken!

3efoq

NEU

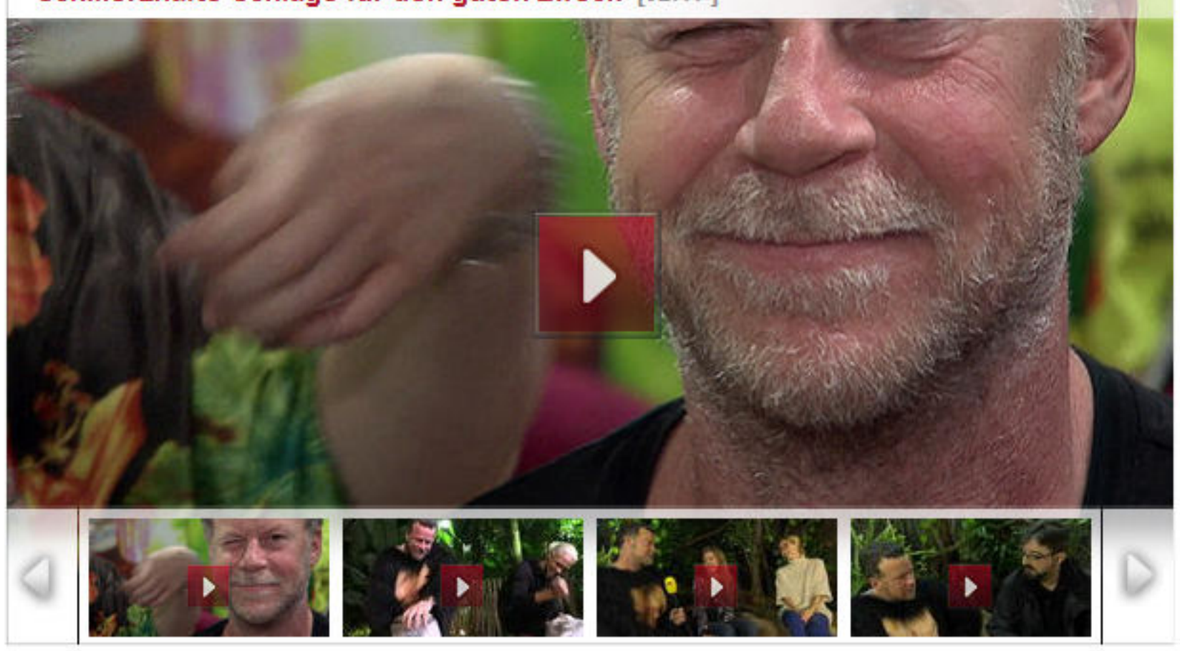
» JETZT **MITMACHEN!**

2 DU HAST NOCH **KEINEN?**

» HIER **ORGANSPENDEAUSWEIS RUNTER LADEN!**

40.000 Organspender-Ausweise

Schmerzhafte Schläge für den guten Zweck [02:11]



Häufig gestellte Fragen

- Muss ich mich ärztlich untersuchen lassen?
- Kann ich meine Entscheidung rückgängig machen?
- Welche Organe kann ich überhaupt spenden?
- Kann ich die Spenden auf bestimmte Organe beschränken?
- Werde ich finanziell entschädigt?
- Kann ich bestimmen, wer mein Organ bekommt?
- Erfährt der Empfänger meine Identität?
- Was ist der Hirntod und wie wird er festgestellt?
- Kann man die verstorbene Person nach der Organspende nochmals sehen?
- Warum gibt es lange Wartelisten?

Weitere Informationen

Details und Informationen zum Thema Organspende finden Sie **hier »**.

© 2015 RTL interactive GmbH

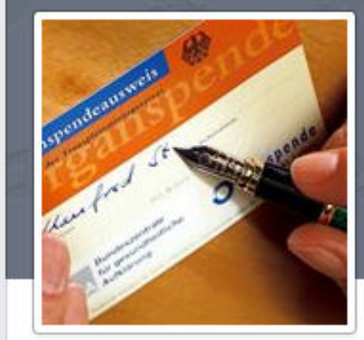
facebook

E-Mail oder Telefon | Passwort | Anmelden
Angemeldet bleiben | Passwort vergessen?

Organspende - Sag JA zum Leben ist bei Facebook.

Um dich mit Organspende - Sag JA zum Leben zu verbinden, registriere dich noch heute für Facebook.

Registrieren | Anmelden



Organspende - Sag JA zum Leben

Gemeinnützige Organisation

Chronik | Info | Fotos | „Gefällt mir"-Angaben | Mehr

PERSONEN

33.090 „Gefällt mir"-Angaben

INFO

Jeder sollte sich Gedanken darüber machen, ob er nach dem Tod seine Organe spenden will. Sollte man irgendwann selbst auf eine Organspende angewiesen sein,...

MEHR DAZU

http://www.organspende-info.de/

FOTOS

BEITRÄGE AUF DER SEITE

Julia Kraus
20. März um 13:18

Es ist wieder Zeit etwas für einen #gutenZweck zu tun! 🆓 am 17. ... Mehr anzeigen

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen 1

Marcel Claußen
15. März um 08:58

Wo bekomm ich den Ausweis als Karte (chipkartengrösse) ?

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen 3

Annette Salomon
15. März um 07:38

bin dabei und Seite geteilt!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Organspende - Sag JA zum Leben
11. Januar 2010 ·

Auch Sportler setzen sich für die Organspende ein!

Sportler für Organspende e.V. (VSO) - Kinderhilfe Organtransplantation e.V. (KiO)

Ganz plötzlich wird die junge Familie durch die Krankheit des siebenjährigen Sohns aus ihrer...

VSO.DE

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Kristina Loeffler gefällt das.

Organspende - Sag JA zum Leben
21. Dezember 2009 ·

Hier findet man alle Informationen und eine Anleitung zum Ausdrucken oder Bestellen eines Organspendeausweises.

BZgA - Organspende schenkt Leben - Organspende? Eine ganz persönliche Frage

Organtransplantationen werden seit ca. 50 Jahren durchgeführt und sind inzwischen ein bewährtes...

ORGANSPENDE-INFO.DE

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Stephanie Raubuch gefällt das.

28 mal geteilt

Robert Brosch https://www.youtube.com/watch?v=ZtBRYJuQJxo

Schattenseiten der Organtransplantation

sehr guter Filmbeitrag von GralsWelt TV, der über die dunkle und verschwiegene Seite der...

YOUTUBE.COM

7. August 2014 um 15:13

Weitere Meldungen anzeigen

facebook

Organspende - Ja
ist toll für Facebook.
Ich stimme zu, dass ich Informationen, Angebote & Werbung von Facebook erhalten möchte.
Weitere Informationen
Anmelden

Organspende - Ja
Werbung

Der Mensch kann sich von allem trennen,
nur nicht von der Hoffnung.

Organspende - Ja
Gefällt mir

Ein Geschenk, das Leben rettet. Jetzt Ausweis bestellen!

Sofortstarter aufüllen

Jetzt Spender werden

Komplett Lotto im Browser

organspende

Impressum

Fotos

Videos

Neuigkeiten

Ereignisse

Gruppen

Freunde

Orte

Organspende - Ja hat Foto(s) hinzugefügt. [gelöscht]
Heute · Bearbeiten

Für einmal gute Nachrichten aus der Schweiz! #hoffnungfürmehr

Q1 2015
Kennzahlen zur Organspende und Organtransplantation in der Schweiz

Swisstransplant

T1 2015
Indicateurs du don d'organes et de la transplantation d'organes en Suisse

Swisstransplant

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Ein Herz für Kaser: Organ transplantiert - Leben gerettet

Heute wurde Kaser, Sohn von Sänger Seven, zum Retter in der Not. Ein Spender starb, sein Herz wurde Kaser transplantiert. Jetzt geht es dem Kleinen gut. Wir wünschen ihm alles Gute!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Dein Video dauert 45 Minuten? - Ja! Auch in 2 Minuten!

Du bist ein Kind und über die Organspende? Du kannst auch ein Video machen! Wir suchen Videos, die zeigen, was du über die Organspende weisst. Du hast Fragen? Du hast eine Idee? Du willst mitmachen? Schreibe uns!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Ganz toll! Auch wir sind dabei, wenn ihr Videos dreht!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Wir sind 100 % dabei! Ihr habt ja ein tolles Team!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Wir sind am 30.10.15 auf 1 Tag das beste Experiment von Thema Organspende. Wir werden Videos machen, die zeigen, was du auf 1 Tag von Thema Organspende zu Wenig weisst!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Ich bin Nachrichtensender

Ich bin Nachrichtensender. Ich bin auf der Suche nach Menschen, die mir sagen können, was ich über Organspende wissen muss. Ich bin Nachrichtensender. Ich bin auf der Suche nach Menschen, die mir sagen können, was ich über Organspende wissen muss.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende: Parlament verwirft Widerspruchslösung

Der Nationalrat hat sich gegen die Einführung der Widerspruchslösung entschieden. Damit bleibt es bei der Zustimmungslösung. Bundesrat und Ständerat hatten sich für die Widerspruchslösung ausgesprochen.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Video: Helene, 3 Jahre alt, Herzfehler, Sie kann und 2 weitere gefällt das.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Nichts Alltägliches: Ein Besuch auf Intensivstation

Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation. Ein Besuch auf Intensivstation.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Heute kommt ein Experte, die Basis und 2 weitere gefällt das.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja hat Fotos hinzugefügt.
Heute · Bearbeiten

Hallo Fans mit der drei Herzen

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Das unglaubliche Schicksal von Alina (10): Die Frau mit den drei Herzen

Eigentlich ist Ali Mitchell dreizehn Jahre jung und ein Mädchen, wie es sich jeder Teenager wünscht. Doch Ali ist anders. Sie hat drei Herzen.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja hat Fotos hinzugefügt.
Heute · Bearbeiten

Fröhliches Lachen: Ein Herzfehler hat ihm Sinne und einfach damit wie Herz

Fröhliches Lachen: Ein Herzfehler hat ihm Sinne und einfach damit wie Herz. Fröhliches Lachen: Ein Herzfehler hat ihm Sinne und einfach damit wie Herz. Fröhliches Lachen: Ein Herzfehler hat ihm Sinne und einfach damit wie Herz.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja Uwe Jacobs-Eigenbrodt
Heute · Bearbeiten

Unglaublich. Ausgezeichnetes und zum jungsten Organspender Englands

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Rückblick: Neugeborenes wird zum jüngsten Organspender Englands

Ein ausgezeichneter Abschluss wurde es sich jüngsten Organspender bei Nacht, als er so wenig Tage nach seiner Geburt einen Lebensretter.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja
Vor 2 Stunden · Bearbeiten

Für unsere Freunde aus Deutschland - Organtax stellen jetzt fest, dass die Organspende in der geplanten Organspende-Freiheit ist.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Herzstillstand: Ein neues Experten zur aktuellen Organspende

Ein neues Experten zur aktuellen Organspende. Ein neues Experten zur aktuellen Organspende. Ein neues Experten zur aktuellen Organspende. Ein neues Experten zur aktuellen Organspende.

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Melanie Sonnleitner ... und zwar ist nicht nur so, wie es aussieht, ... die Organspende ist ein sehr wichtiges Thema, das jeden betrifft und das jeder kennen sollte. Ich finde es toll, dass ihr euch dafür einsetzt und ich werde auch meine Freunde und Familie darauf aufmerksam machen. Ich wünsche euch weiterhin viel Erfolg!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja
Vor 2 Stunden · Bearbeiten

Liebe Organspendefreunde!

Wir haben heute einen Artikel über Sarah Fisher schreiben wir auch über Sarah Fisher. Sarah Fisher ist ein sehr wichtiges Thema, das jeden betrifft und das jeder kennen sollte. Ich finde es toll, dass ihr euch dafür einsetzt und ich werde auch meine Freunde und Familie darauf aufmerksam machen. Ich wünsche euch weiterhin viel Erfolg!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Melanie Sonnleitner ... und zwar ist nicht nur so, wie es aussieht, ... die Organspende ist ein sehr wichtiges Thema, das jeden betrifft und das jeder kennen sollte. Ich finde es toll, dass ihr euch dafür einsetzt und ich werde auch meine Freunde und Familie darauf aufmerksam machen. Ich wünsche euch weiterhin viel Erfolg!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja
Vor 2 Stunden · Bearbeiten

Wir sind in Zürich, Basel, Bern und Lausanne! Wir sind in Zürich, Basel, Bern und Lausanne! Wir sind in Zürich, Basel, Bern und Lausanne!

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Sven Fricke, Fred Imeo, Sascha Bielecki und 2 weitere gefällt das.

Schreib etwas...

Organspende - Ja
Vor 2 Stunden · Bearbeiten

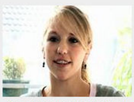
Wir haben eine Idee! Wir haben eine Idee! Wir haben eine Idee! Wir haben eine Idee! Wir haben eine Idee

Fragen zum Organspendeausweis
Fragen zum Organspende-status bei Facebook
Fragen zur Organspende
Fragen zur Organtransplantation
Medizinische Fragen
Gesetzliche Regelung und Finanzierung
Fragen zur Gewebespende

„Ein Kinderlachen hat einen befreienden Zauber."

Fynn Gabriel Reuther

weiter lesen



„Organspende zaubert einfach ein Lächeln."

Meike

weiter lesen

Fragen zum Organspendestatus auf Facebook

Wozu dient der Organspende Status auf der Facebook-Seite?
Was muss ich tun, um den Organspende Status auf meine Facebook-Seite zu bekommen?
Inwiefern ist der Organspende Status auf meiner Facebook-Seite rechtlich relevant?
Wie ist der Zusammenhang zwischen Organspendeausweis und Facebook?
Was passiert, wenn auf dem Organspendeausweis etwas anderes angegeben ist, als bei Facebook?
Kann man, wie auf dem Organspendeausweis, die Organspende auf bestimmte Organe beschränken?
Wie kann ich meinen hinzugefügten Organspendestatus wieder zurücknehmen?
Wie kann ich meinen Organspendestatus wieder zurücknehmen?
Kann man die Sichtbarkeit des Status einschränken, so dass er wahlweise öffentlich oder nur für meine Freunde sichtbar ist?
Kann ich ausgewählte Freunde bei Facebook dazu einladen, den Organspendestatus ebenfalls auf ihrer Seite anzugeben?
Wer wird informiert, wenn ich meinen Organspendestatus bei Facebook angebe?

Wozu dient der Organspende Status auf der Facebook-Seite?

Durch Hinzufügen des Status „Organspender" als Lebensereignis in der Chronik kann die Absicht bekannt gegeben werden, Organspender zu werden. Zugleich kann man eine Meldung über den Zeitpunkt, Ort und die Gründe für die Entscheidung hinzufügen.
Das ist von Bedeutung, da man in Deutschland erst mit einer schriftlichen oder mündlichen Willenserklärung zum Organspender werden kann. Deswegen ist es wichtig, mit engen Freunden und Angehörigen über seine Entscheidung zu sprechen und einen Organspendeausweis bei sich zu tragen. Sollte man sich für Organspende entscheiden, empfehlen wir dies jetzt auch auf Facebook mitzuteilen. Denn hat man noch keine Entscheidung in einem Organspendeausweis dokumentiert, werden im Todesfall die nächsten Angehörigen nach dem mündlich geäußerten oder vermuteten Willen des Verstorbenen befragt. Im Zweifelsfall müssen sie selbst entscheiden. Damit in der akuten Situation die Angehörigen nicht zusätzlich belastet sind, ist es wichtig, sich frühzeitig Gedanken über die Organspende zu machen, eine Entscheidung zu treffen und darüber zu sprechen.

Es ist auch in anderen Ländern bereits möglich, sich auf Facebook für die Organspende zu entscheiden. Siehe:
https://www.facebook.com
/help/?faq=298596600216321&in_context.

Was muss ich tun, um den Organspende Status auf meine Facebook-Seite zu bekommen?

Der Organspendestatus wird wie ein Lebensereignis hinzugefügt. Um ein Lebensereignis zu posten, muss man zunächst von der persönlichen Startseite auf die eigene Profilseite wechseln. Beim Posten kann man anschließend unter „Lebensereignis"/„Gesundheit und Wellness" den Organspendestatus auswählen und so zur eigenen Timeline hinzufügen.

Inwiefern ist der Organspende Status auf meiner Facebook-Seite rechtlich relevant?

Der Organspendestatus auf Facebook ist einer Willensäußerung gleichzusetzen. Liegt kein Organspendeausweis vor, kann der Organspendestatus auf Facebook eine Entscheidungshilfe für die Angehörigen sein. Demnach hat der Organspendestatus eine reale, praktische Relevanz.

Wie ist der Zusammenhang zwischen Organspendeausweis und Facebook?

Der dokumentierte Wille im Organspendeausweis ist rechtlich bindend. Die Mitteilung über Facebook, dass man sich für Organspende entschieden hat, ist eine Entscheidungshilfe für die Angehörigen. Denn liegt kein Organspendeausweise vor, müssen die Angehörigen im Fall der Fälle nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen entscheiden, ob Organe gespendet werden oder nicht. Daher empfehlen wir, den Organspendeausweis auszufüllen, seine Entscheidung zur Organspende auf Facebook bekannt zu geben und mit seinen Angehörigen über seine Entscheidung zu sprechen.

Was passiert, wenn auf dem Organspendeausweis etwas anderes angegeben ist, als bei Facebook?

Hier werden die Angehörigen von Fall zu Fall entscheiden, da sie die Umstände für die unterschiedlichen Willensäußerungen des Verstorbenen am besten einschätzen können.

Kann man, wie auf dem Organspendeausweis, die Organspende auf bestimmte Organe beschränken?

Nein, mit dem Organspendestatus kann nur die allgemeine Absicht erklärt werden, sich für die Organspende zu entscheiden. Details können im Organspendeausweis festgehalten werden.

Wie kann ich meinen hinzugefügten Organspendestatus wieder zurücknehmen?

Der Organspendestatus kann, wie jedes andere Lebensereignis bei Facebook, jederzeit gelöscht werden.

Wie kann ich meinen Organspendestatus wieder zurücknehmen?

Der Organspendestatus kann, wie jedes andere Lebensereignis bei Facebook, jederzeit gelöscht werden.

Kann man die Sichtbarkeit des Status einschränken, so dass er wahlweise öffentlich oder nur für meine Freunde sichtbar ist?

Wie bei allen anderen Posts kann man frei entscheiden, für wen der Organspendestatus auf Facebook sichtbar ist und das entsprechend in den Einstellungen und im Post selbst festlegen. Stellt man beispielsweise ein, dass der Status nur für Freunde sichtbar sein soll, erscheint er nur bei ihnen in der Timeline. Die Sichtbarkeit des Satus kann jederzeit wieder geändert werden.

Kann ich ausgewählte Freunde bei Facebook dazu einladen, den Organspendestatus ebenfalls auf ihrer Seite anzugeben?

Das ist nicht möglich, da der Organspendestatus als Lebensereignis eingefügt wird. Allerdings kann festgelegt werden, in wessen Timeline der Organspendestatus angezeigt wird. Auf diese Weise können Freunde darauf aufmerksam gemacht werden.

Wer wird informiert, wenn ich meinen Organspendestatus bei Facebook angebe?

Es handelt sich um einen ganz normalen Facebook-Post in Form eines Lebensereignisses, das nur mit denjenigen geteilt wird, die es auch sehen sollen. Wer den Post sehen soll, kann in den Einstellungen festgelegt werden. Der Post wird bei Facebook gespeichert und kann jederzeit, wie alle anderen Posts auch, wieder entfernt oder in seiner Sichtbarkeit verändert werden. Außerhalb von Facebook wird niemand informiert.

Recherchieren unter juris | Das Rechtsportal

Kurztext

Gericht:	BSG 9. Senat	**Quelle:**	juris
Entscheidungsdatum:	10.12.2003		
Aktenzeichen:	B 9 VS 1/01 R	**Normen:**	§ 80 SVG, § 18 Abs 1 BVG, § 18 Abs 4 S 1 BVG, § 18c Abs 1 S 2 BVG, § 18c Abs 1 S 3 BVG, § 11 Abs 1 S 1 Nr 1 BVG, § 11 Abs 1 S 1 Nr 5 BVG, § 11 Abs 1 S 2 BVG, § 11 Abs 2 BVG, § 10 Abs 1 BVG, Art 2 Abs 1 S 1 Buchst b SozSichAbkZ-Abk2/ZVbgCHEG, § 8 Abs 1 S 2 TPG, § 17 TPG, § 18 TPG
Dokumenttyp:	Urteil	**Zitiervorschlag:**	BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003 – B 9 VS 1/01 R –, SozR 4-3100 § 18 Nr 1, BSGE 92, 19-34, SozR 4-5590 § 8 Nr 1, SozR 4-5590 § 17 Nr 1, SozR 4-6868 Art 2 Nr 1

Überkreuzlebendnierenspende zwischen zwei Ehepaaren - Auslandsbehandlung in der Schweiz - Kostenerstattung - Zulässigkeit - offenkundige besondere persönliche Verbundenheit - hinreichend intensiv gefestigte Beziehung

Leitsatz

1. Zu den Voraussetzungen, unter denen die Versorgungsverwaltung der Krankenbehandlung eines Versorgungsberechtigten in der Schweiz zustimmen muss, der sich nur zum Zwecke dieser Behandlung dorthin begeben hat.

2. Die Überkreuzlebendnierenspende zwischen zwei Ehepaaren stellt grundsätzlich keinen verbotenen Organhandel iS von § 17 TPG dar; sie ist jedoch nur dann iS § 8 Abs 1 S 2 TPG zulässig, wenn eine hinreichend gefestigte und intensive Beziehung zwischen dem jeweiligen Organspender und -empfänger für den im Vorfeld der Operation tätigen Psychologen oder Arzt eindeutig feststellbar ist.

Orientierungssatz

Zum Begriff "Handeltreiben" iS der §§ 17,18 TPG.

Fundstellen

SozR 4-3100 § 18 Nr 1 (Leitsatz und Gründe)
BSGE 92, 19-34 (Leitsatz und Gründe)
RegNr 26431 (BSG-Intern)
SGb 2004, 113 (Gründe)
JZ 2004, 464-469 (red. Leitsatz und Gründe)
GesR 2004, 201-206 (Leitsatz und Gründe)
MedR 2004, 330-334 (red. Leitsatz und Gründe)
Breith 2004, 523-536 (Leitsatz und Gründe)
SGb 2004, 571-579 (Leitsatz und Gründe)
NZS 2004, 531-537 (Leitsatz und Gründe)
USK 2003-117 (red. Leitsatz und Gründe)

weitere Fundstellen

SozR 4-5590 § 8 Nr 1 (Leitsatz)

SozR 4-5590 § 17 Nr 1 (Leitsatz)
SozR 4-6868 Art 2 Nr 1 (Leitsatz)
SGb 2004, 104 (Kurzwiedergabe)
FamRZ 2004, 1285 (Leitsatz)
ArztR 2004, 438 (Kurzwiedergabe)

Verfahrensgang

vorgehend SG Aachen, 25. Mai 2000, Az: S 3 VS 182/99, Urteil
vorgehend Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 10. Senat, 31. Januar 2001, Az: L 10 VS 28/00, Urteil

Diese Entscheidung wird zitiert

Rechtsprechung
Vergleiche BSG 9. Senat, 11. November 2004, Az: B 9 V 3/03 R

Literaturnachweise
Dietrich Hengelhaupt, jurisPR-SozR 12/2004 Anm. 3 (Anmerkung)
O Witzke, DMW 2005, 2699-2702 (Aufsatz)
Ulrich Schroth, JZ 2004, 469-472 (Anmerkung)
Lars-Christoph Nickel, MedR 2004, 307-310 (Entscheidungsbesprechung)
Hans Neft, NZS 2004, 519-522 (Anmerkung)
Martin Stellpflug, SGb 2004, 579-580 (Anmerkung)

Praxisreporte
Dietrich Hengelhaupt, jurisPR-SozR 12/2004 Anm. 3 (Anmerkung)

Kommentare
Erman, BGB
● G. Hohloch, Vorbemerkungen

© juris GmbH