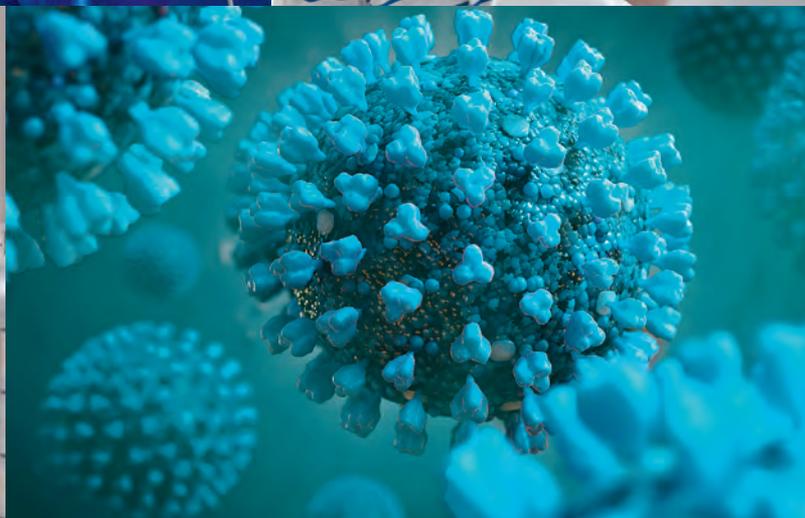
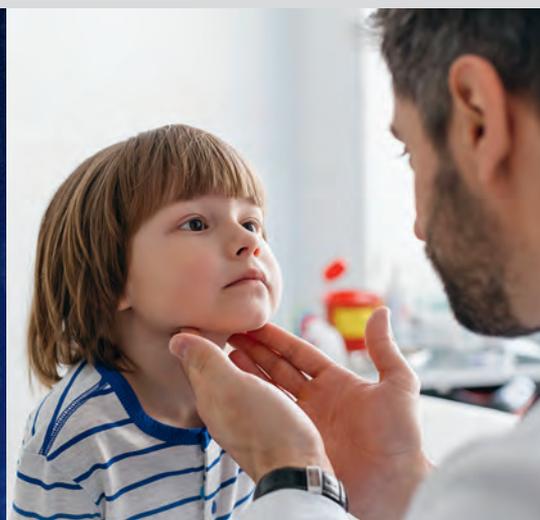
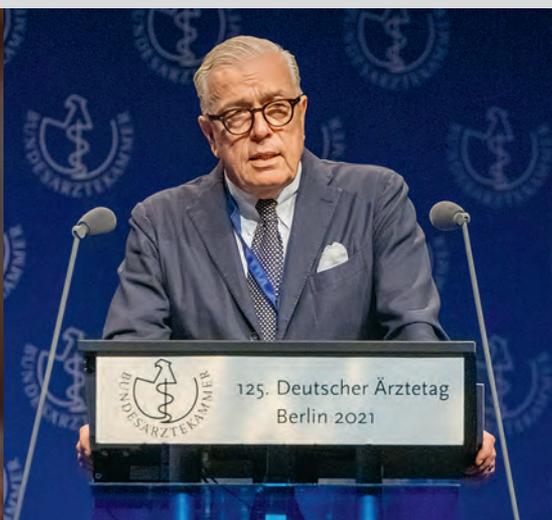


# Tätigkeitsbericht 2021

## der Bundesärztekammer





---

# Tätigkeitsbericht 2021

## der Bundesärztekammer



**Bundesärztekammer**  
**Deutscher Ärztetag**



Die in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.



Die Onlineversion des Tätigkeitsberichts kann abgerufen werden unter: [www.baek.de](http://www.baek.de)

## Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2021

Herausgeber:

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

Redaktion:

Stabsbereich Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer

Titelfoto:

© Jürgen Gebhardt für Deutsches Ärzteblatt (links oben), © Christian Glawe-Griebel/helliwood.com (Mitte oben),  
© IPGGutenbergUKLtd/iStock (rechts oben),  
© picture alliance/dpa Ole Spata (links unten), © dottedyeti/stock.adobe.com (rechts unten)

Satz:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Druck und Bindung:

Warlich-Druck, 53340 Meckenheim

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie 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

**Vorwort** ..... 6

## Überblick

**Die BÄK im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs** – Gesundheitspolitik zwischen Alpha und Omikron..... 8

**Unvergessen** – Zum Tod von Dr. Heidrun Gitter ..... 17

## Berichte

**Corona-Pandemie** – Ärztlicher Pandemierat positioniert sich zu politischen Maßnahmen..... 18

**Klimawandel** – Klimaschutz ist Gesundheitsschutz ..... 19

**Patientenversorgung** – BÄK bezieht Position für mehr Interprofessionalität..... 20

**Task Force Arbeitsmedizin** – Vorschläge für eine zukunftsorientierte Arbeitsschutzstrategie ..... 21

**Ärztliche Weiterbildung** – Neue Facharzt-Weiterbildung „Innere Medizin und Infektiologie“..... 22

**eLogbuch** – Neue Funktionalitäten umgesetzt..... 23

**Patientensicherheit** – CIRSmedical.de – aus kritischen Ereignissen in der Medizin lernen ..... 24

**Medizinproduktesicherheit** – EU-Verordnungen für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika ..... 25

**Thesenpapier** – Wie Digitalisierung die Gesundheitsversorgung verändert ..... 26

**Bilanz** – Drei Jahre Regierungsmehrheit in der gematik ..... 27

**Elektronischer Heilberufsausweis** – Intensive Informationskampagne stärkt eHBA-Herausgabe .. 28

**Änderung der (Muster-)Berufsordnung** – Hilfe zur Selbsttötung weiterhin keine ärztliche Aufgabe .. 29

<b>Stand der medizinischen Wissenschaft</b> – Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer . . .	<b>30</b>
<b>Medizin und Ethik</b> – Ethik im ärztlichen Alltag . . . . .	<b>31</b>
<b>Richtlinie Hämotherapie</b> – Wissenschaftliche Evidenz ist nicht verhandelbar . . . . .	<b>32</b>
<b>25 Jahre Menschenrechtsbeauftragte bei der BÄK</b> – Gesundheit ist ein Menschenrecht. . . . .	<b>33</b>
<b>Neue europäische Gesundheitspolitik</b> – Auf dem Weg zu einer „Gesundheitsunion“ . . . . .	<b>34</b>
<b>Europäischer Gesundheitsdatenraum</b> – Kommission stärkt digitalen Ansatz in der Gesundheitspolitik . . . . .	<b>35</b>
<b>Internationaler Runder Tisch</b> – Globale Impfstoffgerechtigkeit und Wege gegen Impfskepsis. . .	<b>36</b>
<b>Transplantationsmedizin</b> – Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag. . . . .	<b>37</b>
<b>Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft</b> – Für eine sichere und rationale Arzneimitteltherapie . . . . .	<b>39</b>
<b>Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin</b> – Leitlinien leichter nutzbar machen . . . . .	<b>40</b>
<b>Arztzahlentwicklung</b>	
<b>Ärztestatistik 2021</b> – Ein unerwünschtes Déjà-vu . . . . .	<b>41</b>
<b>Organisation der Bundesärztekammer</b>	
<b>Organigramm</b> . . . . .	<b>43</b>
<b>Deutscher Ärztetag</b> . . . . .	<b>44</b>
<b>Adressen der (Landes-)Ärzttekammern</b> . . . . .	<b>45</b>

# Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Corona-Pandemie geht in ihr drittes Jahr. Mehr als sechs Millionen Menschen sind weltweit im Zuge der Pandemie verstorben. In Deutschland infizierten sich mehr als 22 Millionen Menschen mit dem Coronavirus; 131 000 von ihnen sind verstorben (Stand: 07.04.2022).

Es macht aber Mut, festzustellen, dass unser Gesundheitswesen Dank des unermüdlichen Einsatzes von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Medizinischen Fachangestellten weitgehend gut mit den Herausforderungen der Pandemie fertig geworden ist.

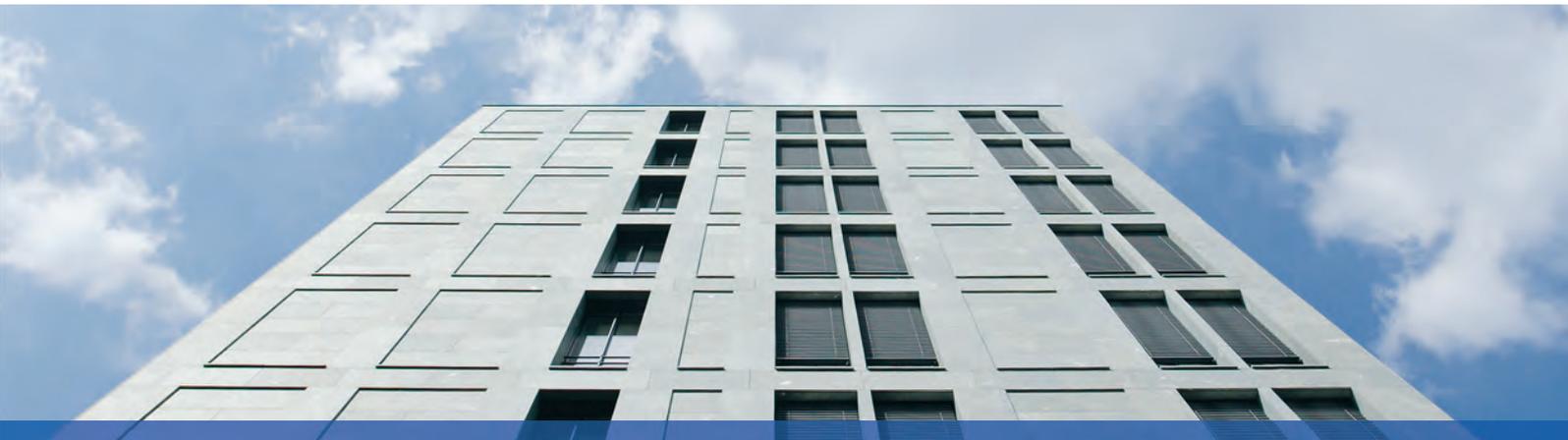
Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich weiß, dass viele von Ihnen seit Monaten überdurchschnittlich belastet sind und persönliche Bedürfnisse zurückstellen. Für Ihr großes Engagement möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken!

Auch wenn wir voraussichtlich einen Sommer mit niedrigeren Fallzahlen vor uns haben, ist die Pandemie noch nicht vorbei. Deren Bewältigung wird die Politik auch in diesem Jahr prägen. Trotzdem darf dabei der strukturelle Reformbedarf in fast allen Bereichen unseres Gesundheitswesens nicht aus dem Blick geraten. Wir erwarten eine klare Agenda des Bundesgesundheitsministeriums, wann und wie diese Reformbaustellen angegangen werden sollen.

Wir bieten der Politik hierfür unsere Zusammenarbeit an.

Unmittelbar vor der Bundestagswahl hat die Bundesärztekammer Kernforderungen an ein gesundheitspolitisches Sofortprogramm an die künftige Bundesregierung gestellt. In dem Papier werden prioritäre Handlungsfelder aufgelistet und konkrete Vorschläge für erforderliche gesetzgeberische Maßnahmen unterbreitet. Dabei reicht das Themenspektrum von Reformen im Bereich der Krankenhausplanung und -vergütung über die Neuorganisation der Notfallversorgung, Strukturreformen im Öffentlichen Gesundheitsdienst bis hin zu effektiven Maßnahmen gegen die zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.

In einer der ältesten Gesellschaften der Welt mit einem steigenden medizinischen Versorgungsbedarf kommen der Fachkräftesicherung sowie der ärztlichen Nachwuchsförderung besondere Bedeutung zu. Konkret bedeutet das, neben einer deutlichen Aufstockung der Studienplätze in der Humanmedizin, attraktive berufliche Rahmenbedingungen in Kliniken und Praxen zu schaffen, um frisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in der kurativen Medizin zu halten. Beispielhaft genannt seien hier arztentlastende Maßnahmen, Bürokratieabbau,



bessere Rahmenbedingungen für den Berufs- (Wieder)einstieg und gleichermaßen sektorenverbindende wie multiprofessionell ausgelegte innovative Versorgungsformen.

Wir werden uns auf dem 126. Deutschen Ärztetag ausreichend Zeit nehmen, um über Handlungsnotwendigkeiten zu beraten, wie der Versorgungsbedarf in einer Gesellschaft des langen Lebens gedeckt werden könnte. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie führt uns drastisch vor Augen, dass eine ausreichende Personalausstattung im Gesundheitswesen kein Luxus ist, sondern essenziell für das Wohlergehen der gesamten Gesellschaft.

Der vorliegende Tätigkeitsbericht soll Ihnen einen Einblick in die gesundheits- und berufspolitische Arbeit der Bundesärztekammer geben. Diese war auch in diesem Berichtsjahr wieder vom akuten Corona-Krisenmanagement der Politik geprägt, in das die Bundesärztekammer eng eingebunden war. Im Fokus standen aber auch viele weitere wichtige gesundheits-, berufs- und auch gesellschaftspolitische Themen, wie der Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid, die Digitalisierung des Gesundheitswesens oder auch die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels. Alle diese Themen werden uns im laufenden Jahr weiter beschäftigen.

Niemand kann derzeit mit Sicherheit sagen, wann wir zum vorpandemischen Alltag zurückkehren werden. Lassen Sie uns trotzdem mit Zuversicht in die Zukunft schauen. Gemeinsam werden wir diese Krise bewältigen und unser Gesundheitswesen für die Zukunft stärken. Davon bin ich fest überzeugt.



© Die Hoffotografen GmbH

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich,  
Ihr

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages



(\*) Die Onlineversion  
des Tätigkeitsberichts  
kann unter [www.baek.de](http://www.baek.de)  
abgerufen werden.

Die BÄK im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs

# Gesundheitspolitik zwischen Alpha und Omikron



In Paragraph drei der Straßenverkehrsordnung ist das sogenannte Sichtfahrgebot niedergelegt. Danach hat der Fahrzeugführer seine Geschwindigkeit den Sichtverhältnissen anzupassen, damit er rechtzeitig auf unvorhergesehene Ereignisse und Hindernisse reagieren kann.

In der Corona-Pandemie gehört das Fahren auf Sicht seit gut zwei Jahren zum Krisenmanagement von Bund und Ländern. Das ist nicht per se schlecht. Gerade im ersten Pandemiejahr war es aufgrund mangelnder Daten und Erfahrungen besonders wichtig, die Lage täglich neu zu bewerten, schnell zu handeln und aus Fehlern zu lernen.

Konkret bedeutete dies, dass Bund und Länder pandemiebedingte gesetzliche Neuregelungen mit einer bis dahin nicht gekannten Geschwindigkeit durch die Parlamente brachten. Dabei war die hohe administrative Schlagzahl im Zuge des Krisenmanagements nicht nur für den Gesetzgeber fordernd, sondern auch für die am politischen Meinungsbildungsprozess beteiligte organisierte Zivilgesellschaft, zu der die Bun-

desärztekammer (BÄK) als eine der wichtigsten Akteure in der Gesundheitspolitik zählt.

Das hohe gesetzgeberische Tempo setzte sich im zweiten Pandemiejahr fort. Dabei wurde die Bundesärztekammer als Interessensvertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland bei nahezu allen relevanten Entscheidungen des Gesetz- und Verordnungsgebers im Zuge des Corona-Krisenmanagements eingebunden oder zumindest angehört. Bei vielen Gesetzesvorhaben konnte sich die BÄK mit guten Argumenten Gehör verschaffen und wichtige Kurskorrekturen durchsetzen.

Beispielhaft genannt seien hier das Gesetz zur Verlängerung der epidemischen Lage, die Coronavirus-Impfverordnung oder die Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Auch jenseits der Pandemie beschäftigt sich die Bundesärztekammer mit zahlreichen weiteren Vorhaben des Gesetz- und Verordnungsgebers, wie beispielsweise mit der Reform der ärztlichen Approbationsordnung, mit dem Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz oder dem

Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz.

In nüchternen Zahlen ausgedrückt, bedeutet das für das Jahr 2021: Mehr als 64 schriftliche Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen und zu Initiativen des Gemeinsamen Bundesausschusses, weitere 26 Stellungnahmen zur Arzneimittelnutzenbewertung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie zahlreiche Positionspapiere, Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinienarbeit im gesetzlichen Auftrag – medial begleitet und flankiert durch persönliche Gespräche auf Politik- und Arbeitsebene.

Dabei vertrat die Bundesärztekammer immer wieder auch unbequeme Positionen. So gehörte sie zu den ersten Organisationen aus dem Gesundheitswesen, die bei allem Verständnis für das „Auf-Sicht-Fahren“ im ersten Pandemiejahr, im Jahr 2021 eine Langfriststrategie für das Krisenmanagement einforderten.

Die Politik lasse sich zwar von Experten aus der Wissenschaft beraten. Aber die Zusammensetzung dieser Runden wechsele ständig und mitunter sei auch nicht klar, nach welchen Kriterien die Fachleute ausgewählt würden, kritisierte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bereits im Januar 2021 gegenüber der Rheinischen Post (23.01.2021). Im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt (11.01.2021) sprach er sich unter anderem für die Einsetzung eines multiprofessionell zusammengesetzten Pandemierats bei der Bundesregierung aus. „Dieses Gremium könnte strategische Entscheidungen der Politik vorbereiten. Auch wenn dies ein aufwendiges Verfahren ist, würde es die Akzeptanz in der Bevölkerung für die Anti-Corona-Maßnahmen stärken“, sagte Reinhardt.

Die Bundesärztekammer hatte da bereits vorge-macht, wie es geht, und Ende 2020 einen Ärztlichen Pandemierat gegründet. Die Mitglieder des Rats sind nicht nur wissenschaftlich gut aufgestellt, sie arbeiten tagtäglich in den unterschiedlichen Bereichen der Patientenversorgung und der Virusbekämpfung. Diese Zusammensetzung ist in Deutschland einmalig. Thematisch befasste sich das Gremium unter anderem mit der weiteren Ausgestaltung von Schutzkonzepten für Risikogruppen, mit der Weiterentwicklung der Corona-Teststrategie, aber auch mit Möglichkeiten, trotz Corona den

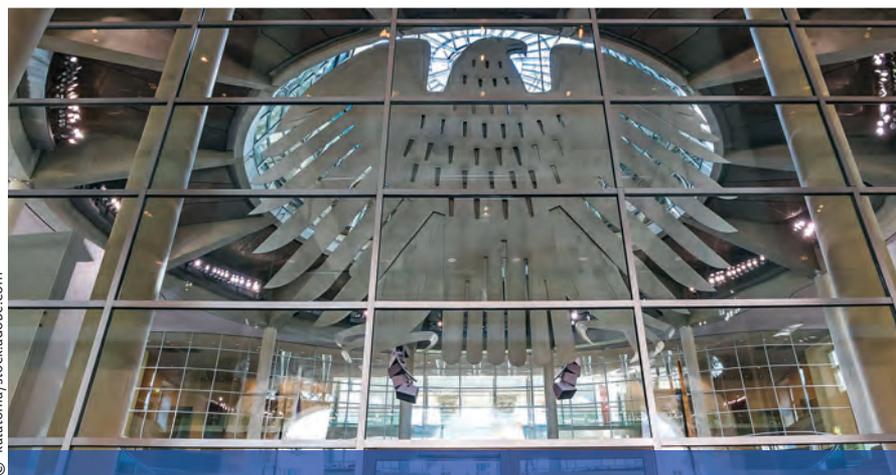
Zugang zu weiterer medizinischer Akutversorgung sicherzustellen.

## Teststrategie notwendig

Das Fehlen einer Langfriststrategie für das Krisenmanagement wurde im Jahresverlauf auf vielfältige Weise deutlich. Besonders eklatant waren die Auswirkungen bei der Umsetzung der Impfkampagne sowie bei der Etablierung flächendeckender Testangebote in Deutschland.

Dass zu Jahresbeginn sogenannte Antigen-Schnelltests für den professionellen Einsatz sowie für den Laiengebrauch zur Verfügung stehen würden, war seit Monaten absehbar. Regelungen zur Beschaffung, Finanzierung und Priorisierung der anfangs limitierten Testkapazitäten wurden jedoch nicht rechtzeitig vorbereitet. Streit zwischen Bund und Ländern war damit vorprogrammiert.

Der Bund verwies darauf, dass sich die Länder um die Beschaffung der Tests kümmern müssten. Die Länder wiederum bemängelten, dass auf den Bund kein Verlass sei. Der damalige CSU-Generalsekretär Markus Blume übte deutliche Kritik am ehemaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU): „Man kann nicht die Verantwortung beim Testen auf die Länder schieben und sich selbst für komplett unzuständig erklären.“ Die Leidtragenden seien Schulen, Gastronomen, Ärzte oder Apotheker, die die Tests vor Ort umsetzen sollten. Auch der konkrete Umgang mit den Testergebnissen war unklar. Während die Discounter-Regale mit den Tests schnell leergekauft waren, war noch nicht geklärt, was bei einem positiven Ergebnis verpflichtend passiert. Eine Meldepflicht gab es nicht.



© katonian/stockadobe.com

Gegenüber dem Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ forderte Reinhardt zu Jahresbeginn, die damals neuen und noch nicht in großen Mengen verfügbaren Antigen-Selbsttests für Laien zunächst vor allem in Schulen und Kitas einzusetzen (20.02.2021). Denn gerade Kinder litten nach monatelangen Schulschließungen und Wechselunterricht unter dem Mangel an sozialen Kontakten. Auch in Restaurants oder Kinos könnten sie für zusätzlichen Schutz sorgen. Damals war noch nicht abzusehen, dass derlei Tests bis Jahresende als Zugangsbeschränkungen im Rahmen von 3G, 2G oder sogar 2G+ obligatorisch werden würden.

Dass Antigen-Schnelltests perspektivisch möglichst barrierearm und flächendeckend zur Verfügung gestellt werden sollten, war der Bundesärztekammer ein besonderes Anliegen. Mit der im Februar vorgelegten Coronavirus-Testver-

ordnung wurden solche Bürgertests zwar eingeführt, verfügbar sollte jedoch nur mindestens ein Test pro Woche und Bürger sein. Das werde kaum ausreichen, um die kommenden Öffnungsschritte mit der dafür notwendigen Sicherheit zu flankieren, merkte die BÄK in ihrer Stellungnahme zu dem Verordnungsentwurf an. Gerade an Schulen und Kitas würden mindestens zwei Tests benötigt werden, um Betreuungsangebote und Wechselunterricht für alle Altersstufen sicher anbieten zu können. Tatsächlich wurden in den kommenden Monaten mit steigenden Testkapazitäten allen Bürgerinnen und Bürgern de facto unbegrenzt kostenfreie Bürgertests zur Verfügung gestellt. Nach einer kurzen Aussetzung des Angebots im Herbst 2021 bekamen diese Tests zum Jahres-

## Impfkampagne startet holprig

ende aufgrund der seither geltenden 3G-, 2G- und 2G+-Regelungen eine besondere Bedeutung.

Noch nie sind so viele Menschen innerhalb kürzester Zeit gegen eine Krankheit geimpft worden wie gegen COVID-19. Die ersten Staaten hatten bereits im Dezember 2020 mit der Impfkampagne begonnen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gab am 5. Januar 2021 mit der Notfallzulassung von BNT162b2 Biontech/Pfizer den internationalen „Startschuss“. Einen Tag später wurde mRNA-1273 von Moderna in Europa zugelassen.

Ende Januar folgte AZD1222 von Astrazeneca und Mitte März der Einmalimpfstoff Ad26.COV2.S von Johnson & Johnson. Mit diesen vier Impfstoffen wurden bis Ende des Jahres 71,1 Prozent der deutschen Bevölkerung geimpft. Weltweit haben Ende 2021 mehr als 4,4 Milliarden Menschen eine oder mehrere Dosierungen von mittlerweile 23 verschiedenen Impfstoffen erhalten. Das sind etwa 56 Prozent der Weltbevölkerung. Schätzungen zufolge haben die Impfungen im Jahr 2021 allein in den Vereinigten Staaten und in Europa mindestens 750 000 Menschenleben gerettet.

In Deutschland verlief der Start der Impfkampagne holprig. Der damalige Bundesgesundheitsminister Spahn hatte Mitte Januar um Verständnis gebeten: Es könne bei der größten Impfkampagne der Geschichte am Anfang „ruckeln“. Doch Wochen und Monate später war aus dem anfänglichen Ruckeln ein Dauerzustand geworden. Die Gründe dafür waren vielfältig. Zu spät und zu wenig geordnete Impfdosen, Chaos bei der Terminvergabe und logistische Verzögerungen bei der Fertigung führten bei vielen Bürgerinnen und Bürgern zu Frust. Das Bild von Deutschland als Musterland der Krisenbewältigung bekam erste Risse.

Besserung sollte ein sogenannter Impfgipfel mit Vertretern aus Bund und Ländern sowie der Impfstoffhersteller bringen. Vor dem Gipfel hatte BÄK-Präsident Reinhardt im Januar die kurzfristige Nutzung freier Produktionskapazitäten bei Pharmaunternehmen gefordert, die nicht selbst Corona-Impfstoffe herstellen. „Es ist immer besser, miteinander zu reden, statt



© Andreas Prott/stock.adobe.com

ordnung wurden solche Bürgertests zwar eingeführt, verfügbar sollte jedoch nur mindestens ein Test pro Woche und Bürger sein. Das werde kaum ausreichen, um die kommenden Öffnungsschritte mit der dafür notwendigen Sicherheit zu flankieren, merkte die BÄK in ihrer Stellungnahme zu dem Verordnungsentwurf an. Gerade an Schulen und Kitas würden mindestens zwei Tests benötigt werden, um Betreuungsangebote und Wechselunterricht für alle Altersstufen sicher anbieten zu können. Tatsächlich wurden in den kommenden Monaten mit steigenden Testkapazitäten allen Bürgerinnen und Bürgern de facto unbegrenzt kostenfreie Bürgertests zur Verfügung gestellt. Nach einer kurzen Aussetzung des Angebots im Herbst 2021 bekamen diese Tests zum Jahres-

übereinander. Deshalb ist es sinnvoll, wenn sich Bund und Länder gemeinsam mit den Impfstoffherstellern über Wege aus der Krise abstimmen“, sagte er der Rheinischen Post (29.01.2021). Unabhängig von vertragsrechtlichen Fragen über zugesagte Liefermengen und Liefertermine müssten jetzt pragmatische Lösungen gefunden werden, um die Produktion von Impfstoffen schnellstmöglich hochzufahren und deren Verteilung zu beschleunigen.

Wenngleich zu diesem Zeitpunkt alles andere als sicher war, ob in absehbarer Zeit ausreichend Impfstoffe zur Verfügung stehen würden, drängte die BÄK darauf, neben den Impfzentren auch die Arztpraxen in Deutschland in die Impfkampagne einzubeziehen.

„Wenn die Hersteller ihre Lieferzusagen einhalten, stehen von Ostern an größere Impfstoffkapazitäten zur Verfügung. Die Einbeziehung der Praxen in die Impfkampagne verhindert, dass es bei den Verimpfungen zu Verzögerungen oder sogar Staus kommt“, sagte Reinhardt. Besonders für hochbetagte Menschen seien Impfmöglichkeiten durch ihnen vertraute Ärztinnen und Ärzte in ihrem Wohnumfeld eine große Erleichterung. Diese auch von anderen ärztlichen Verbänden geäußerten Forderungen wurden auf dem Impfgipfel im März von Bund und Ländern eingehend diskutiert und schließlich auch erfüllt.

Zu diesem Zeitpunkt galt in Deutschland noch eine strikte zeitliche Priorisierung der zur Impfung berechtigten Bevölkerungsgruppen. Hochbetagte und Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen kamen zuerst zum Zuge, es folgten die darunter liegenden Altersstufen sowie Angehörige ausgewählter, besonders gefährdeter beziehungsweise relevanter Berufsgruppen.

Machte diese Priorisierung in den Anfangsmonaten noch Sinn, weil zu wenig Impfstoff zur Verfügung stand und fast ausschließlich in den großen Impfzentren geimpft wurde, änderten sich die Rahmenbedingungen mit der Einbeziehung der Arztpraxen in die Impfkampagne.

Unmittelbar vor dem Impfstart im niedergelassenen Bereich Anfang April plädierte Reinhardt für eine Abkehr von der strikten Impfpriorisierung. „Sobald wir ausreichend Impfstoff für alle haben, sollten Haus- und Fachärzte auch selbst über die Impfreihefolge entscheiden dürfen.

Sie wissen am besten, welche ihrer Patienten besonders gefährdet sind“, sagte er (10.03.2021). Zu viele Vorgaben und Prüfverfahren würden nur unnötig aufhalten. Das sollte unbedingt vermieden werden. Unterstellungen, Ärztinnen und Ärzte könnten ihnen gut bekannte Patienten bei den Impfungen bevorzugen, wies Reinhardt in einem Interview mit WeltTV (10.03.2021) scharf zurück. Priorisierungen je nach Gefährdung und Schweregrad einer Erkrankung gehörten zum ärztlichen Berufsalltag. Die Menschen könnten darauf vertrauen, dass Ärztinnen und Ärzte solche Entscheidungen nach rein medizinischen Kriterien fällen.

Um das Impftempo zu beschleunigen, sprach sich die BÄK zudem dafür aus, alle approbierten Ärztinnen und Ärzte in die Impfkampagne einzubeziehen. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Ände-



rung der Coronavirus-Impfverordnung forderte die BÄK, dass neben den Haus- und Fachärzten auch die privatärztlich Tätigen sowie die Betriebsärzte so schnell wie möglich in die entsprechenden Strukturen eingebunden werden müssen. Auch dieses Anliegen fand Gehör in der Politik.

Dies galt jedoch nicht für die frühzeitigen Warnungen der Bundesärztekammer, den zusätzlichen Bedarf an Impfstoff für die ab Herbst anstehenden Boosterimpfungen zu unterschätzen. Für diese Auffrischimpfungen brauche es zudem Strukturen, die die Praxen, vor allem in den Herbstmonaten, bei Bedarf entlasten können. So sollten zum Beispiel die Impfzentren nicht voreilig aufgelöst werden.

Gegenüber der Tageszeitung „Die Welt“ (08.06.2021) betonte Reinhardt: „Wir müssen uns jetzt Gedanken machen, wie wir die Auffrischimpfungen parallel zu den Erst- und Zweitimpfungen organisieren. Notwendig ist, jetzt den Bedarf für die Auffrischimpfungen zu kalkulieren und ihn bei der Impfstoffbeschaffung zu berücksichtigen.“

Lag im ersten Halbjahr der Bedarf an Impfstoff deutlich über dem Angebot, verkehrte sich die Situation ab dem Sommer allmählich. Umso wichtiger wurde es, mit einer durchdachten Informationskampagne und niedrigschwelligen Impfangeboten möglichst alle Bevölkerungsgruppen gezielt anzusprechen.

Bis zum Sommer waren die meisten Menschen, die sich noch nicht hatten impfen lassen, mehrheitlich keine radikalen Impfverweigerer. Befragungen zeigten, dass sich viele mit dem Thema noch nicht ernsthaft auseinandergesetzt hatten oder die Entscheidung vor sich herschoben.

Die Bundesärztekammer forderte deshalb eine konsequente Aufklärung aller Bevölkerungs- und Altersgruppen. Gerade um sozial schwächere Gruppen zu erreichen, bedürfe es mehr Präsenz direkt vor Ort. „Wir haben noch eine Menge Potenzial im Hinblick auf Informationskampagnen, zum Beispiel vor den großen Nachrichtensendungen des öffentlich rechtlichen Fernsehens“, sagte Reinhardt dem ARD-Magazin Brisant (28.07.2021). Die Spots könnten auch über soziale Medien verbreitet werden. Wichtig sei es, die Informationen verständlich aufzubereiten, damit Menschen den Nutzen der Impfungen für sich selbst und die gesamte Gesellschaft verstehen könnten.

„Entscheidend ist vor allem, dass wir in Deutschland die vier Millionen Menschen über 60 Jahre erreichen, die noch nicht geimpft sind. Denn diese Altersgruppe ist erheblich gefährdet“, sagte er in der „Aktuellen Stunde“ des WDR (05.09.2021). Gegenüber dem „Spiegel“ (30.10.2022) warnte Reinhardt davor, dass viele Menschen Fake News aufsitzen. „Es ist höchste Zeit, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine richtige Aufklärungskampagne startet. Wir müssen Schluss machen mit Fehlinformationen über angebliche Unfruchtbarkeit oder andere Spätfolgen durch das Impfen.“

Im November verschärfte sich die Infektionslage deutlich und die Intensivstationen kamen allmählich an ihre Belastungsgrenze. Im Stern-Podcast „heute wichtig“ (02.12.2021) wies die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Ellen Lundershausen, darauf hin, dass sich die angespannte Versorgungslage auch auf Patientinnen und Patienten auswirkt, die nicht an Corona erkrankt sind, deren geplante Operationen aber verschoben werden müssen. „Wenn wir von elektiven Eingriffen sprechen, dann meinen wir geplante Operationen, z. B. bei Herz- und Tumor-Patienten. Je länger solche Eingriffe hinausgeschoben werden müssten, desto schlechter ist die Prognose“, warnte Lundershausen.

Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pflegeverbände und Medizinische Fachangestellte wendeten sich deshalb mit dem dringenden Appell an Bund und Länder, Sofortmaßnahmen zu veranlassen, um eine Überlastung des Gesundheitswesens zu verhindern (12.11.2021). Unter anderem sollten für den Zugang zu Angeboten des Öffentlichen Lebens bundesweit und einheitlich 2G-Regelungen als zwingende Zutrittsvoraussetzungen etabliert werden. Für Aktivitäten mit besonders hohem Infektionsrisiko sollten Antigen-Schnelltests zusätzlich zur 2G-Regelung (2G+) obligatorisch werden. Diese und weitere Infektionsschutzmaßnahmen wurden schließlich bis Januar 2022 schrittweise eingeführt und liefen erst im Frühjahr 2022 aus.

## Unzureichende Datenlage

„Die Vorhersage war richtig, bloß das Wetter war falsch.“ Was die Treffsicherheit von Prognosen des Infektionsgeschehens angeht, lässt sich dieses Bonmot aus der Meteorologie auch auf die vergangenen beiden Corona-Pandemiejahre übertragen. Art und Umfang der einzelnen Infektionswellen, die Schutzwirkung der unterschiedlichen Corona-Eindämmungsmaßnahmen sowie die Effekte der Impfkampagne waren und sind kaum zu prognostizieren. So hängt die Infektionsentwicklung von zu vielen, sich untereinander beeinflussenden Faktoren ab, um sie langfristig genau vorherzusagen zu können. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass insbesondere Deutschland über zu wenig eigene Daten zum Infektionsgeschehen verfügt.

Bund und Länder standen bei der Einführung von Corona-Schutzmaßnahmen oder deren Lockerung wiederholt vor dem teilweise selbst verschuldeten Problem, dass die Datenlage meistens viel zu dünn war, um Bedarf und Auswirkungen insbesondere von massiv grundrechtseinschränkenden Corona-Schutzmaßnahmen verlässlich einschätzen zu können.

Die Bundesärztekammer hat hier früh Nachbesserungen angemahnt. So begrüßte sie zwar das Vorhaben des Gesetzgebers, die molekulargenetische Surveillance des Coronavirus zu verbessern. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf für eine entsprechende Verordnung merkte die BÄK jedoch an, dass das Ziel der Genomsequenzierung zwar „grob umrissen wird, etwa mit Hinweis auf eine bessere systematische Erforschung hinsichtlich der Eigenschaften der verschiedenen Virusvarianten“. Offen bleibe jedoch, welche „gezielten Maßnahmen“ daraus ableitbar sind.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die Ziele der Testungen möglichst klar beschrieben sein, da für die Tests öffentliche Gelder verwendet würden. Deshalb regte sie die Formulierung einer bundeseinheitlichen Strategie an, in der gezielte bzw. anlassbezogene und dabei wissenschaftlich begründete Sequenzierungen beschrieben werden. Zudem sollte die Strategie eine anlassunabhängige Surveillance fördern – im Sinne einer Stichprobe, die Rückschlüsse auf die Verbreitung bestimmter Virusmutanten in der Bevölkerung oder in bestimmten Bevölkerungsgruppen oder Regionen gibt.

Gegenüber dem RedaktionsNetzwerk Deutschland forderte BÄK-Präsident Reinhardt zudem öffentlich finanzierte Studien, „die endlich mehr valide Erkenntnisse über Ansteckungswege und das Infektionsgeschehen in unterschiedlichen Clustern verschaffen, zum Beispiel eine statistische Auswertung von Corona-Schnelltests in Schulen, Kitas und Betrieben (25.03.2021).

In den Zeitungen der Funke-Mediengruppe (22.04.2021) regte Reinhardt repräsentative Bevölkerungstests auf das Coronavirus an, wie es sie zum Beispiel in Großbritannien schon lange gibt. Mit den Daten könnte zum Beispiel der Immunitätsstatus differenziert nach Impfung und durchgemachter Covid-19-Erkrankung er-

hoben werden, erläuterte Reinhardt im Tagespiegel (08.10.2021).

## Ärztetage im Fokus der Medien

Dass zwei reguläre Deutsche Ärztetage in einem Jahr stattfanden, war ein Novum in der Geschichte der verfassten Ärzteschaft. Während der 124. Deutsche Ärztetag im Mai pandemiebedingt ausschließlich online stattfinden konnte, folgte der 125. Deutsche Ärztetag im November als Hybridveranstaltung. Verkürzt auf jeweils zwei Tage kamen die 250 Abgeordneten aus 17 (Landes-)Ärztzekammern im Mai ausschließlich virtuell zusammen. Im November traf sich die große Mehrheit der Abgeordneten im Berliner Estrel-Conventioncenter. Ein kleinerer Teil schaltete sich virtuell dazu.



Trotz der bislang ungewohnten Formate stießen beide Ärztetage auf eine große mediale Resonanz: Jeweils mehr als 150 Journalistinnen und Journalisten hatten sich für die Ärztetage akkreditiert und verfolgten per Livestream oder direkt vor Ort die berufspolitischen und medizinisch-ethischen Debatten. Unter ihnen waren Korrespondenten und Reporter von überregionalen Printmedien, deutschlandweiten öffentlich-rechtlichen und privaten Rundfunkanstalten, Nachrichtenagenturen, zahlreichen regionalen Rundfunksendern und Tageszeitungen sowie der Fachpresse.

Alle wichtigen Entscheidungen der Ärztetage wurden in Pressemitteilungen aufbereitet. Ergänzt wurden diese im YouTube-Kanal der Bundesärztekammer mit Video-Zusammenfassungen von Vorträgen und Gesprächen der Refe-

renten, Grußworten sowie vertiefenden Interviews. Twitter-Nutzer konnten den Ärztetag nahezu in Echtzeit verfolgen. Insgesamt 180 Tweets informierten die knapp 20 000 Follower von @BAEKaktuell live über die Ereignisse.

Große Aufmerksamkeit erhielt die Eröffnungsveranstaltung des 124. Deutschen Ärztetags mit einer Videobotschaft der damaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel sowie der Podiumsdiskussion mit BÄK-Präsident Reinhardt und dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister Spahn. Im Fokus der Berichterstattung standen vor allem die Top-Themen „Lehren aus der Covid-19-Pandemie“ und „ärztliche Suizidbeihilfe“. Allein die Tagesschau berichtete insgesamt zehnmal, der Deutschlandfunk siebenmal und die großen Tageszeitungen Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) und Süddeutsche Zeitung jeweils fünfmal innerhalb weniger Tage vom Online-Ärztetag.

Ausführlich berichteten die Medien von der gesundheitspolitischen Generalaussprache zu TOP I, in der insbesondere der durch die Pandemie deutlich gewordene gesundheitspolitische Handlungsbedarf diskutiert wurde. „Die Pandemie zeigt Defizite wie im Brennglas“ und „Gesundheitssystem geradezu kaputtgespart“ titelten Tagesschau und Dresdener Morgenpost.

Als „überfällige Mahnung“ bewertete das Main-Echo die Debatten mit Blick auf die anstehende Bundestagswahl. Die Ärzteschaft mache „den Gesundheitspolitikern hierzulande einmal mehr deutlich, dass nach den wohlfeilen Worten in diesen Corona-Monaten jetzt zwingend weitere Taten folgen müssen – und dass die Ärzte als eine wichtige Säule unserer Gesundheitsversorgung in diesem Bundestagswahljahr genau hinschauen werden, welche Parteien [...] wirklich etwas tun.“

Die Südwest Presse zollte der Ärzteschaft Anerkennung für ihren Einsatz in der Pandemie und darüber hinaus: „Wenn noch Imagewerbung für den Arztberuf nötig gewesen sein sollte, hat die Pandemie dafür gesorgt. Zusammen mit den Pflegekräften gelten die Mediziner als die, die seit Monaten an vorderster Front gegen Covid-19 stehen und die Grenzen der eigenen Belastbarkeit immer wieder austesten mussten. Die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen fortzuentwickeln, es zukunftssicher zu machen, bleibt.“

Mit Spannung war von den Medien die Debatte zum ärztlich assistierten Suizid erwartet worden. Aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum assistierten Suizid mussten die berufsrechtlichen Regelungen für Ärztinnen und Ärzte zur Suizidhilfe geändert werden. Bis dato hieß es in § 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung: „Sie [Ärztinnen

## Ausblick

### 126. Deutscher Ärztetag

Der diesjährige Deutsche Ärztetag findet vom 24. bis 27. Mai 2022 in Bremen statt. Bis zum Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichts ist er als Präsenzveranstaltung geplant. Einen Schwerpunkt der Beratungen wird der sektorenübergreifende Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Gesundheitsversorgung bilden. Unter dem Titel „Ärztlicher Versorgungsbedarf in einer Gesellschaft des langen Lebens“ werden die Abgeordneten unter anderem Möglichkeiten und Wege diskutieren, wie die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit verbessert und damit auch die ärztliche Nachwuchsförderung unterstützt werden können.

Beispielhaft genannt seien arztentlastende Maßnahmen, Bürokratieabbau, bessere Rahmenbedingungen für den Berufs-(Wieder)einstieg sowie der sinnvolle und ressourcenschonende Einsatz ärztlicher Arbeitszeit. Vor-

gestellt werden in diesem Zusammenhang die bisherigen Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“, die beauftragt war zu prüfen, ob und wie eine quantitative Herleitung patienten- und aufgabengerechter Personalvorgaben vorgenommen werden kann.

In einem weiteren Schwerpunktthema wird sich der 126. Deutsche Ärztetag gemeinsam mit hochkarätigen externen Referenten damit befassen, wie sich die Corona-Pandemie körperlich und seelisch auf Kinder und Jugendliche auswirkt. Darüber hinaus werden die Abgeordneten wichtige berufspolitische und medizinisch-ethischen Themen erörtern.

Aktuelle Informationen stehen auf der Website der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de)) zur Verfügung.

und Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Dieser Satz wurde ersatzlos gestrichen. Es entspreche ganz überwiegender Auffassung, dass § 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung in seiner bisherigen Fassung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht aufrechterhalten werden könne, begründete das Ärzteparlament seine Entscheidung. Die Streichung ändert nach Überzeugung des Ärztetages aber nichts daran, dass „ärztliches Handeln von einer lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt ist“.

Die öffentliche Resonanz auf diese Entscheidung war enorm. Mehr als 40 Medien übernahmen eine Agenturmeldung unter dem Titel: „Verbot der Suizidhilfe aus Ärzte-Berufsordnung gestrichen“. Der Tagesspiegel wertete die vierstündige Dauer der Debatte als Beleg dafür, „wie wichtig die Delegierten das Thema nahmen“. Als „wertvollen Beistand“ wertete die Südwest Presse den Beschluss. Sie begrüßte, dass nun der Weg „endgültig frei“ sei für eine sinnvolle Regelung durch den Bundestag.

## Kommerzialisierung und Klimawandel

Der 125. Deutsche Ärztetag im November fiel zeitlich mitten in die Koalitionsverhandlungen der neuen Bundesregierung. Entsprechend groß war auch bei dieser Veranstaltung die mediale Resonanz. Neben Print-, Hörfunk- und Onlinejournalisten drehten fünf Fernseherteams vor Ort. Allein die ARD-Tagesschau berichtete zehnmal, WDR und Bayerischer Rundfunk jeweils fünfmal und das ZDF viermal vom Hybrid-Ärztetag.

Im Fokus der Medienberichte standen die Warnungen des Ärzteparlamentes vor der zunehmenden Kommerzialisierung und dem damit verbundenen Kostendruck sowie dem bedrohlichen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. So titelte Zeit-online: „Ärzte fordern Abkehr von Renditedenken“ und zitierte aus der Eröffnungsrede des BÄK-Präsidenten: „Krankenhäuser sind keine Industriebetriebe, und Ärzte und Patienten sind keine Glieder einer Wertschöpfungskette“.

Auch das RedaktionsNetzwerk Deutschland betonte: „Ärzte wollen neue Klinikfinanzierung: Krankenhäuser sind keine Industriebetriebe“. „Pandemie legt Finger in die Wunden des Gesundheitssystems“, hieß es beim Bayerischen Rundfunk.



Die Fuldaer Zeitung kommentierte: „Der Groll wird größer und größer. In Deutschland herrscht ein extremer Personalmangel im Gesundheitswesen. Das ist gewiss nichts Neues. [...] Die Branche schreit unentwegt nach Reformen. Nach fairen Löhnen. Nach mehr Entlastung. Nach mehr Anerkennung. [...] Die Belastungsgrenzen sind längst erreicht. Die Arbeitsbedingungen lassen zu wünschen übrig. [...] Es ist höchste Zeit. [...] Im gesamten Gesundheitswesen bedarf es mehr Wertschätzung. Nur so rücken neue und motivierte Fachkräfte nach. Und nicht zuletzt: Das Gesundheitssystem muss auf Prävention umgestellt werden. Denn nur, wenn wir alle gesünder werden, kann der drohende Kollaps aufgehalten werden“.

Auf der Tagesordnung des Ärztetages stand zudem die Wahl einer Vizepräsidentin oder eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer. Am 15. März 2021 war die seit 2019 amtierende Vizepräsidentin Dr. Heidrun Gitter nach langer schwerer Krankheit im Alter von 60 Jahren verstorben (siehe Nachruf S. 17). Zu ihrem Nachfolger wurde Dr. Günther Matheis gewählt. In seiner Bewerbungsrede hatte der Trierer Thoraxchirurg und Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz angekündigt, sich für den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit einsetzen zu wollen. Dazu gehöre, dass Fremdinvestoren im Gesundheitswesen nicht überhandnehmen. „Lassen Sie uns gemeinsam wachsam sein“, forderte er in seiner Wahlrede.

Positiv reagierten die Medien auch auf die leidenschaftlich – mitunter emotional – geführte

Debatte zum zweiten großen Schwerpunkt-Thema des Ärztetages: „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“. „Wir müssen nicht das Klima retten, sondern uns“, fasste der WDR zusammen. Nicht selten werde „Klimaschutz“ als Synonym für Verzicht und Einschränkung verwendet.

Das Deutsche Ärzteblatt bewertete die Botschaft „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ positiv. Mit ihr könne man die Bevölkerung erreichen. „Und wer könnten bessere Vorbilder und Vermittler sein als Ärztinnen und Ärzte, die ein großes Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten haben?“

## Hilfsbereitschaft nach Flutkatastrophe

Deutschland wurde im Sommer 2021 mit den katastrophalen Überschwemmungen im Ahr-tal und anderen Teilen Deutschlands schmerzhaft vor Augen geführt, welche verheerenden Auswirkungen Extremwetterereignisse haben können. Ärztinnen und Ärzte haben sich in den Katastrophengebieten mit ganzer Kraft für die Aufrechterhaltung der Patientenversorgung eingesetzt. Viele von ihnen waren selbst betroffen und haben die Bewältigung ihrer eigenen Notlage hintenangestellt, um anderen zu helfen.

Gemeinsam mit den (Landes-)Ärztzekammern aus den betroffenen Hochwassergebieten hat die Bundesärztekammer einen Spendenaufruf gestartet. „Viele Kolleginnen und Kollegen stehen buchstäblich vor den Trümmern ihrer Existenz. Helfen Sie mit, ihre Existenzen zu sichern – und damit auch die ärztliche Versorgung vor Ort“, betonten BÄK-Präsident Reinhardt sowie die Kammerpräsidenten Dr. Günther Matheis (Rheinland-Pfalz), Rudolf Henke (Nordrhein) und Dr. Hans-Albert Gehle (Westfalen-Lippe) in dem gemeinsamen Aufruf.

## Herausfordernder Regierungswechsel

Ein Regierungswechsel ist nicht nur für den Parlamentsbetrieb und für die Arbeit der Ministerien eine tiefe Zäsur, auch die politische Interessenvertretung muss sich auf das neue Personal und die gegebenenfalls geänderte politische Marschrichtung einstellen. So war es auch nach der Bundestagswahl im Herbst 2021.

Neu waren nicht nur zahlreiche Ministerinnen und Minister, auch viele Experten an den Schaltstellen der Ministerialverwaltung wechselten. Im Parlament sortierten sich die Ausschüsse neu, Abgeordnete gingen, neue kamen hinzu. Solche Umbruchzeiten sind auch für die politische Interessenvertretung herausfordernd. Vor allem aber muss sie frühzeitig Handlungsfelder benennen, die von der neuen Regierung prioritär bearbeitet werden sollten.

Anlässlich der beginnenden Koalitionsverhandlungen am 19. Oktober 2021 hat die Bundesärztekammer auf einer Pressekonferenz Kernforderungen an ein gesundheitspolitisches Sofortprogramm der neuen Bundesregierung vorgestellt. In dem Papier „12 Punkte, die die neue Bundesregierung in der Gesundheitspolitik sofort angehen muss...“ listet die BÄK prioritäre Handlungsfelder auf und unterbreitet konkrete Vorschläge für erforderliche gesetzgeberische Maßnahmen.

Dabei reicht das Themenspektrum von Reformen im Bereich der Krankenhausplanung und -vergütung über die Neuorganisation der Notfallversorgung in Deutschland, Strukturformen im Öffentlichen Gesundheitsdienst bis hin zu effektiven Eindämmungsmaßnahmen gegen die zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.

Eine weitere wesentliche Forderung ist und bleibt die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), für die sich die Bundesärztekammer auch in einem Schreiben an die Unterhändler der Koalitionsverhandlungen eingesetzt hat. Ob und wann das Bundesgesundheitsministerium als zuständiger Verordnungsgeber die Novelle auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlags von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe endlich in Angriff nehmen wird, ist bis zum Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichts offen. Die Bundesärztekammer hat aber keinen Zweifel daran gelassen, sich auf Bundes- und Landesebene für eine rasche Novelle der GOÄ einzusetzen. ■



Unvergessen

# Zum Tod von Dr. Heidrun Gitter

Nach schwerer Krankheit und dennoch überraschend ist Dr. Heidrun Gitter, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, am 15. März 2021 gestorben. Sie wurde 60 Jahre alt. „Die Ärzteschaft in Deutschland trauert um eine sehr liebenswürdige Kollegin und leidenschaftliche Kämpferin für ein patientengerechtes Gesundheitswesen“, sagte damals Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt.

Gitter habe sich für die dafür notwendigen humanen ärztlichen Arbeitsbedingungen mit größtem persönlichem Engagement in den Gremien der Selbstverwaltung wie auch gegenüber den politischen Institutionen eingesetzt. „Dieser stets beherzte berufspolitische Einsatz hat ihr die verdiente Anerkennung weit über ihren Berufsstand hinaus zu Teil werden lassen. Heidrun Gitter ist viel zu früh von uns gegangen. Wir werden ihr immer ein ehrendes Andenken bewahren“, sagte Reinhardt.

Mit Heidrun Gitter verliere man eine Persönlichkeit, die stets mit größtem persönlichem Einsatz, hohem Sachverstand, viel Optimismus und einer großen Portion Humor die Belange der Ärzteschaft vertreten habe, hieß es von der Ärztekammer Bremen, deren Präsidentin sie seit dem Jahr 2012 gewesen war.

Als Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Bremer Kammerpräsidentin hat sich Gitter unentwegt für humane Arbeitszeiten und die Akzeptanz von Teilzeitmodellen stark gemacht. Sie war eine Kritikerin überbordender Bürokratie und warb stets für die ärztliche Freiberuflichkeit.

Besonders engagierte sich Gitter für die ärztliche Weiterbildung. Ihr Ziel war eine zeitlich realistische, aber dennoch anspruchsvolle Weiterbildung. Stets ermutigte sie junge Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Haltung zu zeigen und sich gegen die Auswirkungen eines mehr und mehr kommerzialisierten Gesundheitswesens zu stellen.

Heidrun Gitter wurde am 16. Oktober 1960 in Bremen geboren. Sie studierte Humanmedizin und Rechtswissenschaften an der Universität



Quelle: BÄK

zu Köln sowie der Wayne State Medical School im US-amerikanischen Detroit.

Nach dem Erwerb des Facharztes für Chirurgie in Wiesbaden begann sie 1993 in der Kinderchirurgischen Klinik am Klinikum Bremen-Mitte. Seit 1996 war Heidrun Gitter dort Oberärztin, seit 2004 leitende Oberärztin. Ihre Anerkennung als Ärztin für Kinderchirurgie erhielt sie im Jahr 1999.

Daneben engagierte sich Heidrun Gitter leidenschaftlich in der Berufspolitik. So war sie seit 1996 Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen und gehörte seit dem Jahr 2000 dem Kammervorstand an. Im Januar 2008 wurde sie zur Vizepräsidentin und vier Jahre später zur Präsidentin der Ärztekammer Bremen gewählt. Im Mai 2019 wählten die Abgeordneten des 122. Deutschen Ärztetages in Münster Heidrun Gitter zur Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

Dem Bundesvorstand des Marburger Bundes gehörte sie insgesamt 12 Jahre an, von 1992 bis 2001 und von 2004 bis 2007. Von 1996 bis 2018 stand sie dem Landesverband Bremen des Marburger Bundes vor. ■

# Ärztlicher Pandemierat positioniert sich zu politischen Maßnahmen



© BASILICOSTUDIO STOCK/stock.adobe.com

disziplinen zusammenkommen, hat seine Arbeit fortgesetzt. In regelmäßigen Beratungen wurden aktuelle wissenschaftliche Kenntnisse mit Praxiserfahrungen aus unterschiedlichen Bereichen der Patientenversorgung zusammengeführt. Die Ergebnisse dienen der innerärztlichen Abstimmung und prägen Stellungnahmen, die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie den Austausch mit politischen Entscheidungsträgern. Es erfolgten zudem Vorschläge und Eingaben zur Forschungsförderung bei den zuständigen Bundesministerien.

In verschiedenen Arbeitsgruppen erarbeiteten Fachexperten spezifische Positionierungen, wie etwa das Thesenpapier der AG Teststrategie mit speziellen Ergänzungen unter anderem zu Antigen-Schnelltests und zur Professionalisierung in der SARS-CoV-2-Diagnostik (1). Ferner entwickelte die AG Ausstiegsszenario ein Positionspapier, in dem Empfehlungen für eine stufenweise Reduktion beschlossener Pandemie-Maßnahmen bei sinkenden Infektionszahlen dargestellt sind (2). Auch wurden die Ergebnisse genutzt, um die Ärzteschaft über neue Erkenntnisse in Diagnose und Therapie zu informieren (3). Darüber hinaus erweitert das Deutsche Ärzteblatt – in Zusammenarbeit mit der BÄK – sein Online-Informationsangebot zur Pandemie für Ärztinnen und Ärzte.

Kein anderes Thema wurde im Jahr 2021 in dem Maße öffentlich diskutiert wie die COVID-19-Pandemie. Entsprechend war auch die fachliche und politische Arbeit der Bundesärztekammer hiervon geprägt. Der überwiegende Teil der Stellungnahmen der BÄK bezog sich auf kurzfristig von der Bundesregierung oder dem Deutschen Bundestag eingebrachte Gesetzes- oder Verordnungsentwürfe zur Pandemie-Eindämmung.

Auch der im Jahr 2020 konstituierte Ärztliche Pandemierat der BÄK, in dem Expertinnen und Experten verschiedener medizinischer Fach-

Die Erfahrungen der BÄK mit der Arbeit des Pandemierats als Beratungs- und Austauschgremium sind auf großes politisches Interesse gestoßen. So hat die BÄK unter anderem als sachkundige Dritte zu Anfragen des Bundesverfassungsgerichts zu pandemiebedingten Triage-Situationen, Einschränkungen des Präsenzunterrichts und der „Bundesnotbremse“ Stellung genommen. ■



(1) <https://kurzelinks.de/yt37>

(2) <https://kurzelinks.de/ck6m>

(3) <https://kurzelinks.de/nott>

# Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Der Klimawandel wirkt sich auch in den gemäßigten Klimazonen immer mehr auf die Gesundheit aus und wird zu einer erheblichen Herausforderung für die Gesundheitssysteme. Basierend darauf beinhaltet eine der drei zentralen Forderungen des Policy Briefs für Deutschland aus dem Jahr 2019 (1) die Themen „Klimawandel und Gesundheit“ sowie „Planetary Health“ in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe zu integrieren.

Die Bundesärztekammer erstellt den Policy Brief für Deutschland seit 2019 gemeinsam mit dem Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung, der Berliner Universitätsklinik Charité, dem Helmholtz Zentrum München und dem internationalen Forschungsprojekt „The Lancet Countdown on Health and Climate Change“.

Die genannte Forderung aus dem Policy Brief Deutschland aus dem Jahr 2019 hat die BÄK bereits umgesetzt. So beschloss der 124. Deutsche Ärztetag im Mai 2021, die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit in die Allgemeinen Inhalte der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 aufzunehmen. Im Bereich der ärztlichen Fortbildung wurde im Jahr 2020 das Curriculum „Praktische Umweltmedizin“ um das umfassende Zusatzmodul „Klimawandel und Gesundheit“ erweitert. Zudem wurde für die Medizinischen Fachangestellten das Musterfortbildungscurriculum „Klimawandel und Gesundheit“ erarbeitet.

Dass die Ärzteschaft hier Vorreiter ist, belegt der Policy Brief 2021. Grundlegende Botschaft des Policy Briefs ist jedoch, dass das Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland bisher nur unzureichend für die gesundheitlichen Herausforderungen des Klimawandels gerüstet ist.

Aus diesem Grund hat sich der 125. Deutsche Ärztetag im November 2021 ausführlich mit dem Thema „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ befasst. Im Fokus standen dabei die



aus dem Klimawandel resultierenden Handlungsnotwendigkeiten. Als Ergebnis einer engagiert geführten Debatte forderten die Abgeordneten des Ärztetags eine nationale Strategie für eine klimafreundliche Gesundheitsversorgung. Zudem hat sich der Ärztetag dazu bekannt, dass das Gesundheitswesen selbst einen Beitrag zur Klimaneutralität leisten muss.

Bereits im Vorfeld des Ärztetages hatte die BÄK in ihrem Sofortprogramm zur Bundestagswahl (2) gefordert, dass die vielfältigen Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit deutlich stärker als bisher in der Klimapolitik von Bund und Ländern berücksichtigt werden müssen. Die Koalition aus SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und FDP hat in ihrem Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 angekündigt, eine nationale Klimaanpassungsstrategie mit messbaren Zielen in den Handlungsfeldern Hitzevorsorge sowie Gesundheits- und Allergieprävention und einen Nationalen Präventionsplan mit konkreten Maßnahmenpaketen zur Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden initiieren zu wollen. Auf der Grundlage der Ärztetags-Beschlüsse wird sich die BÄK hierbei aktiv einbringen. ■



(1) <https://kurzelinks.de/kb77>

(2) <https://kurzelinks.de/c3i7>

# BÄK bezieht Position für mehr Interprofessionalität

Auf Grundlage der vom Vorstand der Bundesärztekammer im August 2020 verabschiedeten „Thesen zur Kooperation zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen“\* fanden im Frühjahr 2021 drei Werkstattgespräche statt. Zu diesen hatte die Bundesärztekammer Sachverständige und Interessenvertreter von medizinischen Fachgesellschaften, Gesundheitsfachberufen sowie aus Wissenschaft, Politik, Krankenkassenversicherungen und Patientenorganisationen eingeladen.

2. Einer Übertragung der bisher von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommenen Aufgaben auf andere Gesundheitsfachberufe steht die Ärzteschaft grundsätzlich offen gegenüber, sofern dies nicht zu Qualitätsverlusten führt. Voraussetzung für eine Aufgabenübertragung ist demzufolge, dass die weiteren Gesundheitsfachberufe über die erforderlichen Kompetenzen verfügen.
3. Die Patientenversorgung wird zukünftig stärker als bisher von interdisziplinärem und teamorientiertem Zusammenwirken der Berufsgruppen geprägt sein.
4. Tätigkeiten, die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erfordern, müssen im Interesse der Patientensicherheit weiterhin der Ärzteschaft vorbehalten bleiben.

Die Bundesärztekammer hatte sich bereits im Rahmen des Strategieprozesses des Bundesgesundheitsministeriums zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich aktiv an dem Diskussionsprozess zur Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen und zu weiteren Verordnungskompetenzen und zu weiteren Verordnungskompetenzen, wie etwa bei der Verordnung von Pflegehilfsmitteln, beteiligt.

Insbesondere mit Blick auf den Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP erweisen sich die erarbeiteten Positionen der Bundesärztekammer als relevant. Beispielfähig sei auf das Vorhaben zur Schaffung eines allgemeinen Heilberufsgesetzes oder die Ankündigung eines Modellprojekts zum Direktzugang für therapeutische Berufe verwiesen. ■

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse stützen im Wesentlichen die im Thesenpapier dargelegten Positionen der BÄK. Exemplarisch dafür stehen folgende Kernaussagen:

1. Eine ganzheitliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung erfordert ein differenziertes Zusammenwirken aller Berufe im Gesundheitswesen.



© Hispanolistic/Stock



\* <https://kurzelinks.de/rbu>

# Vorschläge für eine zukunftsorientierte Arbeitsschutzstrategie

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet jeden Arbeitgeber, für eine arbeitsmedizinische Betreuung seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sorgen. Damit Arbeitgeber dieser Verpflichtung nachkommen können, bedarf es einer ausreichenden Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit einer arbeitsmedizinischen Qualifikation (Fachärzte für Arbeitsmedizin, Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin).

Die Arbeitgeber beklagen seit längerem einen Mangel an entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten. Dementsprechend wird in den Gremien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) über eine Novellierung der DGUV Vorschrift 2 beraten. Wesentliche Diskussionspunkte sind die vorgegebenen Einsatzzeiten und ihre Aufteilung auf Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Betriebsmediziner befürchten, dass es zu einer Reduktion betriebsärztlicher Betreuungszeit je Beschäftigten sowie zu einer Übertragung von Aufgaben auf andere Professionen kommen könnte.

Die Bundesärztekammer hat deshalb gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werkärzte die Task Force Arbeitsmedizin gebildet, um die aktuelle Situation zu evaluieren und Modelle für eine Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Versorgung zu entwickeln. Die ersten Ergebnisse sind in dem Konzeptpapier „Evaluation und Monitoring der arbeitsmedizinischen Versorgung“\* zusammengefasst.

Erfreulicherweise weisen die verfügbaren Zahlen auf eine positive Entwicklung bei der aktuellen Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit einer arbeitsmedizinischen Qualifikation und auch bei



der Nachwuchsgewinnung hin. Dennoch sieht die Task Force die Notwendigkeit, die Datenbasis weiter zu verbessern.

Bestätigt hat sich, dass insbesondere kleinere Betriebe in ländlichen Regionen beklagen, keinen Betriebsarzt, jedoch auch keine Fachkräfte für Arbeitssicherheit finden zu können.

Basierend auf den Ergebnissen empfiehlt die Task Force unter anderem ein kontinuierliches Monitoring. Ansätze zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Versorgung sollten vor allem bei Kleinst- und Kleinbetrieben ansetzen. Aufgeführt werden Überlegungen zu einem Zentrumsmodell, einem Unternehmermodell sowie zu telemedizinischen Lösungsansätzen. Die Modellprojekte sind wissenschaftlich zu begleiten. ■



\* [www.baek.de](http://www.baek.de)

# Neue Facharzt-Weiterbildung „Innere Medizin und Infektiologie“

Der 124. Deutschen Ärztetag 2021 hat die Etablierung einer eigenständigen Facharztkompetenz „Innere Medizin und Infektiologie“ im Gebiet Innere Medizin der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 (MWBO) beschlossen. Damit ist der Weg für eine flächendeckende Einführung einer infektiologischen Facharztqualifikation auch in Deutschland geebnet. In vielen anderen europäischen Ländern ist eine eigenständige Facharztbezeichnung bereits etabliert. Ziel ist, die Versorgungsqualität im Bereich der Infektiologie zu verbessern, insbesondere bei schweren und komplikativ verlaufenden Infektionskrankheiten.

## Digitale Formate in der Weiter- und Fortbildung

Während der Corona-Pandemie wurden neue Erfahrungen mit digitalen Formaten in Weiter- und Fortbildungskursen gemacht. Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ hat sich daher mehrfach mit der Frage befasst, wie digitale Lehr-/Lernformate auch über die Pandemiezeit hinaus in die (Muster-)Kursbücher (MKB) implementiert werden können. Insbesondere der didaktisch sinnvolle Einsatz virtuel-

ler Klassenräume und Fallbesprechungen, die Bearbeitung von Fallvignetten sowie die Anleitung praktischer Übungen über eine räumliche Distanz hinweg werden als alternative Form der Wissensvermittlung angesehen.

Diskutiert wird eine Differenzierung zwischen „physischer Präsenz“ (real-geografische/Vor-Ort-Präsenz), „virtueller Präsenz“, die durch das Agieren in Echtzeit über das Internet gekennzeichnet ist, und dem „E-Learning“, das sich durch mediengestütztes Lernen auszeichnet. Dazu sollen die diesbezüglichen Anteile in den jeweiligen MKB unter Berücksichtigung der Kursstruktur und -inhalte festgelegt werden.

Weiterbildungskurse können auch als Fortbildungsmaßnahme absolviert werden. Daher sind möglichst klare Definitionen der verwendeten Termini auch im Sinne eines einheitlichen Verständnisses erforderlich.

Die Kurs-Weiterbildungen werden sich in der Regel auch weiterhin aus theoretischen und praktischen Anteilen zusammensetzen. Handlungskompetenzen, die ein manuelles Handeln beziehungsweise aktive praktische Interaktion erfordern, sollen wie bisher ausschließlich in physischer Präsenz vermittelt werden.

## Befugnisse

Vor dem Hintergrund der Umsetzung der neuen MWBO haben sich die Weiterbildungsgremien intensiv mit dem Thema „Befugnis“ befasst und die entsprechenden, auf Bundesebene erarbeiteten Kriterien kritisch geprüft. Dabei tauschten sich die Ärztekammern über ihre Erfahrungen aus und erörterten verschiedene Fragestellungen unter kammer-spezifischen Gesichtspunkten. Das Thema wird die Gremien auch im Jahr 2022 begleiten. ■



© sdecoret/stock.adobe.com

# Neue Funktionalitäten umgesetzt

Das eLogbuch (eLB) ist weiter auf Erfolgskurs: Im Jahr 2021 erhöhte sich die Anzahl der Ärztekammern, die das eLB nutzen, von sechs (2020) auf zwölf von 17; zudem konnten am Jahresende rund 30 000 Nutzer registriert werden.

Der Fokus im Berichtsjahr lag auf der Weiterentwicklung der Webanwendung: Neue Funktionen sollen die Anwenderfreundlichkeit weiter erhöhen.

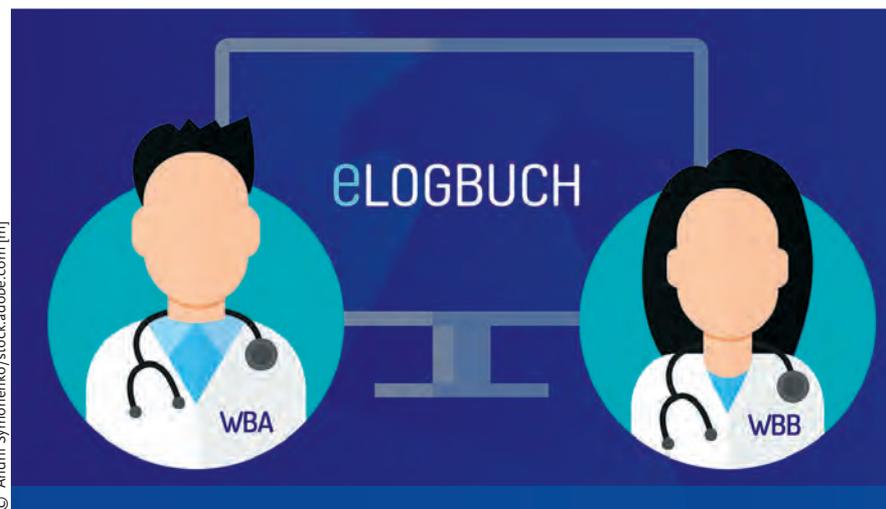
Ein Schwerpunkt war der Umgang mit Nutzern, die zugleich in mehreren Ärztekammern Mitglied sind und/oder eine Doppelfunktion ausfüllen – wie etwa Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden und parallel dazu die Aufgabe als Weiterbilder ausüben. Diese Doppelfunktion konnte im letzten Quartal des Berichtsjahres vollständig in der Anwendung abgebildet werden.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Anpassungen aufgrund von Nutzer-Rückmeldungen vorgenommen, wie beispielsweise die Ergänzung einer Kurz-Legende zu farblichen Randmarkierungen im eLB oder die Schaffung eines Logbuch-Archivs.

Auch wurde eine Funktion etabliert, die Ärztinnen und Ärzten einen Vergleich der jeweiligen Weiterbildungsordnungen (WBO) der Ärztekammern ermöglicht, falls diese zum Beispiel einen Kammerwechsel planen.

In die Webanwendung wurden zudem erste Hinweise zu zusätzlichen Anforderungen aufgenommen, die über die WBO hinausgehen und gegebenenfalls für eine Niederlassung nach der Facharzt-Weiterbildung relevant sein können. Diese Hinweise können Kompetenzen oder Richtzahlen betreffen, die etwa aus den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V resultieren.

Des Weiteren wurde für Interessierte und potenzielle Nutzer ein Demo-System eingeführt, um die Funktionalität testen zu können, ohne mit „Echtdaten“ arbeiten zu müssen. Damit steht auch den Ärztekammern ein Instrument



zur Verfügung, das umfassend für Schulungen eingesetzt werden kann.

Schließlich wurde ein Befugniskatalog umgesetzt, der im nächsten Schritt mit den erforderlichen Informationen zu den Weiterbildungsbefugten aus den einzelnen Kammerbereichen befüllt wird. Er soll eine schnelle Auswahl von Befugten im Logbuch ermöglichen sowie erste Ansätze einer Plausibilitätsprüfung integrieren.

Eine Darstellung des eLB und seiner Funktionen erfolgte im Rahmen des 125. Deutschen Ärztetages 2021. Auf der Website der Bundesärztekammer können Interessierte ein Erklärvideo abrufen.\*



\* [www.baek.de](http://www.baek.de)

# CIRSmedical.de – aus kritischen Ereignissen in der Medizin lernen

CIRSmedical.de wurde im Jahr 2005 als Initiative der deutschen Ärzteschaft gegründet und ist ein Instrument zur Förderung der Patientensicherheit. Die Idee basiert auf der Publikation „To err is human“ des US-amerikanischen Institute of Medicine aus dem Jahr 2000 und folgt dem Konzept einer Sicherheitskultur, in der mit Fehlern konstruktiv und transparent umgegangen wird. Das einrichtungsübergreifende Critical Incident Reporting System (CIRS) ermöglicht gegenseitiges Lernen aus kritischen Ereignissen und richtet sich an alle Beschäftigten im Gesundheitswesen. Durch die Integration und Vernetzung von weiteren fachspezifischen, krankenhausesinternen, regionalen und überregionalen CIRS hat sich das „Netzwerk CIRSmedical.de“ entwickelt.

Ursprünglich beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) angesiedelt, untersteht das Netzwerk seit Juli 2020 der alleinigen Trägerschaft der Bundesärztekammer. Die Übergangsphase wurde im Berichtsjahr erfolgreich abgeschlossen. Die mit den zahlreichen

Partnern vertraglich vereinbarten Leistungen werden lückenlos weitergeführt.

Die laufenden Tätigkeiten des „Netzwerks CIRSmedical.de“ erfahren insbesondere durch Berichte in der Ständigen Konferenz „Qualitätssicherung“, im Ausschuss „Qualitätssicherung“ und im Ausschuss „Patientensicherheit“ regelmäßige Anbindung an Gremien der BÄK.

Das Netzwerk besteht derzeit aus 120 CIRS für Krankenhäuser und zehn CIRS für weitere Institutionen des Gesundheitswesens. Für die Recherche nach Fällen und Lösungsansätzen stehen aktuell mehr als 15 000 Berichte öffentlich zur Verfügung.

Darüber hinaus werden im Netzwerk regelmäßig ausgewählte Fälle des Monats mit besonderem Lernpotential veröffentlicht. Diese werden über den von der BÄK monatlich versandten Newsletter „CIRSmedical.de-Info“ verbreitet.

Weiterhin stellt die BÄK Konformitätserklärungen/Teilnahmebestätigungen an Krankenhäuser für die Teilnahme an CIRSmedical.de und KH-CIRS-Netz Deutschland 2.0 als einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme gemäß den sozialrechtlichen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses aus.

## Länderübergreifende Zusammenarbeit

Um eine noch größere Reichweite der Fallberichtssammlungen zu erzielen, wird derzeit eine Kooperation mit der österreichischen Ärztekammer vorbereitet. Die Kooperation zwischen CIRSmedical.de und dem österreichischem CIRSmedical.at soll den Austausch von Berichten und somit das länderübergreifende Lernen aus relevanten kritischen Ereignissen in den Gesundheitseinrichtungen Deutschlands und Österreichs unterstützen. ■



## Medizinproduktesicherheit

# EU-Verordnungen für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika

Die europäische Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation – MDR – 2017/745/EU) trat am 25. Mai 2017 zeitgleich mit der europäischen Verordnung für In-vitro-Diagnostika (In vitro Diagnostic Regulation – IVDR – 2017/746/EU) in Kraft. Ziel der Verordnungen sind ein funktionierender Binnenmarkt für Medizinprodukte sowie hohe Qualitäts- und Sicherheitsstandards.

Obgleich die Verordnungen in den EU-Mitgliedsstaaten unmittelbar gelten, waren Anpassungen an das nationale Medizinprodukte-recht möglich. In Deutschland erfolgte dies durch das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz und dem hierin integrierten Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz, das unter anderem eine behördliche Befugnis-erweiterung auf Bundesebene festlegt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und das Paul-Ehrlich-Institut sind zukünftig berechtigt, das Inverkehrbringen/die Inbetriebnahme eines Medizinprodukts zu verbieten oder einzuschränken.

Der Geltungsbeginn der MDR wurde von der EU-Kommission aufgrund der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Verzögerungen etwa bei der Zertifizierung von Medizinprodukten um ein Jahr auf den 26. Mai 2021 verschoben.

### Anpassung des IVDR-Geltungsbeginns

Auf Vorschlag der EU-Kommission beschlossen das EU-Parlament und der Rat der Europäischen Union im Dezember 2021, den Geltungsbeginn der IVDR für die meisten In-vitro-Diagnostika – abhängig von der Risikoklasse – und auch für hausinterne Produkte zu verschieben\*. Damit wurde der von nahezu allen betroffenen Organisationen/Unternehmen, aber auch zahlreichen Mitgliedsstaaten getragenen Forderung entsprochen. Insbesondere die unzureichende Zahl der für Zertifizierungen erforderlichen Benannten



© Henrik Dooley/stock.adobe.com

Stellen war ein gewichtiges Argument für die Verschiebung des Geltungsbeginns. Andernfalls hätte es mitunter zu Engpässen bei der Bereitstellung von Medizinprodukten und damit zur Gefährdung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten kommen können.

Die Bundesärztekammer stand zum Sachverhalt auf verschiedensten Ebenen im ständigen Informationsaustausch, wie beispielsweise mit der Ad-hoc-Kommission „In-vitro-Diagnostik“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Auch unterstützte die BÄK die Initiative zur Verschiebung des Geltungsbeginns der IVDR. ■



\* <https://kurzelinks.de/5p8i>

# Wie Digitalisierung die Gesundheitsversorgung verändert

Die fortschreitende Digitalisierung wird das Gesundheitswesen nachhaltig verändern. Die Bundesärztekammer hat daher ein Thesenpapier zur „Weiterentwicklung der ärztlichen Patientenversorgung durch Digitalisierung“ veröffentlicht (1). Das Thesenpapier beinhaltet die Ergebnisse der Werkstattgespräche mit Sachverständigen und Entscheidungsträgern aus Wissenschaft, Forschung, Politik, gesetzlicher und privater Krankenversicherung, ambu-

Handlungsbedarf aus Sicht der Ärzteschaft benannt.

Das Thesenpapier wurde ausführlich im Deutschen Ärzteblatt vorgestellt (2). Weitere Detailartikel zur Nutzenbewertung bei digitalen Gesundheitsanwendungen (3), der sinnvollen Nutzung von großen Datenmengen (Big Data) durch Künstliche Intelligenz (4) und der sich verändernden Rolle der Krankenkassen im Rahmen der Versorgung (5) folgten.

Darüber hinaus hatte die Bundesärztekammer Ende Oktober 2021 gemeinsam mit dem Deutschen Ärzteblatt zu einer virtuellen Gesprächsrunde „Medizin 2.0 – Wie die Digitalisierung die Gesundheitsversorgung verändert“ eingeladen. Bei dieser stellten sich die beiden Vorsitzenden des Ausschusses „Digitalisierung der Gesundheitsversorgung“ der Bundesärztekammer, PD Dr. Peter Bobbert und Erik Bodendieck, den verschiedenen Fragen von Ärztinnen und Ärzten. Im Fokus standen Fragen wie: „Werden Patienten künftig zu Kunden?“, „Wie wirkt sich Big Data auf die Gesundheitsversorgung aus?“ und „Was bedeutet das in Zukunft für den Arztberuf?“



© Deutsches Ärzteblatt

lanter und stationärer Versorgung sowie Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen und Start-up-Unternehmen.

In dem Papier werden acht Thesen zur Digitalisierung aufgestellt, Perspektiven der nächsten fünf bis zehn Jahre überblicksartig skizziert und Anforderungen formuliert, die aus ärztlicher Sicht erfüllt sein sollten, um die Chancen der Digitalisierung für das deutsche Gesundheitswesen zu realisieren beziehungsweise den vorhandenen Risiken entgegenzuwirken. Zudem wird der strukturell notwendige politische

Eine Aufzeichnung der Diskussionsrunde steht auf der Website des Deutschen Ärzteblatts für die interessierte Öffentlichkeit zur Verfügung (6). Weitere Gesprächsrunden sind in Planung. ■



(1) <https://kurzelinks.de/qqaw>

(2) <https://kurzelinks.de/gzqo>

(3) <https://kurzelinks.de/ma12>

(4) <https://kurzelinks.de/5dht>

(5) <https://kurzelinks.de/s451>

(6) <https://kurzelinks.de/k9yy>

## Bilanz

# Drei Jahre Regierungsmehrheit in der gematik

Die Amtszeit des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn hat im Bereich der Digitalisierung eine Fülle von gesetzlichen Neuregelungen und Anpassungen hervorgebracht.

Ein entscheidender Baustein dafür waren die veränderten Mehrheitsverhältnisse in der gematik, der Betreibergesellschaft der Telematikinfrastruktur. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte hier bereits zu Beginn der Legislaturperiode im Jahre 2019 die Stimmenmehrheit in der Gesellschafterversammlung übernommen und damit die Entscheidungsverantwortung für die Umsetzung und Gestaltung des Gesamtprojektes. Der Stimmenanteil der Bundesärztekammer beträgt seitdem 2,45 Prozent aller Gesellschaftsanteile.

Im Zuge der Neuausrichtung veränderte das BMG auch die Geschäftsführung und Arbeitsweise der gematik. Der per Gesetz vorgegebene und oftmals mit Sanktionen belegte Fahrplan für die Einführung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur und der dazu benötigten technischen Komponenten wurde handlungsleitend. Dies erfolgte zu Lasten der tatsächlichen Umsetzungsmöglichkeiten einer IT-Industrie und auf Kosten einer ausreichenden Erprobung der Anwendungen vor ihrer Einführung in den bundesweiten Regelbetrieb. Die Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten der Gesellschafter wurden stark eingeschränkt. Änderungsvorschläge, beispielsweise für eine gründliche Erprobung, die den per Gesetz willkürlich festgelegten Einföhrungstermin beeinträchtigt hätte, wurden regelhaft mit der Stimmenmehrheit des BMG abgelehnt. Die Strategie des Ministeriums blieb zum Ende der Legislaturperiode nur bedingt erfolgreich. Mit der ersten Stufe der elektronischen Patientenakte, dem Notfalldatenmanagement und dem elektronischen



© SOMKID/stock.adobe.com

Medikationsplan sind die ersten medizinischen Anwendungen der Telematikinfrastruktur gestartet; eine flächendeckende Verfügbarkeit steht noch aus. Gänzlich misslungen sind die Einführung des eRezepts zum 01. Januar 2022 und auch der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zum 01. Juli 2021. Diese beiden grundlegenden Anwendungen gehören nach wie vor nicht zum ärztlichen Versorgungsalltag. ■

# Intensive Informationskampagne stärkt eHBA-Herausgabe

Die Landesärztekammern haben die gesetzliche Aufgabe zur Herausgabe der elektronischen Heilberufsausweise (eHBA) an ihre Mitglieder umgesetzt. Seit dem Jahr 2009 geben die Kammern den eHBA über den Anbieter Medisign aus. Aufgrund fehlender Komponenten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) stagnierte die Anzahl von herausgegebenen eHBA für Ärztinnen und Ärzte über Jahre hinweg auf vierstelligem Niveau. Seit dem Jahr 2019 sind die Anbieter T-Systems, D-TRUST und SHC Stolle & Heinz Consultants ebenfalls zugelassen.

Durch die vom Gesetzgeber vorgegebenen Fristen zur Einführung verschiedener TI-Anwendungen, die den eHBA benötigen, wie etwa dem Notfalldatensatz oder der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, hat sich die Ausgangslage grundlegend verändert. Dank intensiver Öffentlichkeitsarbeit der Ärztekammern mit entsprechender Information und Aufklärung war im aktuellen Berichtsjahr eine deutlich erhöhte Nachfrage nach eHBA zu verzeichnen.

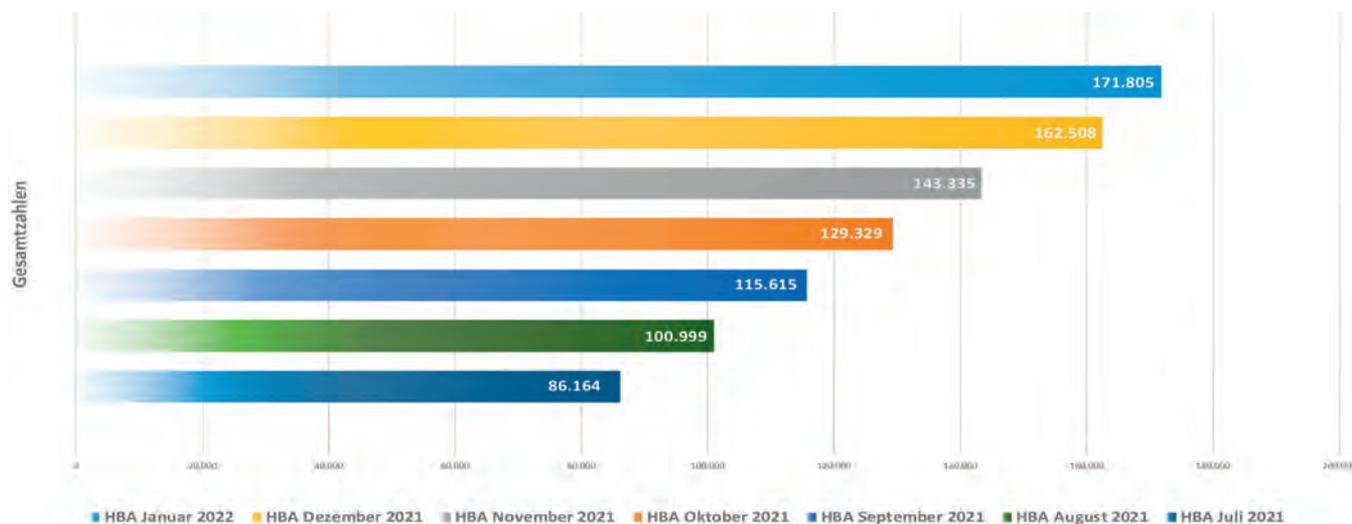
Die Bundesärztekammer wertet jeden Monat die aktuellen Zahlen zum Ausstattungsgrad des

eArztausweises aus. Basierend darauf erstellt sie das eHBA-Reporting.

Das eHBA-Reporting beinhaltet die Gesamtzahlen im Vergleich zu den Vormonaten sowie den bundesweiten stationären und ambulanten Ausstattungsgrad. Dieser ist jeweils bezogen auf die in diesen Bereichen tätigen Ärztinnen und Ärzte. Allerdings benötigen nicht alle zwingend einen eHBA, da nicht jede Ärztin oder jeder Arzt in Prozesse involviert ist, die einen unmittelbaren Zugriff auf medizinische Daten von Patientinnen und Patienten aus der Telematikinfrastruktur verlangen. Im stationären Bereich hängt dies sehr stark von der konkreten organisatorischen Ausgestaltung der Arbeitsprozesse vor Ort ab.

Die Anzahl der zwingend benötigten eHBA in diesem Versorgungssektor wird daher mitunter deutlich unter der Gesamtzahl aller dort tätigen Ärztinnen und Ärzte liegen. Für den ambulanten Bereich wird dies weniger stark ausgeprägt erwartet. Insofern ist der Ausstattungsgrad eher eine Orientierung, denn eine valide Kennziffer. ■

eHBA bundesweit im Vergleich zu den Vormonaten



## Änderung der (Muster-)Berufsordnung

# Hilfe zur Selbsttötung weiterhin keine ärztliche Aufgabe

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem grundlegenden Urteil im Februar 2020 entschieden, dass der im Jahr 2015 eingeführte Straftatbestand der „Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ gemäß Paragraph 217 Strafgesetzbuch (StGB) nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und nichtig ist. Es hat in diesem Zusammenhang das „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ betont, das Ausdruck persönlicher Autonomie eines Suizidwilligen ist. Dieses Grundrecht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und – soweit sie angeboten wird – in Anspruch zu nehmen. Niemand kann jedoch verpflichtet werden, eine solche Suizidhilfe zu leisten.



Der 124. Deutsche Ärztetag hat ausgehend vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts und seiner Begründung § 16 S. 3 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) intensiv diskutiert, wonach Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Er hat im Ergebnis beschlossen, diese Bestimmung in der MBO zu streichen.

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer als Orientierungshilfe „Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB“ erstellt. Sie soll Ärztinnen und Ärzten Informationen an die Hand geben, die mit Wünschen nach einer „Hilfe zum Suizid“ konfrontiert werden. Kern der Hinweise ist die Darlegung dessen, was zu den ärztlichen Aufgaben im Umfeld eines Suizids gehören kann und welche Handlungen eine Mitwirkung bei der Selbsttötung darstellen können. Es wird hierbei auf den Beschluss IVa–03 des 124. Deutschen Ärztetages 2021 Bezug genommen. Dieser bekräftigt, dass die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist und erläutert, was darunter im Detail zu verste-

hen ist. Demgegenüber gehört das vertrauensvolle Gespräch über den Wunsch des Patienten, zu sterben oder sein Leben zu beenden, zum Kern ärztlicher Tätigkeit.

Die Orientierungshilfe beruht auf Beratungen im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen, im BÄK-Vorstand und der Grundsatzdebatte auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021. Sie wurden im Juni 2021 vom BÄK-Vorstand beschlossen und im Deutschen Ärzteblatt\* veröffentlicht.

Die Hinweise ersetzen nicht die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Die gegenwärtig politisch erörterten Diskussions- und Gesetzesentwürfe hinsichtlich der Hilfe zur Selbsttötung sind ebenso wenig Gegenstand der Hinweise wie Positionen zu der vom Bundesverfassungsgericht angeregten normativen Ausgestaltung eines Schutzkonzepts im Zusammenhang mit der Suizidhilfe. ■



\* <https://kurzelinks.de/zguy>

# Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer



© Cavan/stockadobe.com

Die ärztliche Selbstverwaltung leistet durch die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird in diesem Themenfeld von Expertinnen und Experten seines Wissenschaftlichen Beirats (WB) mit ihren fachlichen Netzwerken beraten.

## Aktualitätsprüfung 2021

Eine kontinuierliche Evaluation der vom WB erarbeiteten Richtlinien (RiLi)

und Stellungnahmen (1) – gemessen unter anderem an ihrer praktischen Anwendung – dient dazu, eventuelle Anwendungsprobleme frühzeitig zu erkennen und zu klären, zu welchen Aspekten und mit welcher Dringlichkeit eine Überarbeitung empfohlen wird.

Im Ergebnis der turnusgemäßen Aktualitätsprüfung im Jahr 2021 hat der BÄK-Vorstand auf Empfehlung des Beiratsvorstands eine Fortschreibung der RiLi zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) sowie zur assistierten Reproduktion beschlossen. Zudem wurden Veröffentlichungen zur Präimplantationsdiagnostik sowie zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development) in das Archiv (2) verschoben, da sie nicht an die aktuelle Rechtslage angepasst sind. Alle weiteren Veröffentlichungen sind aktuell bzw. derzeit in Bearbeitung.

## Richtlinie zur Feststellung des IHA

Im Ergebnis der Aktualitätsprüfung wurde unter der Federführung von Prof. Dr. Stephan Brandt eine umschriebene Fortschreibung zu zehn im Rahmen der Aktualitätsprüfung 2017 vorgemerkten, seinerzeit als nicht dringlich eingestuften Aspekten sowie zu 23 weiteren Punkten empfohlen. Im Dezember 2021 wurde gemäß § 16 Abs. 2 S. 3 des Transplantationsgesetzes die schriftliche Anhörung der Fach- und Verkehrskreise zum Entwurf der in einem Ständigen Arbeitskreis (3) fortgeschriebenen RiLi eingeleitet.

## Richtlinie zur assistierten Reproduktion

Angesichts neuer Regelungen in § 27a Abs. 4 Sozialgesetzbuch V zur Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgewebe vor einer keimzellschädigenden Therapie hat ein Ständiger Arbeitskreis (4) unter der Federführung von Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel einen fortgeschriebenen RiLi-Entwurf erarbeitet. Die Fortschreibung wurde nach Beratungen in den Dezembersitzungen des WB im Januar 2022 vom BÄK-Vorstand beschlossen (5).

## Stellungnahme zur Genom-Editierung

Angesichts neuer Techniken, die gezielte Veränderungen von Genomsequenzen ermöglichen, stellt die BÄK in ihrer im WB unter der Federführung von Prof. Dr. Markus Nöthen erarbeiteten Stellungnahme (6) für die Humanmedizin wesentliche Aspekte der sogenannten Genom-Editierung dar. ■



- (1) <https://kurzelinks.de/rqos>
- (2) [www.baek.de](http://www.baek.de)
- (3) [www.baek.de](http://www.baek.de)
- (4) [www.baek.de](http://www.baek.de)
- (5) <https://kurzelinks.de/c5a3>
- (6) [www.baek.de](http://www.baek.de)

# Ethik im ärztlichen Alltag

Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) haben sich im Berichtsjahr mit wichtigen medizinisch-ethischen Fragestellungen befasst.

## 25 Jahre ZEKO bei der Bundesärztekammer

Anlässlich des 25. Jahrestages der Konstituierung der ZEKO hat der Vorstand der BÄK im Oktober 2021 ein Symposium „Ethik im ärztlichen Alltag“ veranstaltet. Neben einem Rückblick auf die bisherige Tätigkeit der ZEKO erfolgte auch ein Ausblick auf aktuelle ethische Fragen im ärztlichen Alltag.

Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt betonte bei der Veranstaltung: „Mit der Einrichtung der ZEKO nimmt die BÄK bis heute eine Vorreiterrolle ein. Das interdisziplinär besetzte Gremium ist in seiner Meinungsbildung und Entscheidungsfindung unabhängig. Es entspricht nicht nur dem Selbstverständnis der ZEKO, sondern es ist ein wichtiges ethisches Desiderat, dass sie keine berufspolitischen ärztlichen Interessen verfolgt.“

Der Vorsitzende der ZEKO, Prof. Dr. Jochen Taupitz, unterstrich dies und zeigte auf, die Ärzteschaft verfüge mit der ZEKO als einzige Berufsgruppe über ein eigenes gesellschaftsorientiertes und zugleich binnenorientiertes Sprachrohr. Die Positionen der ZEKO würden im öffentlichen Diskurs und in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung prominent wahrgenommen. Das gut besuchte Symposium fand unter Beteiligung von für die Arbeit der ZEKO wichtigen Institutionen und Akteuren statt und wurde über die Website der BÄK als Livestream übertragen (1).

## KI: Kein Ersatz für ärztliche Empathie

Mit der Anwendung von technischen Systemen, die auf Künstlicher Intelligenz (KI) basieren,

sind auch in der Medizin hohe Erwartungen verknüpft. Aufgrund der vielseitigen Einsatzmöglichkeiten und der sich stetig erweiternden technologischen Entwicklungen stellen KI-Systeme in der Medizin eine sehr bedeutsame Ressource mit dem Potential einer Verbesserung



der Gesundheitsversorgung dar. Der Einsatz von KI in der Medizin weckt aber auch Ängste, beispielsweise wenn KI in die für die ärztliche Tätigkeit zentrale Beziehung zwischen Ärzten und Patienten eingreift.

Vor diesem Hintergrund hat die ZEKO in einer Stellungnahme den aktuellen Entwicklungsstand skizziert und die mit dem Einsatz von KI für die ärztliche Tätigkeit verbundenen Fragen aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Perspektive beleuchtet (2). Die ZEKO möchte hiermit eine Orientierung auf dem dynamischen Feld der KI-basierten Entscheidungsunterstützung für Ärzte, aber auch für Patienten und die interessierte Öffentlichkeit bieten. ■



(1) <https://kurzelinks.de/fcnu>

(2) [www.zentrale-ethikkommission.de](http://www.zentrale-ethikkommission.de)

# Wissenschaftliche Evidenz ist nicht verhandelbar

Die Bundesärztekammer hat im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut die zuletzt im Jahr 2017 novellierte Richtlinie (RiLi) Hämotherapie im Rahmen der turnusmäßigen Aktualitätsprüfungen aktualisiert und im September 2021 mit neu gefassten Zulassungskriterien zur Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten veröffentlicht. Grundlage war eine gemeinsame Bewertung (1) von BÄK, Bundesgesundheitsministerium (BMG) und zuständigen Bundesoberbehörden (BOB), die den fachlichen und politischen Konsens unterstreicht. Dieses Vor-

und Blutprodukten auch weiterhin die Feststellung der Spendereignung und eine Testung der Spenden erfordert. In der auf Grundlage dieser Analyse aktualisierten RiLi Hämotherapie ist nun festgelegt, dass eine Zulassung zur Spende vier Monate nach Beendigung eines sexuellen Risikoverhaltens möglich ist. Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus, dem Hepatitis-C-Virus oder HIV können nach dieser Zeitspanne sicher ausgeschlossen werden.

Angesichts dieser erfolgreichen Zusammenarbeit von BÄK, BMG und BOB und der zügigen Umsetzung des gemeinsamen Beratungsergebnisses in der RiLi Hämotherapie durch die BÄK erstaunte umso mehr, dass die Diskussion um die Zulassungskriterien zur Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten insbesondere im politischen Raum teilweise mit gesellschaftspolitischen Fragen vermischt wurde.

„Wissenschaftliche Evidenz ist nicht verhandelbar“ konstatierten BÄK, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften und Blutspendedienste deshalb in einer gemeinsamen Erklärung (2) als Reaktion auf politische Bestrebungen, die RiLi-Kompetenz von der BÄK auf weisungsgebundene BOB zu verlagern. Wenngleich der im Bundestag eingebrachte Änderungsantrag auf die BÄK und die ihr im TFG gesetzlich übertragene RiLi-Kompetenz zielte, waren angesichts der grundsätzlichen Bedeutung nicht nur die im Bereich Hämotherapie tätigen Fachgesellschaften und Organisationen, sondern mittelbar auch die gesamte medizinische Wissenschaft betroffen. In der Erklärung wird daher betont, dass „allein evidenzbasierte, wissenschaftliche Erkenntnisse und Daten Grundlage von Richtlinien in der Medizin sein dürfen“. ■

gehen entspricht dem Willen des historischen Gesetzgebers. Der hatte im Begründungstext des Transfusionsgesetzes (TFG) klargestellt, dass bezüglich wichtiger Sachverhalte eine „auf einem gesamtgesellschaftlichen Konsens gegründete Regelung“ erwartet werde.

### Rückstellfrist auf vier Monate verkürzt

Nach Sichtung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher und epidemiologischer Daten waren die Institutionen zu dem gemeinsamen Ergebnis gekommen, dass die Sicherheit von Blut



© Beilsh/stock.adobe.com



(1) <https://kurzelinks.de/1yut>

(2) [www.baek.de](http://www.baek.de)

25 Jahre Menschenrechtsbeauftragte bei der BÄK

# Gesundheit ist ein Menschenrecht

Menschen haben das Recht auf notwendige medizinische Behandlungen. Vulnerable Gruppen brauchen Zugang zu einer angemessenen Versorgung, indem sie ohne Parallellösungen in das Gesundheitssystem integriert werden. Das ist Ausdruck der Menschenwürde und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit gemäß Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes. Dies gilt für alle Menschen unabhängig von Erkrankung, Aufenthaltsstatus, Herkunft, Nationalität.

Um für dieses Recht zu sensibilisieren, hatte der Vorstand der Bundesärztekammer vor 25 Jahren – im April 1996 – beschlossen, das Amt eines Beauftragten für Menschenrechte beim Vorstand der Bundesärztekammer einzurichten. Die Resolution des Vorstands der Bundesärztekammer zum Tag der Menschenrechte am 10. Dezember 2021 mahnt: „Gesundheit ist ein Menschenrecht“.\* Aufgabe des Gesetzgebers sei es, notwendige Gesundheitsdienste und -leistungen für alle in Deutschland lebenden Menschen zugänglich zu machen und entsprechende rechtliche sowie finanzielle Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen. Darüber hinaus seien präventive Schutzvorkehrungen zur Bekämpfung der wachsenden Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte in der direkten Patient-Arzt-Interaktion zu schaffen.

## Sprachbarrieren in der Versorgung überwinden

In der 6. Sitzung des Erfahrungsaustauschs der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern wurde im August 2021 zusammen mit Prof. Dr. Matthias David die Versorgungssituation bei Sprachbarrieren als eine zentrale Herausforderung für Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Sprachkenntnisse erörtert. Ohne qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher können diese Patientengruppen ihre Rechte in der stationären und ambulanten Versorgung



© picture alliance/dpa Sebastian Gollnow

nur eingeschränkt wahrnehmen. Lücken ließen sich durch fehlende Präsenzdolmetscher mit ortsunabhängigen „Video-Dolmetschern“ oder „Telefondolmetschdiensten“ („24/7“) schließen. In einigen europäischen Nachbarländern kommen staatliche Telefondolmetschdienste bereits flächendeckend zum Einsatz.

## Prostituierte vor Gewalt schützen

Menschen, die sich prostituieren müssen, sind in besonderem Maße von Gewalt betroffen. Dass es der Schutzfunktion von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Betroffenen bedarf, war ebenfalls ein Ergebnis des Erfahrungsaustauschs der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern, die gemeinsam mit Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak die Problematik beleuchteten. Prostitution bildet ein System, in dem vor allem Frauen großer Gewalt mit gravierenden körperlichen und psychischen Folgen ausgesetzt sind. ■



\* [www.baek.de](http://www.baek.de)

Neue europäische Gesundheitspolitik

# Auf dem Weg zu einer „Gesundheitsunion“

Die Europäische Union (EU) sucht nach Wegen, sich besser für künftige Gesundheitskrisen zu wappnen und ihre Reaktion darauf zu stärken. Auch soll die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger verbessert werden. Die Vorschläge der EU-Kommission, unter dem Titel „Gesundheitsunion“ zusammengefasst, zielen auf eine Erweiterung der Aufgaben der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) und des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), den Aufbau einer Stelle für Krisenbereitschaft und -reaktion (HERA) sowie die Verbesserung der Koordinierung der Mitgliedstaaten. Die Bundesärztekammer hat diesen Prozess durch Kommentierungen gegenüber EU-Kommission und Europäischem Parlament begleitet.

Die Pläne zur Gesundheitsunion ergänzen die weiteren gesundheitspolitischen Prioritäten der EU-Kommission, die Schaffung eines Gesund-

heitsdatenraums, die Neujustierung der Arzneimittelgesetzgebung und die Krebsbekämpfung.

Im Europäischen Parlament unterstützte die BÄK einen Einspruch gegen vorgeschlagene, jedoch als zu lax angesehene Kriterien, nach denen bestimmte Antibiotika für die Humanmedizin reserviert bleiben müssen, also nicht in neu zugelassenen Tierarzneimitteln enthalten sein dürfen. Um Resistenzen insbesondere gegen Reserveantibiotika zu verhindern, ist deren Einsatz in der Tierhaltung streng zu begrenzen.

Eine weitere Intervention galt den Bemühungen der Tabakindustrie, e-Zigaretten und alternative Tabakprodukte als „risikomindernd“ darzustellen. In einem Schreiben an Abgeordnete des Sonderausschusses Krebsbekämpfung des Europaparlaments plädierte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt für strenge Regeln auch für e-Zigaretten.

Schlichtweg übersehen hat die EU-Kommission die drohenden Folgen für das Arzt-Patienten-Geheimnis durch die geplante „e-Evidence-Verordnung“. Diese soll Justizbehörden anderer Mitgliedstaaten ermöglichen, leichter an elektronisch gespeicherte Daten zu gelangen – darunter auch Patientendaten in einer Praxis-Cloud. Die BÄK hat maßgeblich dazu beigetragen, das Bewusstsein der Interessenträger für diese Problematik zu schärfen.

Ferner beteiligte sich die BÄK im Berichtsjahr an Konsultationen zu Arzneimitteln, Substanzen menschlichen Ursprungs, Gesundheitsdaten, Luftqualität, Tabakbesteuerung und Haftungsregeln für Anwendungen künstlicher Intelligenz. ■



© doganmesut/stock.adobe.com

# Kommission stärkt digitalen Ansatz in der Gesundheitspolitik

Die Europäische Kommission hat im März 2021 ein digitales Jahrzehnt ausgerufen. In ihrer Mitteilung knüpft sie an den bereits ihrer Strategie zur Gestaltung der digitalen Zukunft Europas zugrundeliegenden Ansatz an, den digitalen Wandel in den Dienst der Bürgerinnen und Bürger zu stellen. Dazu soll für den digitalen Binnenmarkt nicht nur ein gemeinsamer europäischer Standard für Grundrechte und Werte festgelegt werden. Als Ziele nennt die Kommission auch den Erwerb digitaler Kompetenzen sowie den Zugang zu digitalen Gesundheitsdiensten.

Der sogenannte Gesundheitsdatenraum soll den Zugang zu Gesundheitsdaten für Prävention, Diagnose und Behandlung, Forschung und Innovation sowie für Politikgestaltung und Gesetzgebung fördern. Durch die gemeinsame Primär- und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten soll die Zugänglichkeit, Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden.

Die Bundesärztekammer beteiligte sich im Frühjahr 2021 an einer öffentlichen Konsultation der EU-Kommission zum europäischen Gesundheitsdatenraum und konnte hierbei auf eine zuvor durch den BÄK-Vorstand beschlossene Positionierung zurückgreifen. Dabei betonte sie insbesondere, dass Sekundärdaten im Gesundheitsdatenraum vor allem für die wissenschaftliche Forschung, nicht aber für kommerzielle Zwecke zugänglich sein sollten. Über die Weiterverwendung müsse ein unabhängiges Gremium entscheiden und eine Einwilligung von Patientinnen und Patienten zur Sekundärnutzung ihrer Daten Voraussetzung sein. Eine Erhebung von Daten in Gesundheitseinrichtungen dürfe nicht zulasten der Zeit geschehen,



© BirgitKorber/stock.adobe.com

die Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten widmen können.

Für den europäischen Gesundheitsdatenraum wird im Frühjahr 2022 ein Gesetzgebungsvorschlag erwartet. Dieser soll die EU-weite Erhebung und Nutzung von Patientendaten regeln – darunter die Rechte von Patientinnen und Patienten, die Bedingungen der Weiterverwendung von Daten, die nicht im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen, sowie Anforderungen an Datenqualität-, Sicherheit und Kompatibilität. Für die BÄK wird es während der im Januar 2022 begonnenen Trio-Ratspräsidentschaft Frankreichs, Tschechiens und Schwedens darum gehen, gegenüber Europäischem Rat und Parlament Einfluss auf die Gestaltung der Gesetzgebung zu nehmen. ■

# Globale Impfstoffgerechtigkeit und Wege gegen Impfskepsis

Der Weltärztebund (WMA), die Bundesärztekammer und die Pontifikale Akademie für das Leben (PAL) haben im Juli 2021 gemeinsam zu einem „Internationalen runden Tisch“ zum Thema „Impfen“ eingeladen. In dem Webinar diskutierten die Teilnehmer die Bedeutung von Impfgerechtigkeit, die Gefahren von Impfskepsis und die Abwägung zwischen individueller Wahlfreiheit und kollektiver Verantwortung angesichts der Corona-Pandemie.

Nach den Grußworten von Weltärztepräsident Dr. David Barbe, BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt und PAL-Präsident Erzbischof Msgr. Vincenzo Paglia stellten europäische und internationale Experten in Impulsreferaten verschiedene Blickwinkel auf die Themen dar.

Die Direktorin des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), Dr. Andrea Ammon, beschrieb die europäische Perspektive zur Fragestellung und zeigte die Herausforderungen auf, die sich vor

allem durch neue Virusvarianten ergeben. Des Weiteren würdigte sie die Schlüsselrolle der Angestellten im Gesundheitswesen im Kampf gegen Impfskepsis.

Globale Impfgerechtigkeit wurde von der leitenden Wissenschaftlerin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Soumya Swaminathan, thematisiert. Sie schilderte den schwierigen Zugang zu Impfstoffen in vielen Teilen der Welt. Zwar hatten zum Zeitpunkt des Webinars nur fünf Staaten weltweit noch keine Impfkampagne begonnen, doch 80 Prozent der damals zur Verfügung stehenden drei Milliarden Impfstoffdosen verteilten sich auf lediglich zehn Staaten.

Prof. Stefano Semplici, Sozialethiker der Tor Vergata Universität in Rom, erörterte die Fragen der individuellen Wahlfreiheit bei Impfungen und des Mehrwerts für das Gemeinwohl.

In einer anschließenden Diskussionsrunde, die vom WMA-Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery moderiert wurde, meldeten sich Teilnehmende aus vielen Teilen der Welt zu Wort. Es wurde festgestellt, dass eine internationale und sektorenübergreifende Zusammenarbeit eine zentrale Rolle beim Voranbringen dieser Anliegen einnehmen kann. Angesichts der Dringlichkeit der diskutierten Fragen forderten WMA, PAL und BÄK als Ergebnis des Webinars die relevanten Stakeholder auf, alle Anstrengungen zu unternehmen, um

- einen gerechten weltweiten Zugang zu Impfstoffen sicherzustellen, der die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche globale Impfkampagne ist, und
- Impfskepsis mit einer klaren Botschaft zur Notwendigkeit und Sicherheit von Impfstoffen zu begegnen sowie Mythen und Desinformation über Impfstoffe entgegenzuwirken. ■



© picture alliance/Xinhua News Agency Sovannara

# Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag

Nach dem Transplantationsgesetz (TPG) hat die Bundesärztekammer den Auftrag, Richtlinien für die Organtransplantation zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Die dafür eingerichtete Ständige Kommission Organtransplantation (StäKO) führte ihre vier Sitzungen im Berichtsjahr pandemiebedingt erneut als Webkonferenzen durch. Ebenso wurde in den insgesamt 46 Sitzungen der 14 StäKO-Arbeitsgruppen verfahren.

Über die Richtlinienarbeit hinaus wurde – in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Akteuren der Transplantationsmedizin – das strategische Vorgehen zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung diskutiert und konsentiert. Darüber hinaus hat sich die StäKO unter anderem mit folgenden Themen befasst: Maschinenperfusion, Vernetzung von Transplantationsbeauftragten, Karenzregeln in den Richtlinien zur Organtransplantation, Rückmeldung an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu den „Informationen von Patienten durch Hausärzte zur Organ- und Gewebespende“ sowie Anwendungsmöglichkeiten von Shared Decision Making in der Transplantationsmedizin.

Überdies wurden zwei Richtlinienänderungen beraten, an den Vorstand der Bundesärztekammer zur Beschlussfassung übergeben und dem Bundesgesundheitsministerium zur Genehmigung vorgelegt:

- Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 a und b TPG betreffend die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen (RL BÄK Empfängerschutz) – Neuregelung Abschnitt IX – Inkrafttreten
- Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 Buchst. c und Nr. 7 TPG (RL BÄK Empfängerschutz Lebendorganspende)



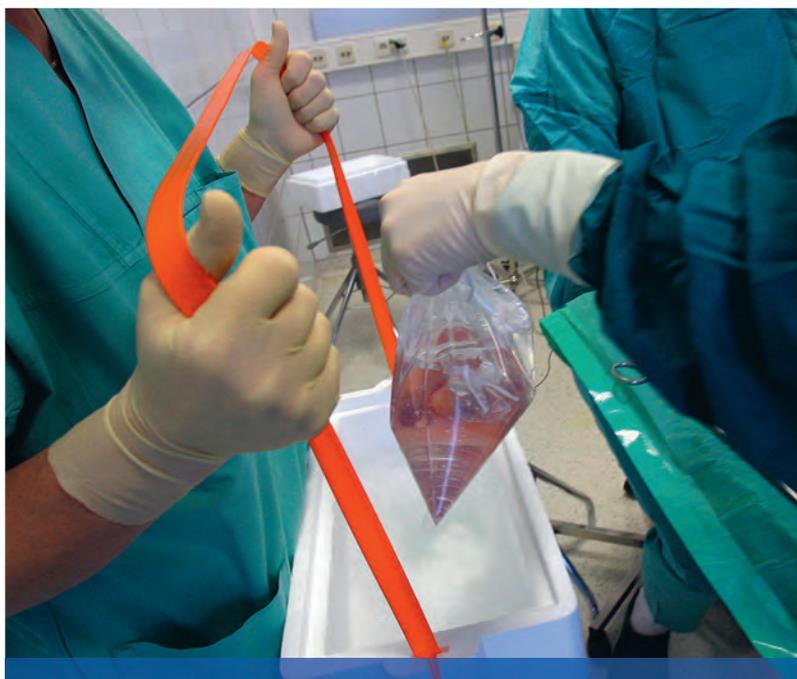
Besonders hervorzuheben ist die Überarbeitung des Allgemeinen Teils der Richtlinien gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und die Organvermittlung. Gegenstand waren Fragen der Adhärenz und der Maschinenperfusion, die im Jahr 2021 in erster Lesung beraten und im Januar 2022 zur zweiten Lesung vorgelegt wurden. Eine weitere wesentliche Änderung betrifft den Fall einer bundes- oder landesweit festgestellten gesundheitlichen Notlage, bei der Arzt-Patienten-Kontakte auf ein unbedingt notwendiges Maß beschränkt werden müssen, um die besonders vulnerable Gruppe der für eine Transplantation gelisteten Patienten sachgerecht zu schützen.

Neben der weiteren Aktualisierung organspezifischer Richtlinien, insbesondere in Bezug auf Regelungen zur Maschinenperfusion, wird perspektivisch angestrebt, das Verfahren der Audit- bzw. Sachverständigengruppen gemäß Paragraph 14 StäKO-Statut zu vereinheitlichen.

Darüber hinaus wird sich die Kommission mit Fragen der Lebendorganspende im Hinblick auf eine mögliche Reform des Transplantationsgesetzes befassen.

## Prüfungs- und Überwachungskommission

Die Überwachungskommission gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 TPG und die Prüfungskommission gemäß § 12 Abs. 5 S. 4 TPG sind die Kontrollgremien von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, die für die Prüfung der deutschen Transplantationszentren, der Vermittlungsstelle (Stiftung Eurotransplant) und der Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation) verantwortlich zeichnen.



© picture alliance/dpa | Jan-Peter Kasper

Die mit der Corona-Pandemie einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen haben die Tätigkeit der beiden Kommissionen maßgeblich beeinflusst. Um ihren gesetzlichen Auftrag dennoch vollumfänglich erfüllen zu können, mussten die Prüfungen der Transplantationszentren von März 2020 an auf ein schriftliches Verfahren umgestellt werden – unterstützt durch Webkonferenzen. Auch die vier gemeinsamen Sitzungen beider Kommissionen fanden virtuell statt.

Die Jahresvisitation der Vermittlungsstelle konnte vor Ort stattfinden. Es wurden Stichproben-

prüfungen durchgeführt, die eine sorgfältige und nachvollziehbare Dokumentation der Allokationsentscheidungen seitens der Vermittlungsstelle ergaben. Die Koordinierungsstelle wurde im schriftlichen Verfahren geprüft.

In ihrem im Dezember 2021 vorgelegten Tätigkeitsbericht\* haben die Kommissionen eine positive Bilanz ihrer Arbeit gezogen. Prüfgegenstand waren im Berichtszeitraum 2020/2021 – neben den Aufgaben der Vermittlungs- und Koordinierungsstelle – die Programme der Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren- und Pankreastransplantationen der Jahre 2016 bis 2018. Die Kommissionen absolvierten im Berichtszeitraum 45 Prüfungen im schriftlichen Verfahren. Bei keiner der Prüfungen wurden Anhaltspunkte für systematische Richtlinienverstöße oder Manipulationen festgestellt. Damit setzt sich aus Sicht der Kommissionen die positive Entwicklung der vergangenen Jahre weiter fort.

## Vertrauensstelle Transplantationsmedizin

Die Vertrauensstelle Transplantationsmedizin steht jedem für Anfragen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Organspenden oder -transplantationen offen. Weiterhin ist es ihre Aufgabe, vertrauliche Hinweise auf Auffälligkeiten oder Unregelmäßigkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und in Kooperation mit der Prüfungs- und Überwachungskommission zu klären. Neben allgemeinen und einzel-fallbezogenen Fragen zur Organspende und -transplantation sowie zur Wartelistenführung und Verteilungsgerechtigkeit bei postmortalen Organspenden betrafen die Eingaben des vergangenen Jahres insbesondere Fragen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, zur Lebendorganspende und hier zur Kostenerstattung der Nachsorgebehandlung des lebenden Organspenders. ■



\* [www.baek.de](http://www.baek.de)

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

# Für eine sichere und rationale Arzneimitteltherapie

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer. Sie berät die BÄK in allen Fragen der Arzneimitteltherapie, der Arzneimittelsicherheit und der Arzneimittelpolitik auf nationaler und europäischer Ebene, informiert die Ärzteschaft zu Fragen der evidenzbasierten, rationalen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie zu Fragen der Arzneimittelsicherheit und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und gibt wissenschaftliche Stellungnahmen und Bewertungen zu Arzneimitteln ab.

## Pharmakovigilanz

Die AkdÄ erfasst, dokumentiert und bewertet Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW; bislang ca. 4 000 Verdachtsberichte jährlich), die ihr aus der Ärzteschaft gemäß der ärztlichen Berufsordnung mitgeteilt werden. Im Berichtsjahr 2021 hat die AkdÄ mehr als 8 000 Verdachtsberichte erhalten: Die überwiegende Zahl der Meldungen betraf Impfstoffe gegen die durch SARS-CoV-2 verursachte Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19). Von besonderem Interesse sind Meldungen von UAW, die nicht in der Produktinformation aufgeführt oder schwerwiegend sind, sowie Meldungen zu Arzneimitteln, die neu auf dem Markt sind (weniger als fünf Jahre). In Risikobekanntgaben im Deutschen Ärzteblatt und im Newsletter „Drug Safety Mail“ informiert die AkdÄ kontinuierlich über Arzneimittelrisiken.

## Stellungnahmen nach AMNOG

Im Jahr 2021 hat sich die AkdÄ an 27 Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Nutzenbewertung neuer Arznei-



© denismaglov/stock.adobe.com

mittel nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts (AMNOG) beteiligt.

## AMTS: Aktionsplan

Die Strategie für eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland wurde mit dem „Aktionsplan AMTS 2021–2024“ des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) erneut fortgeschrieben. Die Koordinierungsgruppe ist bei der AkdÄ eingerichtet. Ein wesentliches Anliegen des Aktionsplans mit den aufgelisteten 42 Maßnahmen ist, UAW zu vermeiden, die auf Medikationsfehlern basieren, und damit die AMTS zu verbessern. Thematische Schwerpunkte des Plans sind die Sensibilisierung von Patienten, Ärzten, Apothekern, Pflegenden und anderen Gesundheitsprofessionen für vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie, die Verbesserung der Informationen über Arzneimittel und die Dokumentation der Arzneimitteltherapie sowie das Monitoring der AMTS. ■

# Leitlinien leichter nutzbar machen

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Zu seinen Kernaufgaben zählen das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) (1) und das Erstellen hochwertiger Patienteninformationen (2).

## Nutzerbedürfnisse berücksichtigen

Fragt man Ärztinnen und Ärzte, was sie an der Nutzung von Leitlinien hindert, antworten viele: zu lang und zu kompliziert. Das hat – neben viel Lob – die Evaluation der Nationalen VersorgungsLeitlinien ergeben (3). Die Erkenntnisse aus dieser Evaluation hat das ÄZQ im Berichtsjahr genutzt, um die Aufbereitung der NVL zu verbessern. Besonderes Augenmerk lag dabei auf der digitalen Aufbereitung. Die

## NVL COPD: Die erste NVL im neuen Design

Mit der digitalen Aufbereitung geht einher, dass sich die Textfassung der Leitlinien grundlegend ändert. Wer also Leitlinien weiterhin lieber im PDF-Format liest, profitiert auch von vielen Änderungen. Das zeigt die NVL COPD, die das ÄZQ als erste NVL im neuen Format veröffentlicht hat: klar gegliedert und durch die einheitliche Struktur leicht erfassbar. Derzeit plant das ÄZQ eine Befragung zur Akzeptanz des neuen Leitlinienformats.

## Aktualität der Leitlinien sicherstellen

Ein weiterer, häufig genannter Kritikpunkt an Leitlinien ist ihre eingeschränkte Aktualität. In der Tat, Leitlinienprozesse sind langwierig, weil sie methodisch fordernd sind. Wie eine schnellere Aktualisierung wichtiger Leitlinienempfehlungen gelingen kann, erforscht das ÄZQ in einem Innovationsfonds-geförderten Vorhaben gemeinsam mit Cochrane Deutschland und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Das Projekt ist im Berichtsjahr gestartet und prüft im Drei-Monats-Turnus den Aktualisierungsbedarf ausgewählter Leitlinienfragen anhand kontinuierlich fortgeschriebener Literaturrecherchen („living systematic reviews“). Die Erkenntnisse aus diesem Forschungsvorhaben, das für 18 Monate angelegt ist, sollen dazu beitragen, schlanke Aktualisierungsprozesse für NVL aufzusetzen, um der schnellen Evidenzentwicklung Rechnung zu tragen. ■

Website [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de) wurde grundlegend überarbeitet und bietet NVL nun in verschiedenen Formaten an – von ganz kurz bis sehr ausführlich: Die zehn wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick, interaktive Algorithmen aller Empfehlungen mit einer knappen Begründung, aber auch eine genaue Beschreibung der zugrundeliegenden Evidenz stehen online zur Verfügung.



© Megeo-studio/stock.adobe.com



(1) [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)

(2) [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)

(3) <https://kurzelinks.de/z3nk>

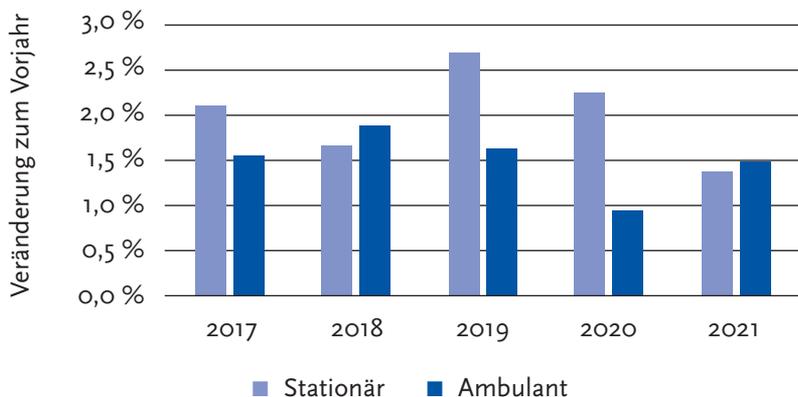
# Ein unerwünschtes Déjà-vu

Auch im zweiten Pandemiejahr blieb die Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland hinter den Erwartungen zurück. Dies legt eine Auswertung der Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021 (1) nahe. Demnach stieg zwar die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte wie bereits im Vorjahr um 1,7 Prozent beziehungsweise um rund 7 000 Personen. Damit bleibt die Wachstumsrate jedoch unter der von 2019 (+2,5 Prozent) und hinter dem langfristigen Trend zurück.

Diese Entwicklung ist kritisch zu betrachten, denn nach wie vor besteht ein anhaltender Trend zur Teilzeitarbeit beziehungsweise der Wunsch nach geringerer Belastung durch Überstunden. Durch ausgewogenere Arbeitszeiten nimmt die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu, die benötigt werden, um Stellen in der medizinischen Versorgung zu besetzen. Zudem konkurrieren Gesundheitsämter mit anderen medizinischen Einrichtungen um ärztliches Personal. Durch diese Faktoren sowie demografiebedingte Herausforderungen ist ein Mindestmaß an Wachstum bei flexiblen Arbeitszeitmodellen erforderlich, um die zur Verfügung stehenden Arztstunden konstant zu halten.

Zusätzlich hat die enorme Belastung durch die Behandlung und Betreuung von Corona-Patienten sowie die andauernde Impfkampagne im Jahr 2021 eine hohe Arbeitsintensität gefordert – zusätzlich zu der angespannten Personalsituation in Kliniken und Praxen.

Auch ist unklar, ob der vergleichsweise kleine Anstieg bei der Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte den Rückgang der zur Verfügung stehenden Arztstunden aufgrund geringerer Arbeitszeiten und das drohende altersbedingte Ausscheiden einer großen Zahl von Ärztinnen und Ärzten aus geburtenstarken Jahrgängen ausgleichen kann. Während der Zuwachs bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten mit ei-

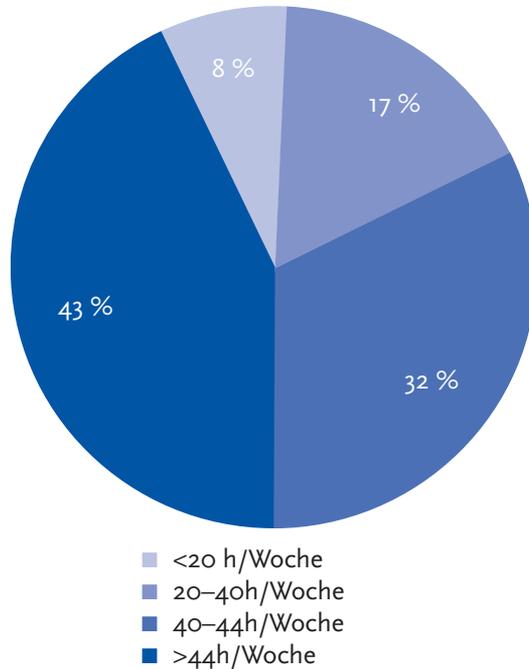


nem Plus von rund 2 400 Personen wieder nahezu vorpandemisches Niveau erreicht (+1,5 Prozent nach +1 Prozent im Vorjahr), fiel der Anstieg bei stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten mit einem Plus von knapp 3 000 Personen (+1,4 Prozent nach 2,3 Prozent im Vorjahr) eher enttäuschend aus.

Dies könnte mit der geringeren Zahl an Absolventen medizinischer Fakultäten zusammenhängen. Denn auch die Zahl der Erstmeldungen von Ärztinnen und Ärzten bei Landesärztekammern ist im zweiten Jahr in Folge rückläufig – ein Zeichen für pandemiebedingt verlangsamte Studienfortschritte. Im Berichtsjahr sank die Zahl an Erstmeldungen von Ärztinnen und Ärzten mit deutscher Staatsbürgerschaft bei den Landesärztekammern um 0,6 Prozent, während im Jahr 2019 noch ein Plus von 8,1 Prozent zu verzeichnen war. Stark rückläufig war die Zahl von Erstmeldungen ausländischer Staatsbürger von rund 4 400 Personen auf rund 3 900 Personen (-10,6 Prozent); im Jahr 2019 gab es noch einen Anstieg von 16,1 Prozent.

Die Zahl der Facharztanerkennungen erholte sich leicht und wuchs im Jahr 2021 um 1,9 Prozent auf rund 14 000. Allerdings blieb das Wachstum der Jahre vor Ausbruch der Pandemie (+3,3 Prozent in 2019) bisher unerreicht.

Zuwächse der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland  
Quelle: Statistik der BÄK



### Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland

© Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung des Mikrozensus 2019

## Mehr Ärztinnen und Ärzte im ÖGD tätig

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) verzeichnete im zweiten Pandemiejahr einen starken Zuwachs an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten. Ihre Zahl stieg um rund 5 Prozent (2) im Vergleich zum Vorjahr an, jedoch fiel diese Entwicklung je nach Bundesland sehr unterschiedlich aus. Während einige Bundesländer zweistellige Zuwachsraten verzeichneten (z. B. Hamburg und Hessen), war anderenorts die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD rückläufig (Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen und Thüringen).

Auch die Migrationsströme von Ärztinnen und Ärzten waren seit Pandemiebeginn Änderungen unterworfen. Die Zuwanderung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten – in den vergangenen Jahren ein entlastender Faktor für die medizinische Versorgung – verlangsamte sich bereits im Jahr 2020. Im Berichtsjahr stieg die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit ausländischer Staatsangehörigkeit um rund 1 100 auf rund 57 200. Dies entspricht einem Plus von lediglich 1,9 Prozent (nach Wachstumsraten von 7 bis 8 Prozent in den Vorjahren). Zudem stieg die Zahl von ins Ausland abgewanderten Ärztinnen und Ärzten nach einem Einbruch im Jahr 2020 wieder an und erreichte mit rund 1 900 Abwanderungen das Niveau der Vorjahre.

Aber auch die zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit setzt die Versorgungslandschaft unter Druck. Primär ist dies demografischen Faktoren geschuldet. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand stieg im Jahr 2021 um rund 3 300 Personen (+3,6 Prozent), nachdem diese Zahl bereits im Jahr 2020 um rund 3 500 Personen (+4,0 Prozent) angestiegen war. Zudem nahmen im Vergleich zu den Vorjahren deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte Elternzeit (+7,7 Prozent) in Anspruch. Insgesamt sind rund 132 000 Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit; davon rund 93 000 im Ruhestand. ■



(1) [www.baek.de](http://www.baek.de)

(2) Aufgrund von Nachmeldungen handelt es sich hierbei um eine Schätzung.

# Organisation der Bundesärztekammer



# Deutscher Ärztetag

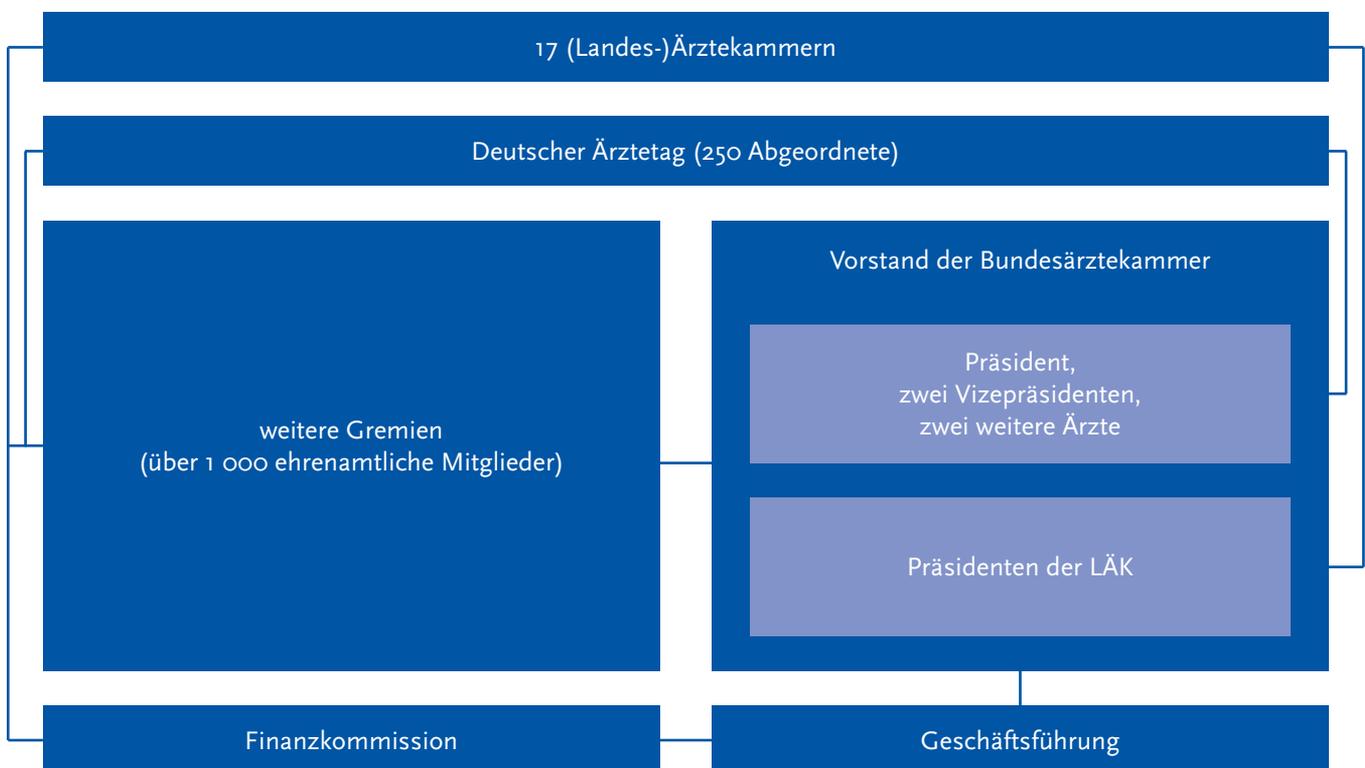
Der Deutsche Ärztetag ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das „Parlament der Ärzteschaft“, und findet in der Regel einmal jährlich an wechselnden Orten statt. Die 17 deutschen (Landes-)Ärzttekammern entsenden insgesamt 250 Abgeordnete zum Deutschen Ärztetag. Zu den Aufgaben des Deutschen Ärztetages gehört es, unter anderem Regelungen zum Berufsrecht (z. B. die Muster-Berufsordnung und die Muster-Weiterbildungsordnung) zu erarbeiten und zu verabschieden sowie die Positionen der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft zu artikulieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Die Bundesärztekammer ist als Arbeitsgemeinschaft der deutschen (Landes-)Ärzttekammern die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Die BÄK wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft und an Gesetzgebungsverfahren mit und entwickelt Perspektiven für eine patienten-

tennahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland.

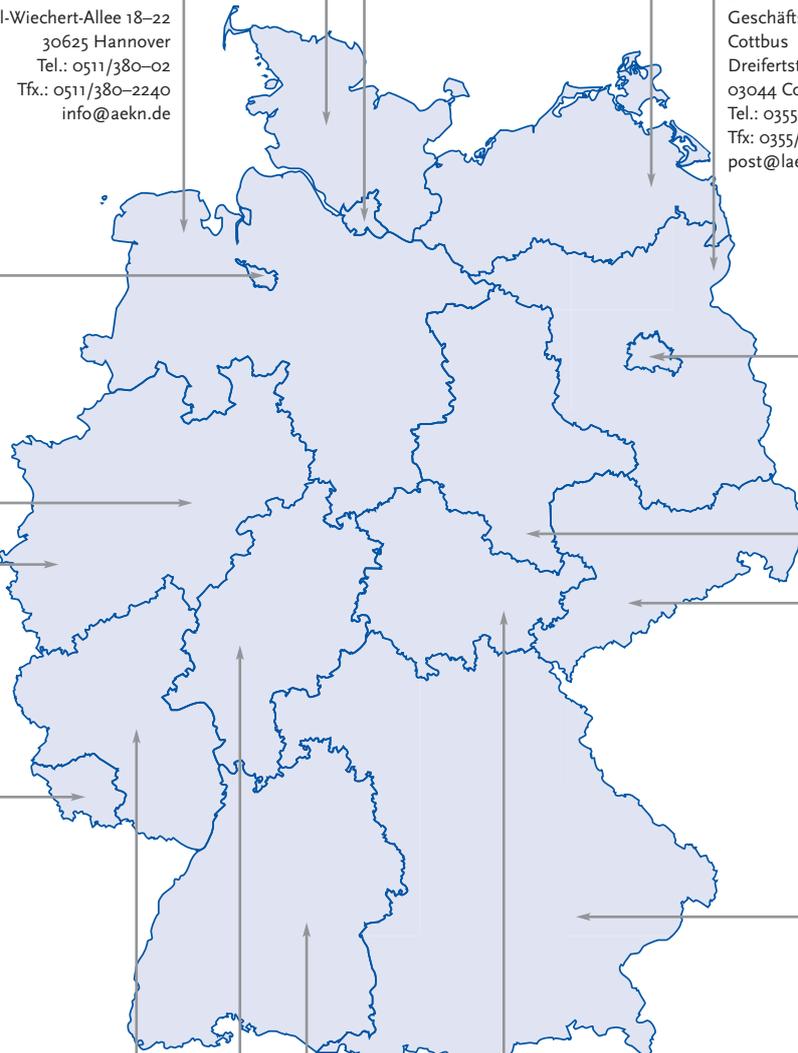
## BÄK unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärzttekammern

Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen (Landes-)Ärzttekammern ist die BÄK ein organisatorischer Zusammenschluss von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie selbst ist keine Körperschaft, sondern ein nicht eingetragener Verein. Sie unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärzttekammern und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben sind der BÄK unter anderem im Rahmen der Qualitätssicherung, der Transfusionsmedizin sowie durch das Transplantationsgesetz zugewachsen. Der einzelne Arzt gehört der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in seiner (Landes-)Ärzttekammer an. ■



## Kontakte

# Adressen der (Landes-)Ärzttekammern



**Ärzttekammer Schleswig-Holstein**  
Bismarckallee 8–12  
23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/803–0  
Tfx.: 04551/803–101  
info@aeksh.de

**Ärzttekammer Hamburg**  
Weidestraße 122b  
22083 Hamburg  
Tel.: 040/202299–0  
Tfx.: 040/202299–400  
post@aekhh.de

**Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern**  
August-Bebel-Straße 9a  
18055 Rostock  
Tel.: 0381/49280–0  
Tfx.: 0381/49280–80  
info@aek-mv.de

**Ärzttekammer Niedersachsen**  
Karl-Wiechert-Allee 18–22  
30625 Hannover  
Tel.: 0511/380–02  
Tfx.: 0511/380–2240  
info@aekn.de

**Landesärztekammer Brandenburg**  
Geschäftsstelle  
Cottbus  
Dreifertstraße 12  
03044 Cottbus  
Tel.: 0355/78010–0  
Tfx.: 0355/78010–369  
post@laekb.de

**Geschäftsstelle**  
Potsdam  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam  
Tel.: 0331/505605–0  
Tfx.: 0331/505605–769  
post@laekb.de

**Ärzttekammer Bremen**  
Schwachhauser Heerstraße 30  
28209 Bremen  
Tel.: 0421/3404–200  
Tfx.: 0421/3404–209  
info@aekhb.de

**Ärzttekammer Berlin**  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin  
Tel.: 030/40806–0  
Tfx.: 030/40806–3499  
kammer@aekb.de

**Ärzttekammer Westfalen-Lippe**  
Gartenstraße 210–214  
48147 Münster  
Tel.: 0251/929–0  
Tfx.: 0251/929–2999  
posteingang@aekwl.de

**Ärzttekammer Sachsen-Anhalt**  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Tel.: 0391/6054–6  
Tfx.: 0391/6054–7000  
info@aeksa.de

**Ärzttekammer Nordrhein**  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Tel.: 0211/4302–0  
Tfx.: 0211/4302–2009  
aerztekammer@aekno.de

**Sächsische Landesärztekammer**  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden  
Tel.: 0351/8267–0  
Tfx.: 0351/8267–412  
info@slaek.de

**Ärzttekammer des Saarlandes**  
Faktoreistraße 4  
66111 Saarbrücken  
Tel.: 0681/4003–0  
Tfx.: 0681/4003–340  
info-aeks@aeksaar.de

**Bayerische Landesärztekammer**  
Mühlbaurstraße 16  
81677 München  
Tel.: 089/4147–0  
Tfx.: 089/4147–280  
info@blaek.de

**Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**  
Deutschhausplatz 3  
55116 Mainz  
Tel.: 06131/28822–0  
Tfx.: 06131/28822–88  
kammer@laek-rlp.de

**Landesärztekammer Thüringen**  
Im Semmicht 33  
07751 Jena-Maua  
Tel.: 03641/614–0  
Tfx.: 03641/614–169  
post@laek-thueringen.de

**Landesärztekammer Hessen**  
Hanauer Landstr. 152  
60314 Frankfurt  
Tel.: 069/97672–0  
Tfx.: 069/97672–128  
info@laekh.de

**Landesärztekammer Baden-Württemberg**  
Jahnstraße 40  
70597 Stuttgart  
Tel.: 0711/76989–0  
Tfx.: 0711/76989–50  
info@laek-bw.de

**Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen  
Ärzttekammern**  
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)  
10623 Berlin  
www.bundesaerztekammer.de  
Tel.: 030/400456–0  
Tfx.: 030/400456–388  
info@baek.de



**Bundesärztekammer**  
**Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern**  
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)  
10623 Berlin  
[www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)