

Intensivkurs

Innere Medizin kompakt

Meran, Südtirol • 21.–24.4.2022

im BDI > für Ärzt:innen in Weiterbildung
KOSTEN-FREI!

JETZT
online anmelden:
bdi.de

→ **Schwerpunkte:** Gastroenterologie • Rheumatologie • Nephrologie • Hepatologie • Diabetologie

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Reinhard Fünfstück, Weimar • Prof. Dr. med. Joachim Labenz, Siegen
Zertifizierung: Für diesen Kurs werden von der EUROPEAN UNION MEDICAL SPECIALISTS UEMS vorauss. 16 European CME-Credits verliehen und von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin werden vorauss. 16 Credits anerkannt.

Tagungsort: KIMM Kultur in Meran Mais • Maiser Vereinshaus GmbH • Pfarrgasse 2 / Via Parrocchi • 39012 Meran, Südtirol

Hinweis: Ab 2022 werden alle BDI-Präsenzveranstaltungen mindestens unter 2G-Bedingungen durchgeführt.

- 292 Wenn der Datenschutz dem Bevölkerungsschutz im Wege steht
- 294 Patient vor Papier
- 294 „Wir müssen weg von der Kontrollwut“
- 295 Künstliche Intelligenz auf der Bremsspur?
- 296 eRezept: Scheitern par excellence
- 296 Impfpflicht – Projekt mit Hindernissen
- 297 Corona-Impfpflicht: Was Ärzte wissen sollten!

Wenn der Datenschutz dem Bevölkerungsschutz im Wege steht



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Digitalisierungsprozess des deutschen Gesundheitswesens ist ein Drama in vielen Akten, das von allen Beteiligten – allen voran dem medizinischen Personal – ein hohes Maß an Geduld und Leidensbereitschaft verlangt. Jahrzehntlang war der Prozess von gegenseitiger Blockadehaltung und Partikularinteressen der Selbstverwaltungspartner geprägt und ver-

lief im Schneckentempo. Dann kam Gesundheitsminister a. D. Jens Spahn und machte das Thema zur Chefsache. Quasi über Nacht (in vier Jahren) sollten dann aufgeholt werden, was 20 Jahre lang verpasst wurde. Koste es, was es wolle.

Der externe Impuls war dringend notwendig, aber leider hochgradig ineffizient. Für die immensen Kosten haben wir eine Ansammlung veralteter oder unausgereifter Technik und Anwendungen bekommen, die uns im Arbeitsalltag bislang mehr Kopfzerbrechen als Hilfestellung gegeben haben: von Hardware-TI-Konnektoren, über die elektronische Patientenakte (ePA) und die eAU. Als „gehobenes Brieftaubenniveau“ hat Prof. Christian Karagiannidis vom Expertenrat der Bundesregierung zu COVID-19 den aktuellen Stand passgenau beschrieben. Es gibt großen Nachholbedarf.

Besonders deutlich haben wir diese Defizite in der Corona-Pandemie zu spüren bekommen. Vor diesem Hintergrund ist auch die Stellungnahme des Expertenrates Ende Januar entstanden. Zwei Jahre

nach Beginn der Corona-Pandemie haben wir weiterhin kaum Zugang zu wichtigen, aktuellen Versorgungsdaten, die „für ein effektives Pandemiemanagement und als Grundlage für politische Entscheidungen“ essentiell wären, weil uns schlichtweg die Infrastruktur fehlt. Wir wissen nicht genau, wie viele Menschen infiziert sind, wo sie sich infiziert haben oder wie viele geimpft sind. Auch deshalb sind wir maßgeblich auf die Daten aus anderen Ländern angewiesen. Entsprechend fordert der Expertenrat nicht nur den Ausbau der digitalen vernetzten Infrastruktur, sondern auch Gesundheitsdaten für die anonymisierte wissenschaftliche Auswertung zugänglich zu machen.

Dass Gesundheitsdaten ein besonders sensibles Gut darstellen, liegt auf der Hand. Patientinnen und Patienten müssen deshalb selbstverständlich durch gute Datenschutzbestimmungen geschützt werden. Auf der anderen Seite können Gesundheitsdaten – nicht nur in der Pandemie – auch einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Bevölkerung liefern, wenn Sie sinnvoll eingesetzt werden. Nicht verfügbare Daten bedeuten deshalb auch ein gesundheitliches Risiko: sowohl individuell, z. B. in Notfallsituationen, als auch global im Rahmen der Forschung, die große standardisierte Datenmengen benötigt.

Laut einer Umfrage der Techniker Krankenkasse wäre ein Großteil der Menschen (76 %) bereit, ihre anonymisierten Daten der wissenschaftlichen Forschung bereitzustellen. Die Idee der Datenspende wurde bei der Konzeption der ePA bereits angedacht. Die Funktion sollte jedoch erst ab 2023 zu Verfügung stehen. Hoffnung auf eine zeitigere Einführung macht, dass die Ampel im Koalitionsvertrag ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz vorgesehen hat.

Grundsätzlich gilt, dass wir in Deutschland umdenken müssen. Auch unter strengen Datenschutzaufgaben ist es möglich, medizinische Daten zu nutzen; sowohl für ein effektives Pandemiemanagement als auch für ein modernes, leistungsfähiges Gesundheitswesen. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat deshalb ein Anrecht von Patientinnen und Patienten gefordert, ihre Gesundheitsdaten bestmöglich zu nutzen. Die Politik muss die Rahmenbedingungen dafür – auch im Sinne des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung – schaffen. Für eine neue, tragfähige und realistische Digitalisierungsstrategie braucht es dann eine klare und schonungslose Bestandsanalyse und eine bessere Einbindung all jener, die tagtäglich mit den Anwendungen arbeiten.

Ihre
Christine Neumann-Grutzeck
Präsidentin

Internistische Summer School **Klinik Survival**



Frankfurt/Main

13.–14.5.2022

26.–27.8.2022

Landesärztekammer Hessen

→ www.klinik-survival.de



SICHER
durch die ersten
Weiterbildungs-
jahre!

Patient vor Papier

DKG-Chef Dr. Gerald Gaß fordert einen Bürokratie-Lockdown. Dass die Kassenseite nicht begeistert ist, ist klar. Aber auch für sie könnte dieser Lockdown aus der Not der Pandemie heraus letztlich eine Verbesserung bedeuten.

Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dr. Gerald Gaß, ist Anfang Januar mit einer interessanten Idee vorgeprescht. Er fordert einen sofortigen Bürokratie-Lockdown in deutschen Krankenhäusern für das erste Halbjahr 2022. Es sollten jetzt nur noch unbedingt notwendige Dokumentationen erfolgen. Das Ziel hinter der Forderung: Anstatt sich mit Bürokratie zu beschäftigen, sollten die verfügbaren Pflegekräfte in der Pandemie ihre knappe Arbeitszeit lieber für die „echte“ Patientenversorgung aufwenden.

Es war zu erwarten, dass diese Forderung ein geteiltes Echo hervorrufen würde. Auf der einen Seite wurde Gaß heftig vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) kritisiert. Sein Vorschlag klänge vielleicht populär, „würde aber den Verantwortlichen regional und überregional die Sicht auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen in den Kliniken nehmen“, so Stefanie Stoff-Ahnis vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Wie solle bei Personalmangel beispielsweise geholfen werden, wenn niemand mehr wisse, wo überhaupt wie viel Personal im Einsatz sei.

Ja, es gibt wichtige Dokumentation

Auf der anderen Seite wurde Gaß in Diskussionsforen, in denen überwiegend medizinisches Fachpersonal unterwegs ist, welches aktiv in der Patientenversorgung tätig ist, überschwänglich gelobt. „Patient vor Papier!“, schreibt einer der Kollegen, müsse jetzt das Gebot der Stunde sein. Anstatt sich mit Anfragen vom MDK oder dergleichen zu beschäftigen, sei es jetzt gefragt sich mit dem wirklich Wichtigen zu beschäftigen. Sicherlich wäre es keine gute Idee, wenn ab jetzt bis in den Sommer hinein kein einziges Wort mehr in deutschen Kliniken niedergeschrieben würde. Das ist Gaß aber bestimmt auch bewusst. Es gibt Informationen, die für den Krankenhausbetrieb und die regionale bzw. überregionale Steuerung unabdingbar sind. So ist es zweifelsohne notwendig, zu wissen, wo wie viele Patienten behandelt werden und wo wer im Einsatz ist. Eigentlich sollte aber auch unstrittig sein, dass wenn es hart auf hart kommt, manche Information, die aufwendig dokumentiert wird, weniger wichtig ist, als einem Patienten die Sauerstoffbrille auf die Nase zu setzen.

Pandemie als Ideen-Katalysator

Die Corona-Pandemie hat viele Entwicklungen in unserer Gesellschaft in einem ungeahnten Ausmaß katalysiert. Wer hätte beispielsweise vor fünf Jahren gedacht, dass Videokonferenzen heute bereits einen nennenswerten Anteil der Dienstreisen ersetzen würden? Oder, dass heutzutage in manchen Branchen „Homeoffice“ so etabliert sein würde, dass Firmen nahezu nur noch digital arbeiten und Personal gar wohnortungebunden rekrutieren? Die

Beispiele zeigen: Not macht erfinderisch und fördert dabei nicht selten Gutes zutage.

Deswegen sollte die Forderung nach einem Bürokratie-Lockdown als Chance für das deutsche Gesundheitswesen begriffen und ernsthaft diskutiert werden.

Seit Jahren wird – ambulant wie stationär – von den Leistungserbringern gebetsmühlenartig ein Bürokratieabbau gefordert. Trotz aller Lippenbekenntnisse ist bislang wenig passiert. Angeblich rechtfertigt jede erhobene Information stets den Dokumentationsaufwand. Mal wird zwar ein Dokumentationsbogen abgeschafft oder ein wenig gekürzt, merkliche Verbesserungen aber sind bislang ausgeblieben. Die aktuelle Pandemie ist eine große Chance, endlich weniger Bürokratie zu wagen.

Wie bei den Dienstreisen würde sich nach einem Bürokratie-Lockdown vermutlich zeigen, dass manche Dokumentationsvorgabe doch sinnvoll ist. Eine Vielzahl der Vorgaben aber würden sich sicherlich – wie bei den Dienstreisen – als entbehrlich erweisen.



PD Dr. med. Kevin Schulte
2. Vizepräsident

» 55,8 Millionen Netto-Arbeitsstunden verursachten die Informationspflichten 2020 allein in den Arztpraxen – 715.000 Stunden mehr als noch 2019. Das geht aus dem Bürokratieindex der KBV hervor. Das heißt, so die Körperschaft, dass aktuell etwa 61 Arbeitstage pro Jahr und Praxis für die Erfüllung von Informationspflichten aufgewendet werden müssten

INTERVIEW

„Wir müssen weg von der Kontrollwut“

Die Pandemie wird langfristige Effekte auf die Gesundheitsverwaltung haben, ist sich DKG-Chef Dr. Gerald Gaß sicher. Im Interview mit PD Dr. med. Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des BDI, erläutert er, warum.

BDI: Herr Gaß, Sie haben kürzlich einen Bürokratie-Lockdown gefordert. Wie kam es zu dieser Forderung?

Dr. Gerald Gaß: Für diese Forderung gibt es natürlich verschiedene Geburtshelfer. Zum einen ist uns der Bürokratiewahnsinn schon seit vielen Jahren ein Dorn im Auge. Drei bis vier Stunden pro Tag müssen Ärztinnen und Ärzte, aber auch Pflegefachkräfte mit Dokumentation verbringen. Zeit, die schon in normalen Zeiten für die Versorgung der Patientinnen und Patienten fehlt. Und in der Pandemie ist jede Minute, die wir unnötigerweise verlieren und nicht in die Patientenbetreuung stecken können, noch dramatischer. Als



© DKG/Lopata

▲ Dr. Gerald Gaß ist Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

2020 viele Dokumentationsvorgaben ausgesetzt waren, hat dies die Versorgung nicht verschlechtert.

Unter Omikron diskutieren wir nun darüber, ob Krankenhaus-Beschäftigte doch infiziert und vielleicht sogar mit Symptomen arbeiten sollen, um Personalausfälle ausgleichen zu können, und andererseits sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dann für stundenlange Bürokratie-Tätigkeiten eingesetzt werden. Dass unter solchen Bedingungen der Medizinische Dienst Grenzverweildauern prüft und die Beschäftigten zusätzlich belastet, kann nicht sein.

Der GKV-Spitzenverband hat die Ansicht vertreten, ein Bürokratie-Lockdown würde eine Steuerung der Krankenhäuser in der aktuellen Notlage unmöglich machen. Stimmen Sie dem zu?

Das ist ein untauglicher und leicht durchschaubarer Versuch, durch Überspitzung eine berechtigte Forderung zu diskreditieren. Der GKV-Spitzenverband spricht von Blindflug und Intransparenz, obwohl er sehr genau weiß, dass dies nicht unser Ziel ist. Was medizinisch und pflegerisch notwendig ist, soll und muss auch weiterhin dokumentiert werden. Wenn wir aber darüber diskutieren, Personal aus der Quarantäne zu holen, dann sollte dieses wenigstens für die Versorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, als dem medizinischen Dienst Rede und Antwort zu stehen, ob eine Grenzverweildauer unterschritten wurde.

Glauben Sie, ein Bürokratie-Lockdown hätte einen reinigenden Effekt, der die Pandemie überdauern würde?

Wenn ich die Äußerungen des GKV-Spitzenverbands höre, dann muss man das bezweifeln. Misstrauenskultur und Kontrollwut der Kostenträger sind so immens, dass Entbürokratisierung nicht in ihrem Sinn ist. Trotzdem glaube ich, dass die Pandemie einige langfristige Effekte in der Gesundheitsverwaltung haben wird. Die vergangenen zwei Jahre haben mit Nachdruck verdeutlicht, dass wir bei der Digitalisierung endlich vorankommen müssen. Und wir müssen dafür sorgen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerne arbeiten und den Kern ihrer Arbeit wieder in den Vordergrund stellen können. Dazu zählt auch, in deren Entscheidungskompetenz zu vertrauen. Und der Kern ihrer Arbeit ist nicht stundenlanges Dokumentieren.

Grundsätzlich muss die Bürokratie auf ein für Versorgungsqualität und -sicherheit notwendiges Maß zurückgeführt werden. Ich bin überzeugt, dass diese Kehrtwende notwendig ist. Wer hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachkräften immer nur Misstrauen entgegenbringt, darf sich nicht wundern, wenn diese hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich andere Betätigungsfelder suchen.

Künstliche Intelligenz auf der Bremsspur?

Künstliche Intelligenz vermag die Medizin und damit auch die Versorgung tiefgreifend zu verändern. Neben einer höheren Qualität könnte das vor allem auch personelle Ressourcen entlasten. Sofern die EU mitspielt.

Ob in Prävention, Diagnostik oder Therapie: die Erwartungen an die Künstliche Intelligenz (KI) sind hoch. Bereits in den nächsten Jahren soll sie die Gesundheitsversorgung prägen und die Versorgungsqualität verbessern. Auch, wenn derzeit noch viele Entwicklungen im Versuchsstadium stecken, lässt sich doch das Potenzial dieser Technologie für die Medizin erkennen. Insbesondere die Medizinprodukte könnten – KI-gestützt – eine ganz neue Rolle spielen.

Andererseits ist die Skepsis gegenüber Künstlicher Intelligenz, bei neuen Technologien nicht unüblich, durchaus groß. Selbst wenn sich viele Experten vom Einsatz intelligenter Systeme im Krankenhaus große Vorteile versprechen, die medizinischen Führungskräfte beurteilen den Einsatz von KI durchaus differenziert. Laut einer Studie der Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers aus dem Jahr 2019 setzen derzeit erst ca. 30 % der Krankenhäuser auf Lösungen mit Künstlicher Intelligenz. Der Mangel an ganzheitlichen Digitalisierungsstrategien in den Krankenhäusern stellt womöglich einen Grund dar, weshalb die Möglichkeiten der KI bisher nur zögerlich genutzt werden. Ein weiteres Hemmnis könnte, wie in vielen anderen Themenbereichen auch, die Europäische Union werden.

Hochrisikogruppe für die Medizin

Mit dem Entwurf eines Artificial Intelligence Act (AIA) hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für eine Verordnung veröffentlicht und dargestellt, wie sektorübergreifend, d. h. unabhängig davon, ob es sich um ein Computerspiel, ein selbstfahrendes Auto oder ein digitales Medizinprodukt handelt, ein einheitlicher Rechtsrahmen insbesondere für die Entwicklung, Nutzung und Vermarktung von KI in der EU erfolgen soll. Der risikobasierte Ansatz der Bewertung von KI in den unterschiedlichen Branchen sieht eine Klassifizierung von unannehmbarem Risiko (verboten!), hohem Risiko (verbunden mit strengen Auflagen) bis hin zu Anwendungen mit geringen Risiken vor. Medizinprodukte und/oder KI-Anwendungen für beispielsweise Roboter-assistierte Operieren fallen demnach unter die Hochrisikokategorie. Mit der Folge, dass nahezu jede in der Medizin eingesetzte Software fast ebenfalls in die Hochrisikogruppierung zu kategorisieren ist.

Eine Einordnung in die Kategorie als Hochrisikoprodukt ist jedoch grundsätzlich zu pauschal und berücksichtigt den Kontext der Anwendung der jeweiligen KI-gestützten Anwendung nur unzureichend. Eine Differenzierung, ob eine KI-gestützte Anwendung medizinisches Personal lediglich unterstützt oder gar komplett ersetzt, findet nicht statt. Eigentlich müssten KI-Anwendungen, die Ärztinnen und Ärzte lediglich in Prävention und Diagnose unterstützen und somit nur als zusätzlicher Informationspunkt dienen,

anders beurteilt werden als beispielsweise Operationsroboter, die Menschen selbstständig operieren.

Künstliche Intelligenz kann dazu beitragen, den großen Herausforderungen des Gesundheitswesens – angefangen beim Fachkräftemangel, über die wachsende Zahl von chronischen Erkrankungen bis hin zum demographischen Wandel – eine Antwort entgegenzusetzen.

Anwender mit einbeziehen!

Wie bei allen neuen Technologien gilt es jedoch, diejenigen, die maßgeblich KI-unterstützende Systeme anwenden, in den Prozess einzubinden. Es wäre dramatisch, die Anstrengungen im Bereich der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nicht deutlich zu verstärken. Hierzu gehört auch die Thematik KI. Der Konflikt zwischen Datennutzung und Datenschutz darf den Fortschritt nicht zum Schaden der zu behandelnden Patienten ausbremsen. Die Digitalisierung im Allgemeinen und Künstliche Intelligenz im Besonderen dürfen nicht ein Mehr an Bürokratie mit sich bringen, letztere ist auf ein notwendiges Maß zu begrenzen. Dabei gilt natürlich immer, dass der Patientenschutz nicht zu kurz kommen darf.



Tilo Radau
Geschäftsführer

» 30 % der Krankenhäuser setzen laut einer Studie von PricewaterhouseCoopers aktuell Anwendungen mit Künstlicher Intelligenz ein

KOMMENTAR

eRezept: Scheitern par excellence

Karl Lauterbach hat als eine seiner ersten Amtshandlungen die Einführung des eRezeptes auf unbestimmte Zeit verschoben. Zu Recht! Es wäre fatal gewesen, die Arztpraxen mitten in der Pandemie mit einem nicht funktionierenden eRezept zu belasten. Auch wenn die Notbremse gerade noch zur rechten Zeit kam, die Geschichte des eRezeptes ist bei nüchterner Betrachtung mehr als traurig und beschämend für die deutsche Gesundheitspolitik.

Man muss sich den Vergleich einmal auf der Zunge zergehen lassen: Die Idee des eRezeptes ist älter als die des Smartphones. Während Apple, Samsung und Co im Jahrestakt Hard- und Software-Innovationen erfolgreich auf den Markt gebracht haben, hat das eRezept eine Misserfolgsgeschichte gestartet, die ihresgleichen sucht. Alles fing mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von Ulla Schmidt (SPD) an. Demnach sollten alle Bürgerinnen und Bürger ab dem 1. Januar 2006 in Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sein, als deren Bestandteil war u. a. das eRezept

geplant. Daraus wurde nichts, da die eigens zu diesem Zweck gegründete Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH – allgemein hin als gematik bekannt – mehr als eine Dekade nichts Sinnstiftendes zustande gebracht hat. Das jedoch zu einem hohen Preis. Erst Jens Spahn (CDU) – und das muss man ihm zugutehalten – hat versucht, dem Trauerspiel ein Ende zu setzen. Leider, wie wir jetzt wissen, erfolglos.

Nicht zukunftsfit

Anstatt mit Häme, sollte man sich mit den Gründen für dieses Debakel beschäftigen. Denn eins sollte klar sein: Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner aktuellen Form nicht zukunftsfit. Ohne Reformen wird es in Zukunft nicht gehen, zumindest nicht mehr so gut wie bisher. Deswegen liegt es in unser aller Interesse, dass sinnvolle Reformen nicht scheitern, sondern gelingen.

Zeit und Geld waren zweifelsohne da, wurden aber ganz offensichtlich nicht sinnvoll verwendet. Nicht erst nach 20 Jahren hätte man feststellen müssen, dass das Projekt nicht ohne die Unterstützung der großen Mehrheit der Ärzteschaft funktionieren kann. Gleich zu Beginn hätte man verdeutlichen sollen, dass es sich um ein gesellschaftliches Erneuerungsprojekt handelt, welches nicht zu Lasten der Ärzteschaft gehen soll, sondern dahingehend entwickelt wird, ihnen im Alltag zu nutzen. Dann hätte es in der Folge garantiert mehr Unterstützung seitens der Ärzteschaft gegeben. Dennoch, wir sind nicht nur Opfer des Prozesses. Leider beschleicht einen gelegentlich der Eindruck, dem einen oder anderen ärztlichen Protagonisten würde es vordringlich um die Wahrung des Status quo gehen. Nach dem Motto: Keine Veränderung ist das Beste, was passieren kann. Diese Rolle steht der Ärzteschaft nicht!

PD Dr. med. Kevin Schulte

2. Vizepräsident

Schreiben Sie dem Autor unter: berufspolitik@bdi-aktuell.de

IM FOKUS

Impfpflicht – Projekt mit Hindernissen

In seiner Ad-hoc-Empfehlung hat sich der Deutsche Ethikrat für eine Ausweitung der Corona-Impfpflicht ausgesprochen. Während die öffentliche Diskussion zwischen Delta-Peak und Omikron darüber in voller Fahrt ist, tut die Politik sich mit einer Umsetzung schwer.

Ab dem 15. März müssen Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen einen Immunitätsnachweis vorlegen, um weiter ihrer Arbeit nachgehen zu dürfen. Viele Betroffene empfinden diese Regelung als unfair; anderen geht die Entscheidung nicht weit genug. Schließlich ist die Pandemie kein branchenspezifisches, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem. Bundeskanzler Olaf Scholz

(SPD) hatte nach dem Regierungsantritt im Dezember deshalb angekündigt, bis Februar/März einen Gesetzentwurf für eine allgemeine Corona-Impfpflicht vorzulegen.

Gesamtstrategie gefragt

Kurz vor Weihnachten hat der Deutsche Ethikrat in einer Ad-hoc-Empfehlung seine Einschätzung zu den ethischen Aspekten einer allgemeinen Impfpflicht abgegeben und sich mehrheitlich (20 zu 4 Stimmen) für eine Ausweitung der bestehenden gesetzlichen Regelung ausgesprochen. Eine Impfpflicht sei zwar ein massiver Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte, sie lasse sich jedoch rechtfertigen, „[...] wenn sie gravierende negative Folgen möglicher künftiger Pandemiewellen wie eine hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikanter Teile der Bevölkerung oder einen drohenden Kollaps des Gesundheitssystems abzuschwächen oder zu verhindern vermag.“

Die Empfehlung des Ethikrates kommt jedoch nicht ohne Auflagen. Die Einschätzung ist eng an die dominierende Virusvariante geknüpft und kann sich je nach Gefahrenlage wieder ändern. Das hat die Vorsitzende des Ethikrates, Alena Buyx, erst kürzlich noch einmal betont. Zudem müsse eine Impfpflicht immer Teil einer Gesamtstrategie sein und dürfe nicht dazu führen, dass andere Instrumente zur Steigerung der Impfquote vernachlässigt werden. Aus Sicht des Ethikrates muss eine Impfpflicht deshalb mit niedrigschwelligem Impfangebot, einer direkten Aufforderung zur Impfung und einem nationalen Impfregister einhergehen. Zudem betont der Rat, dass eine Impfpflicht keinen Impfwang bedeutet: „Die Durchsetzung der Impfpflicht unter Anwendung körperlicher Gewalt („Zwangsimpfung“) muss ausgeschlossen werden.“

Seit Beginn der Impfkampagne hatte der Ethikrat davon gesprochen, dass die Corona-Schutzimpfung vor allem auch zum Schutz anderer eine moralische Verpflichtung ist. Für eine rechtliche Verpflichtung, die über die einrichtungsbezogene Pflicht für einige wenige hinausgeht, gibt es mehrere Möglichkeiten einer konkreten Ausgestaltung. Das sehen auch die Mitglieder des Ethikrates so und nehmen unterschiedliche Positionen ein: 13 der 24 Mitglieder plädieren für eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene. Sieben Mitglieder halten eine Impfpflicht für besonders vulnerable Gruppen für ausreichend. Einigkeit besteht bei allen Befürwortern im Rat jedoch darin, dass die Pflicht ausschließlich für Erwachsene gelten soll.

Ärzterschaft uneins, Politik zögert

Unbestritten ist, dass die Impfung das wirksamste Instrument aus der Pandemie ist. Wissenschaftliche Experten, so auch der Ethikrat, gehen jedoch davon aus, dass die aktuellen Impfquoten nicht ausreichen, um von einer unkontrollierten pandemischen in eine kontrollierte endemische Lage überzugehen. Im Angesicht von Delta, Omikron und weiteren Virusvarianten sind dafür höhere Quoten notwendig als noch im Sommer gedacht: mindestens 90 % bei den über 60-Jährigen und 85 % bei den 18- bis 59-Jährigen.

Durch die Booster-/Impfkampagne der letzten beiden Monate konnte zwar etwas Boden gutgemacht werden. Bei den Erst- und Zweitimpfungen fehlen aber immer noch einige entscheidende

Prozent. Unterdessen droht dem Gesundheitssystem der Kollaps. Das Personal ist nach zwei Jahren Pandemie an der Grenze seiner Belastung. Auch vor diesem Hintergrund werden die Stimmen aus der Ärzteschaft nach einer Impfpflicht immer lauter. Bundesärztekammer, Landesärztekammern und diverse Berufsverbände, darunter auch der BDI, sind für eine allgemeine Impfpflicht. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hingegen hat sich dagegen ausgesprochen. Das zeigt, dass die Debatte auch innerhalb der Ärzteschaft kontrovers geführt wird.

Eine Gewissensfrage?

Trotz der ethisch-rechtlichen Hilfestellung des Ethikrates ist die Bundesregierung ihrer Ankündigung bislang nicht nachgekommen. Olaf Scholz hatte die Initiative darüber umgehend wieder an den Bundestag verwiesen und zu einer parteiübergreifenden Gewissensfrage erklärt, bei der die Abgeordneten von ihrer Fraktionsdisziplin entbunden wären. Das Ganze mutet wie ein Spiel auf Zeit an, denn bei einer notwendigen, politischen Entscheidung wäre eine Gewissensfrage eigentlich obsolet.

Eine erste Orientierungsdebatte im Bundestag ist Ende Januar geplant. Die SPD hat angekündigt, kurz danach einen Gesetzentwurf vorzulegen. Ob weitere parteiübergreifende Arbeitsgruppen einen Gegenentwurf präsentieren, ist bislang nicht bekannt – abgesehen von einem Antrag des FDP-Politikers Wolfgang Kubicki, der sich gegen eine Impfpflicht ausspricht. Angesichts dieses Zeitplans ist eine Abstimmung vor März unrealistisch.



Bastian Schroeder
Stellv. Geschäftsführer

» Die Durchsetzung der Impfpflicht unter Anwendung körperlicher Gewalt („Zwangsimpfung“) muss ausgeschlossen werden
Deutscher Ethikrat

Corona-Impfpflicht: Was Ärzte wissen sollten!

Ab dem 15. März gilt für Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen eine Corona-Impfpflicht. Doch was bedeutet das nun genau für Ärztinnen und Ärzte, MFA und anderes Praxis- und Klinikpersonal?

Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) hat der Gesetzgeber in Paragraph 20a eine de facto Impfpflicht für Personal in Gesundheitseinrichtungen eingeführt. Damit folgt der Bundestag der Empfehlung des Deutschen Ethikrates, der sich bereits seit längerem für die Einführung einer berufsbezogenen Impfpflicht im Gesundheits- und Pflegebereich ausgesprochen hatte. Darun-

ter zählen neben Arzt- und Zahnarztpraxen auch Krankenhäuser, Pflegeheime und Heilpraktiker.

Für wen gilt die Impfpflicht?

Für bestehende und bis zum 15. März 2022 einzugehende Tätigkeitsverhältnisse ist die Vorlage eines Immunitätsnachweises bis zum 15. März 2022 zu erfüllen. Die Pflicht zum Immunitätsnachweis gilt sowohl für das medizinische Personal als auch für alle weiteren in der Klinik, Praxis oder Einrichtung tätigen Personen, wie Reinigungskräfte, Hausmeister, Transport- oder Küchenpersonal. Auch spielt die Art der Beschäftigung keine Rolle, sodass neben Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten (inkl. Leiharbeitsverhältnis) auch Praktikanten, geringfügig Beschäftigte oder Aushilfen mit umfasst sind.

Basiert die Tätigkeit nicht auf einem Beschäftigungsverhältnis, sondern z. B. nur auf einem sehr kurzen „Tätigsein“ (etwa bedingt durch einen Botendienst), so fallen diese Personen nicht unter die Pflichten des Paragraphen 20a IfSG.

Die in Paragraph 20a IfSG geregelten Immunitätsnachweise müssen nicht von Patienten erbracht werden. Auch deren Begleitpersonen (z. B. Eltern von Minderjährigen) oder Begleitpersonen gebrechlicher Patienten sind nicht von der Impfpflicht umfasst.

Welche Pflichten haben Arbeitnehmer?

Für bestehende und bis zum 15. März 2022 einzugehende Tätigkeitsverhältnisse gilt: Bis zu diesem Datum müssen alle Angestellten einer Klinik, Arztpraxis oder einer Gesundheitseinrichtung dem Arbeitgeber einen Immunitäts-, Impf- oder Genesenennachweis oder ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können, vorlegen. Als genesen gelten Personen, die eine Infektion mit dem Coronavirus überstanden haben und bei denen die Erkrankung mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt.

Nachweise, die ab dem 16. März 2022 durch Zeitablauf ihre Gültigkeit verlieren, z. B. weil mehr als sechs Monate seit einer Genesung vergangen sind, müssen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit bei der Einrichtungs- oder Unternehmensleitung durch Vorlage eines neuen gültigen Nachweises ersetzt werden.

Wenn der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 15. März 2022 vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt darüber zu benachrichtigen. Ab dem 16.03.2022 dürfen Personen ohne Nachweis in der Klinik oder Arztpraxis nicht mehr beschäftigt werden.

Arbeitsrechtliche Konsequenzen

Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz der Anforderung keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie eine medizinische Einrichtung betritt oder in einer solchen Einrichtung tätig wird.

Sollte eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer die Impfung verweigern oder die erforderlichen Nachweise nicht vorlegen, entfällt die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen, wie z. B. eine Kündigung, können im Einzelfall in Betracht kommen. Da die gesetzlichen Kündigungsfristen nach der Länge der Beschäftigungsdauer gestaffelt sind, kann die Kündigungsfrist bis zu sieben Monate zum Monatsende betragen. Welche Kündigungsfrist in welchem Fall gilt, findet sich im jeweiligen Arbeitsvertrag.

Neben der Kündigung kann zunächst über eine eventuelle unbezahlte Freistellung nachgedacht werden, die alleine im Ermessen des Arbeitgebers liegt und nur im Einvernehmen mit diesem in Betracht kommt. Hierbei sind die Auswirkungen auf die Sozialversicherung zu bedenken: Die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer in den einzelnen Sozialversicherungszweigen setzt grundsätzlich eine Beschäftigung gegen Entgelt voraus. Bei einer unbezahlten Freistellung bleibt das Arbeitsverhältnis – ohne Anspruch auf Arbeitsentgelt – weiter bestehen. Bis zu einem Monat gilt dies weiter als Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt. Dauert die unbezahlte Freistellung allerdings länger, endet die entgeltliche Beschäftigung nach einem Monat. Mit dem Überschreiten der Monatsfrist ist eine Abmeldung zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung an die Einzugsstelle zu senden. Nach Ende der unbezahlten Freistellung muss der Arbeitnehmende neu angemeldet werden.

Im Vorfeld dieser Regelung sollten vor allem Praxisinhaber ihren Mitarbeitern die Regelungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Arbeitsverhältnis darlegen. Der Mitarbeiter muss auch darüber unterrichtet werden, dass ihm im Falle einer Kündigung eine Arbeitslosengeldbezugssperre durch die Bundesagentur für Arbeit auferlegt wird.

Weiterhin sollten die Aufforderung zur Vorlage der Bescheinigungen über den Impf-/Genesenenstatus oder die medizinische Kontraindikation gegen SARS-CoV-2 Impfung bis zum 15. März 2022 in der Personalakte dokumentiert werden. Dies gilt auch für Äußerungen der Mitarbeiter dahingehend, dass diese keine Immunitätsnachweise vorlegen möchten.

Sonderfall niedergelassene Ärzte

Alle Vertragsärztinnen und -ärzte erhalten mit der Zulassung nicht nur die Möglichkeit, in dem betreffenden Planungsbereich gegen die Gesetzliche Krankenversicherung ihre Leistungen abzurechnen, sondern auch die Verpflichtung, in bestimmten Öffnungszeiten die Praxis und durch Mitwirkung im Bereitschaftsdienst die Versicherten zu versorgen. Vertragsärzte müssen immer für Vertretung sorgen. Das gilt auch, wenn sie nicht geimpft sind.

Verletzt er/sie die vertragsärztlichen Pflichten, kann die Kassenärztliche Vereinigung disziplinarische Maßnahmen veranlassen. Einen Entzug der Zulassung kann das noch nicht unmittelbar zur Folge haben. Über diesen muss der Zulassungsausschuss entscheiden, wenn grobe vertragsärztliche Pflichtverletzungen nach dem Sozialgesetzbuch gegeben sind. Das zuständige Gesundheitsamt kann beispielsweise einem Vertragsarzt ohne Nachweis ein Betretungsverbot oder ein Tätigkeitsverbot in Pflegeeinrichtungen aussprechen.

Das IfSG erfasst nach dem Wortlaut nur Beschäftigte. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten die dargestellten Vorschriften. Hinsichtlich des Praxisinhabers, der zugleich Arzt ist, liegt eine Regelungslücke vor. Einerseits kann man das Argument vertreten, dass das Gesetz für alle in Gesundheitseinrichtungen Tätige gleichermaßen gelten muss. Andererseits besteht keine Pflicht des Arztes zur Selbstanzeige beim Gesundheitsamt. Auf Nachfrage des Gesundheitsamtes besteht die Pflicht zur wahrheitsgemäßen Aussage, ansonsten drohen Bußgelder.



Ass. iur. Christina Zastrow-Baldauf
Justitiarin des BDI

» Daher ist für mich der sicherste und schnellste Weg aus der Pandemie heraus die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Deutschland

Prof. Karl Lauterbach

Bundesgesundheitsminister in der Bundestagsdebatte über die Vorhaben der Ampel-Regierung am 13. Januar 2022 in Berlin

Impressum

Redaktion

PD Dr. med. Kevin Schulte, Wiesbaden (v. i. S. d. P.)

Korrespondenzadresse

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.

Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

Tel.: 0611 18133-0 | Fax: 0611 18133-50

info@bdi.de | www.bdi.de

DAS RECHT AN IHRER SEITE.



Als Ihr Berufsverband unterstützen wir Sie juristisch in allen beruflichen Belangen.

→ www.bdi.de/rechtsberatung

Kongress Mallorca

Alcudia (ES) • 22.–27.5.2022

JETZT
online anmelden:
bdi.de

→ für Ärzt:innen in Weiterbildung im BDI
KOSTEN-FREI!

→ **Vortragsthemen aus den Fachgebieten:**

Diabetologie • Endokrinologie • Gastroenterologie •
Hepatologie • Hypertensiologie • Infektiologie •
Internistische Intensivmedizin • Kardiologie •
Klinische Pharmakologie • Lipidologie • Nephrologie •
Neurologie • Psychiatrie • Rheumatologie •
Sportmedizin • Dermatologie • Arzt & Recht

Kongressleitung: Prof. Dr. med. Reinhard Büchsel, Berlin • Prof. Dr. med. Reinhard Fünfstück, Weimar
Zertifizierung: Der Kongressbesuch wird mit vorauss. 30 Fortbildungspunkten der Kategorie B zertifiziert.
Von der EUROPEAN UNION MEDICAL SPECIALISTS (UEMS) werden vorauss. 39 European CME-Credits
verliehen und von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin werden
vorauss. 40 Credits anerkannt.

Tagungsort: Hotel Be Live Grand Palace de Muro • Ctra. Alcudia-Artà, S/N
E-07458 Playa de Muro, Baleares (ES)

Hinweis: Ab 2022 werden alle BDI-Präsenzveranstaltungen mindestens unter 2G-Bedingungen durchgeführt.