

BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
111. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
VOM 20. – 23. MAI 2008
IN ULM

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Zu Punkt I der Tagesordnung:	7
Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft	7
1. Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier).....	7
2. Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung tragen.....	7
3. Kindgerechte stationäre Versorgung	8
4. Chronische Erkrankungen	8
5. Erhalt einer ganzheitlichen ärztlich-somatischen-psychotherapeutischen Medizin	8
6. Qualität und Transparenz	9
7. Qualitätsberichte.....	10
8. Gesundheit als Kapitalfaktor.....	10
9. Weiterentwicklung des Ulmer Papiers	10
10. Ulmer Papier als Grundlage zur Diskussion	11
11. Positionierung der Bundesregierung zum Ulmer Papier gefordert	12
Zu Punkt II der Tagesordnung:	12
Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland am Beispiel Demenz	12
1. Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter	12
2. Häusliche Pflege vor stationärer Pflege.....	15
3. Ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	17
4. Gesundheitsziel "Aktives Altern".....	17
5. Stärkung der Versorgungsforschung im Bereich Demenz.....	18
6. Neue Versorgungskonzepte - ambulante wohnortnahe geriatrische Rehabilitation	18
Zu Punkt III der Tagesordnung:	19
Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.....	19
Arztbild der Zukunft.....	19
1. Arztbild der Zukunft.....	19
2. Moderne Medizin gehört zur Kultur und nicht zur Industrie	23
3. Förderung des ärztlichen Nachwuchses.....	23
4. Keine Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin.....	24
5. 10 Thesen Papier (Prof. Schulze) bei der Fortschreibung des Ulmer Papiers berücksichtigen.....	24
Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.....	24
1. Die Rolle der Medizinischen Fachangestellten im multiprofessionellen ambulanten Team stärken	24
2. Stärkere Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management	27
3. Delegation ja – Substitution nein	28
4. Erweiterte Kompetenzen	29
5. Delegation ärztlicher Leistung im Konflikt mit Weiterbildung	30
6. Kostenaspekte bei Delegation ärztlicher Tätigkeiten	30
7. Arztbild der Zukunft - Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	31
8. Delegation ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich.....	32
9. Delegation ärztlicher Leistungen im stationären Bereich.....	32
10. Modellprojekte berufsgruppenübergreifender Behandlungsprozesse für versorgungsrelevante Erkrankungen.....	33

11. Qualifikation und Berufsausübungsüberwachung von Empfängern von Delegationsleistungen	34
12. Berufsgruppenübergreifende Behandlungsprozesse	34
13. Korrektur der Legaldefinition des Begriffes „Psychotherapeuten“ im Sozialgesetzbuch V	35
14. Integrität des ärztlichen Berufsbilds bei Delegation bewahren	36
15. Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen.....	36
16. Zusammenwirken mit anderen Gesundheitsberufen	37
17. Nichtärztliche OP-Assistenzen	38
18. Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	38
19. Weiterqualifizierung von Medizinischen Fachangestellten	38
Zu Punkt IV der Tagesordnung:.....	39
Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis	39
1. Teststop e-Card	39
2. Elektronische Gesundheitskarte - Auswirkungen der Einführung.....	40
3. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	41
4. Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen.....	43
5. Strukturierter Datensatz.....	43
6. Änderungsantrag IV-01.....	43
7. Notfalldaten speichern	44
8. Etablierung eines E-Health-Reports der Ärzteschaft	44
9. Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis	45
10. Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis	45
11. Keine EU e-Card.....	46
12. Test mit USB-Systematik.....	46
13. E-Card Test Sicherheit	47
14. Stärkere Fokussierung auf den stationären Bereich bei der Einführung von medizinischen Telematikanwendungen.....	47
15. Elektronischer Heilberufsausweis.....	48
16. Gendiagnostikgesetz unverzüglich verabschieden.....	49
17. IT im Gesundheitswesen	49
18. Datenschutz bei Krankenhaus-Informationssystemen (KIS)	50
19. Datenschutz im Krankenhaus.....	50
20. Datenspeicherung/Servertlösung	50
Zu Punkt V der Tagesordnung:.....	51
Sachstandsbericht zur (Muster-)Weiterbildungsordnung	51
1. Einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Landesärztekammern	51
2. Finanzierung von Weiterbildung	51
3. Förderung der Weiterbildung in Praxis und Klinik.....	52
Zu Punkt VI der Tagesordnung:.....	52
Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer.....	52
Förderung Allgemeinmedizin	52
1. Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin	52
2. Förderung Allgemeinmedizin	54
Ausbildung/Studium	54
1. Mobilität der Medizinstudierenden fördern.....	54

2.	Keine Studiengebühren im Examensemester.....	55
3.	Vergütung im Praktischen Jahr.....	55
4.	Ausbildungspauschale für Medizinstudierende im Praktischen Jahr.....	56
5.	Reform der Zulassung zum Medizinstudium	56
6.	Lehrstühle für Geriatrie einrichten	57
7.	Approbationsordnung/Hammerexamen.....	57
8.	Ausbildung – Schnellstmögliche Abschaffung des Hammerexamens.....	57
9.	Medizinische Ausbildung	58
Arzneimittel/Betäubungsmittel/Medizinprodukte		58
1.	Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Substitution Opiatabhängiger.....	58
2.	Zur Substitutionsbehandlung	59
3.	Arzneimittel - Wirkstoffnamen	60
4.	Arzneimittel - Anwendungsbeobachtungen	60
5.	Arzneimittel - Mindeststandards für Informationen der Pharma-Industrie	61
6.	Arzneimittel - Aufzahlungen durch Patienten.....	61
7.	Verpflichtung zur Kennzeichnung neuer Arzneimittel	61
8.	Unabhängige Arzneimittelinformation durch europäische Normsetzung gewährleisten.....	62
9.	Patienteninformation durch die Pharmaindustrie.....	63
10.	Todesfälle durch Arzneimittelunverträglichkeit - Öffentliche Positionierung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	64
11.	Versorgungsforschung zur Auswirkung von Rabattverträgen	65
12.	Stärkere Berücksichtigung der geriatrischen multimorbiden Patienten in Therapieempfehlungen und Leitlinien.....	65
13.	Medizinproduktegesetz.....	65
Gesundheitspolitik.....		66
1.	Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG	66
2.	Systemwechsel im deutschen Gesundheitswesen.....	68
3.	Ablehnung einer Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen.....	69
4.	Rechtswidriges Verhalten der Krankenkassen	69
5.	Einforderung einer Stellungnahme von Frau Ministerin Schmidt.....	69
6.	Keine Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte für Rationierung.....	70
7.	Keine Beeinflussung der Therapieentscheidung durch Sanktionen und Vergünstigungen.....	71
8.	Nachhaltige und ausreichende Finanzierung des Gesundheitswesens	71
9.	Erhalt einer handlungsfähigen ärztlichen Selbstverwaltung	72
Ambulante Versorgung		72
1.	Suchtkranke Ärzte therapieren statt sanktionieren	72
2.	Flächendeckende, wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen - kein verpflichtendes Primärarztmodell	73
3.	Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung.....	74
4.	Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen.....	74
5.	Ambulante Ethikberatung	76
6.	Ergänzung des § 119 Sozialgesetzbuch V (SGB V).....	77
7.	Sicherung ambulanter ärztlicher Psychotherapie	77
8.	Abschaffung der Praxisgebühr/Notfallpraxisgebühr	78
9.	Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses	78
BÄK/Deutscher Ärztetag		78
1.	Abschaffung der CD-ROM Version des Tätigkeitsberichts.....	78
2.	Anträge des Vorstands	79

3.	Vertretung von mindestens zwei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Vorstand der Bundesärztekammer – Vorbereitung einer Satzungsänderung	79
4.	Änderung der Geschäftsordnung.....	80
Krankenhaus.....		80
1.	Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009.....	80
2.	Hinweis auf Zunahme des Ärztemangels in deutschen Krankenhäusern	83
3.	Personalabbau in Krankenhäusern	83
4.	Mobbing von ärztlichen Standesvertretern	83
5.	Persönliche pflegerische Weiterbetreuung von Schwerbehinderten im Krankenhaus.....	84
6.	Weiterbildungssituation im Krankenhaus.....	85
Schnittstelle ambulant - stationär.....		86
1.	Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V	86
Private Krankenversicherung.....		87
1.	Änderungsantrag zu VI-6.....	87
2.	Koexistenz von PKV und GKV zum Wohle der gesamten Bevölkerung - Erhalt des bewährten 2-Säulen-Systems	87
3.	Einführung eines brancheneinheitlichen Basistarifs in die private Krankenversicherung.....	87
4.	Liquidation unter ärztlichen Kolleginnen und Kollegen	88
5.	Öffnungsklausel ablehnen	88
6.	Anerkennung von Suchterkrankungen	89
Prävention.....		90
1.	Anerkennung der Prävention als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe.....	90
2.	Präventionsgesetz	91
3.	Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung	92
Vergütung.....		93
1.	Öffnungsklausel § 2a GOZ/GOÄ	93
2.	Sicherung der psychosomatischen Gespräche in der hausärztlichen und fachgebundenen psychotherapeutischen Praxis	93
3.	W-Besoldung - Reform der Besoldungsstufen für Universitätsprofessoren und -professorinnen.....	94
4.	Beamtenbesoldung.....	94
Qualitätssicherung		95
1.	Sektorübergreifende Qualitätssicherung	95
2.	Öffentliche Veranstaltung zu "Qualität" und "Patientensicherheit" durch Landesärztekammern.....	95
3.	Weiterentwicklung von Leitlinien.....	96
Menschenrechte/Asylbewerber.....		96
1.	Abschiebung ist kein flugmedizinisches Problem - Sicherung ethisch-medizinischer Standards.....	96
2.	Flugreisetauglichkeit.....	97
3.	Ärztlich-ethische Belange im Kontakt mit Flüchtlingen/Asylbewerbern	98
4.	Ärztliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.....	100
5.	Frühzeitige Identifizierung von traumatisierten und von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen	101

Weiterbildung	102
1. Qualität der Weiterbildung	102
Verschiedenes	103
1. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit	103
2. Arbeitsschutzbestimmungen.....	104
3. Gleiche Bewertung ärztlicher Arbeit im Öffentlichen Dienst	104
4. Datentransparenz für ärztliche Körperschaften	105
5. Heilpraktikerwesen	105
6. Einrichten von Kinderkrippen.....	105
Zu Punkt VII der Tagesordnung:.....	106
Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006-30.06.2007).....	106
1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007)	106
Zu Punkt VIII der Tagesordnung:.....	106
Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07. 2006-30.06.2007).....	106
1. Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007)	106
Zu Punkt IX der Tagesordnung:.....	107
Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008-30.06.2009)	107
1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009)	107
Zu Punkt X der Tagesordnung:.....	107
Wahl des Tagungsortes für den 113. Deutschen Ärztetag 2010	107
1. Wahl des Tagungsortes für den 113. Deutschen Ärztetag 2010	107

Zu Punkt I der Tagesordnung:

GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK – GESUNDHEITSPOLITISCHE LEITSÄTZE DER ÄRZTESCHAFT

1. *Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier)*

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung der Änderungsanträge von

Herrn Dr. med. Pickerodt (Drucksache I - 01-13), Herrn Dr. med. Joas, Herrn Dr. med. Zöllner, Herrn Dr. med. Breu, Frau Dr. med. Lux, Herrn Dr. med. Binder und Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache I - 01-05), Frau Prof. Dr. med. Henneberg, Herrn Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach, Herrn Dr. med. König und Herrn Zimmeck (Drucksache I 01-41), Herrn Dr. med. Hülskamp, Frau Dr. med. Groß M.A. und Herrn Prof. Dr. med. Griebenow (Drucksache I-01-27), Frau Dr. med. Borelli (Drucksache I - 01-18), Herrn Dr. med. Gerd Scheiber (Drucksache I - 01-40 neu), Herrn Prof. Dr. med. Bertram, Herrn Dr. med. Rütz, Frau Haus und Herrn Dr. med. Fischbach (Drucksache I - 01-44), Herrn Prof. Dr. med. Bernd Bertram, Herrn Dr. med. Lothar Rütz, Frau Angelika Haus und Herrn Dr. med. Thomas Fischbach (Drucksache I - 01-09 neu), Herrn Dr. med. Scheffzek, Herrn Dr. med. Bolay, Herrn Dr. med. Voigt und Herrn Dr. med. Fischbach (Drucksache I - 01-29), Herrn Dr. med. von Ascheraden (Drucksache I - 01-37), Herrn Dipl.-Med. Michaelis (Drucksache I - 01-50), Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache I - 01-52), Herrn Dipl.-Med. Michaelis (Drucksache I - 01-53), Frau Dr. med. Heidrun Gitter (Drucksache I - 01-12 neu), Herrn Prof. Dr. med. Bertram, Frau Haus, Herrn Dr. med. Lienert, Herrn Dr. med. Lutz, Frau Dr. med. Roth-Sackenheim, Herrn Dr. med. Junker, Herrn Rettkowski, Frau Dr. med. Keller, Herrn Dr. med. Wesiack, Herrn Dr. med. Römer, Herrn Prof. Dr. sc. med. Sauermann, Herrn Dr. med. König, Herrn Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach, Herrn Dr. med. Döhmen, Herrn Dr. med. Fischbach und Herrn Dr. med. Schüller (Drucksache I - 01-45), Frau Dr. med. Gitter (Drucksache I 01-46), Herrn Dr. med. Beck, Herrn Dr. med. Czermak, Herrn Dr. med. Rechl und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache I - 01-20), Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache I - 01-16), Herrn Dr. med. von Zastrow und Frau Dr. med. Bunte (Drucksache I - 01-43), Frau Dr. med. Gitter (Drucksache I - 01-14), Frau Dr. med. Müller-Dannecker und Herrn Veelken (Drucksache I - 01-33), Frau Köhler (Drucksache I - 01-22) , Herrn Dr. med. Jonitz, Herrn Dr. med. Windhorst und Herrn Dr. med. Crusius (Drucksache I - 01-03)

beschließt der 111. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit die als Anlage 1 beigefügten "Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft" (Ulmer Papier).

2. *Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung tragen*

Der Änderungsantrag von Frau Dr. med. Roth-Sackenheim (Drucksache I - 01-35) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf Seite 13, Zeile 36, möge ein Spiegelstrich eingefügt werden:

- Psychisch und psychosomatisch kranken Patienten Rechnung tragen

Gemäß der Beschlusslage des 109. Deutschen Ärztetages muss den Bedürfnissen psychisch und psychosomatisch kranker Patienten größere Betrachtung geschenkt und deren Versorgung verbessert werden.

3. Kindgerechte stationäre Versorgung

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. med. Voigt und Herrn Dr. med. Mothes (Drucksache I – 01-39) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Als Ergänzung zu/ab Zeile 32 (Seite 13/14): Es ist sicherzustellen, dass es eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Kinderabteilungen/Kinderkliniken gibt, die für Kind und Angehörige (Eltern) in erreichbarer Nähe (i. d. R. 40 km bzw. 40 Minuten) liegen. Kindern muss die Möglichkeit gegeben werden, in einer entsprechenden Kinderabteilung behandelt zu werden. Weiter ist ein System zu etablieren, das die Strukturqualität dieser Abteilungen überprüfen kann.

Begründung:

Weiterhin werden Kinder in nennenswertem Umfang auf Erwachsenen-Abteilungen stationär behandelt. Diese Fehlbelegung verringert zum Einen das dringende Bettenangebot an geriatrische Patienten und verhindert zum Anderen die seit Jahren geforderte qualitätsgerechte Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus.

4. Chronische Erkrankungen

Der Änderungsantrag von Frau Dr. med. Rommel (Drucksache I - 01-19) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Änderung Seite 15 Zeile 6.

Streiche: "... ist jedoch fraglich"

Dafür: "... ist zu evaluieren"

Seite 15 Zeile 12 streichen, dafür: "Eine Neufassung des Konzeptes scheint jedoch erforderlich, um der optimalen Betreuung der zunehmenden Zahl der multimorbiden Patienten gerecht zu werden."

5. Erhalt einer ganzheitlichen ärztlich-somatischen-psychosomatischen-psychotherapeutischen Medizin

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. med. Scheffzek und Frau Dr. med. Rothe-Kirchberger (Drucksache I - 01-34) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ergänzung des Ulmer Papiers

Unter Punkt A2, Seite 15, Zeile 13 soll folgendes Kapitel eingefügt werden:

Stärkung der ganzheitlichen ärztlich-somatischen-psychosomatischen-psychotherapeutischen Medizin

(Zusammenfassung, grau unterlegt)

Die Entwicklung der Versorgung von Patienten mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen in ambulanten hausärztlichen und

somatischen-fachärztlichen Praxen ist besorgniserregend. Ärztlich-psycho-somatische und -psychotherapeutische Kompetenz ist in allen somatischen Fachgebieten unverzichtbar. Diese Arbeit ist mit einer pauschalen Vergütung derzeit nicht wirtschaftlich zu erbringen. Die Förderung der somatischen Fachärzte mit entsprechender Qualifikation (psychosomatische Grundversorgung und Psychotherapie) ist für die ausreichende psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung in der ambulanten Medizin dringend notwendig.

(Normaltext)

Durch die Pauschalisierung der Vergütung ärztlicher Tätigkeit und die damit zusammenhängende Entwertung der sprechenden Medizin ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische Tätigkeit innerhalb der hausärztlichen und der somatisch fachärztlichen Behandlung als Schwerpunkttätigkeit in absehbarer Zeit nicht mehr realisierbar. Gerade kleine Praxen mit psychosomatischem Arbeitsschwerpunkt sind in der ambulanten Versorgung unverzichtbar. Durch die neuen Strukturen von Einheitlichem Bewertungsmaßstab und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind diese Praxen in ihrer Existenz gefährdet. Der so erzwungene Strukturwandel zerstört ein bewährtes psychosomatisches und psychotherapeutisches Angebot auf der Basis des bio-sozialen Krankheitsmodells. Dieses Angebot ist bei Patienten mit funktionellen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen oft die Voraussetzung für die Einleitung ärztlicher und psychologischer psychotherapeutischer Behandlungen.

6. Qualität und Transparenz

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. med. Rechl, Herrn Dr. med. Römer, Herrn Dr. med. Jonitz und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache I - 01-06) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf Seite 24 werden unter Ziffer 5 des Ulmer Papiers die Zeilen 21 bis 44 durch folgenden Text ersetzt:

Transparenz ist die Voraussetzung für prüfbare Qualität, wenn auch Transparenz nicht automatisch Qualität schafft. In den letzten Jahren wurde durch die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung und durch vielfältige Projekte der Qualitätssicherung im ambulanten Bereich (z. B. Mammographiescreening, Sonographie, Koloskopie u. v. m.) die Grundlage geschaffen, Qualität vermehrt als Steuerungsinstrument in der Versorgung zu verwenden.

Der unsystematische Ansatz des Gesetzgebers und die unklare Verortung der Verantwortlichkeit für die Qualitätssicherung haben bislang zu einem Wildwuchs von Qualitätsberichten und Krankenhausführern, Zertifizierungsverfahren, Gütesiegeln etc. geführt.

Dabei soll der Qualitätswettbewerb auch durch Einbeziehung lokoregionaler Projekte gefördert werden. Ein bundeseinheitlicher, zentralistischer Ansatz lähmt häufig durch seine Schwerfälligkeit die notwendige schnelle Anpassung an den medizinischen Fortschritt. Dabei können auch Modelle der Koppelung der Vergütung an Qualität (Pay für Performance) entwickelt werden, da sie in der Regel am schnellsten qualitätsgerichtete Verhaltensänderungen bewirken.

Begründung:

Der Text beinhaltet in den zu streichenden Passagen lediglich Bedenken und Kritik an verschiedenen Strukturen und Modellen der Qualitätssicherung. Damit wird ohne das wichtige Projekt der Qualität systematisch zu erörtern die Fortentwicklung in eine falsche Richtung gelenkt. Die neue Formulierung lenkt den Fokus auf die Chancen der Qualität in der Versorgungssteuerung. Auch sollten die Möglichkeiten regionaler Projekte herausgestellt werden.

7. Qualitätsberichte

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. med. Josten (Drucksache I - 01-42) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Seite 24, Zeile 36 bis 38 - der letzte Satz ist zu streichen und zu ersetzen:

"Der Informationsgewinn für die Patienten und einweisenden Ärzte ist nicht gegeben. Interessenkonflikte dieser Berichte, Krankenhausführer und Zertifikate werden in diesen nicht aufgeführt. Dies ist für eine hinreichende Transparenz unabdingbar."

8. Gesundheit als Kapitalfaktor

Der Änderungsantrag von Frau Haus (Drucksache I - 01-23) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I – 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beschließt folgende Ergänzung des Ulmer Papiers (Seite 29, Zeile 27)

"Einerseits betreibt die Politik eine in großen Teilen unverantwortliche Ökonomisierung des Gesundheitswesens, andererseits ignoriert sie die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger als gesellschaftlichen Wirtschaftsfaktor. Insofern stehen die politischen Entscheidungsträger auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten in der Verantwortung für eine bestmögliche medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger und haben dementsprechend die Finanzierung des Gesundheitssystems sicherzustellen".

9. Weiterentwicklung des Ulmer Papiers

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Emminger, Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. von Römer, Frau Dr. med. Lux und Frau Dr. med. Borelli (Drucksache I - 02) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages in Ulm begrüßen die Aktivitäten des Präsidiums und des Vorstandes der Bundesärztekammer, auf der Grundlage des Beschlusses I-02 des 110. Ärztetages in Münster ein aktuelles gesundheitspolitisches Programm zu entwickeln.

Die zuletzt den Delegierten vorgelegte Version stellt zusammen mit den früheren Versionen 4.0 bis 5.2 eine nützliche und sinnvolle Grundlage dar, auf der jetzt innerhalb der Ärzteschaft eine intensive Diskussion zu einem gesundheitspolitischen Programm beginnen muss.

Der Vorstand der BÄK wird aufgefordert, diese Diskussion jetzt über die Landesärztekammern zu initiieren. Bei der Erörterung und der sich anschließenden redaktionellen Arbeit sind folgende Grundsätze zu beachten:

1. Die Aussagen erfordern einen breiten Konsens innerhalb der Ärzteschaft und eine hohe Akzeptanz bei allen Ärzten. Sie müssen eine nachhaltige Wirkung nach innen wie nach außen entfalten. Aktuell nicht lösbare Fragestellung oder Konflikte sollen wenigstens als solche beschrieben werden.
2. Es muss klar erkennbar sein, wer mit diesem Programm angesprochen werden soll. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein gesundheitspolitisches Programm in den einzelnen Teilen unterschiedliche Zielgruppen ansprechen muss, wenn die aktuellen Probleme umfassend beschrieben, Gefahrenpotentiale aufdeckt und ggf. Lösungsansätze angeboten werden sollen.
3. Auf der Grundlage der vorgelegten Versionen des Ulmer Papiers müssen Themen zu Gruppen zusammengefasst und priorisiert werden, um anschließend in thematisch zusammenhängenden Einzelkapitel (Modulen) erarbeitet, beschlossen und in ein gesundheitspolitisches Programm eingefügt zu werden. Das Arbeiten mit Modulen würde u. a. die Chance eröffnen, künftig zeitnah und adäquat reagieren zu können, sobald sich die Rahmenbedingungen grundlegend ändern. Aus zeitökonomischen Gründen können einzelne Landesärztekammern oder mehrere Landesärztekammern gemeinsam die Bearbeitung einzelner Module verantwortlich übernehmen.
4. Auf der Grundlage des Beschlusses von Münster bieten sich folgende Themen (nicht vollständig und nicht priorisiert) für die modulartige Bearbeitung an:
 - Patient-Arzt-Verhältnis, Ärzte als Anwälte der Patienteninteressen, ärztliches Selbstverständnis im Wandel, ärztliche Selbstverwaltung und Körperschaften;
 - Herausforderungen der demographischen und ökonomischen Entwicklung, veränderter Versorgungsbedarf, Fragen der Finanzierung unseres Gesundheitswesens, des ärztlichen Berufs als freier Beruf, leistungsorientierte Vergütung;
 - Organisations- und Strukturfragen der medizinischen Versorgung, Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, sektorale Gliederung der ärztlichen Versorgung;
 - Qualität und Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Fragen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, Förderung und Sicherung des ärztlichen Nachwuchses;
 - Ethische Fragen der Medizin, des ärztlichen Berufes, ärztliche Verantwortung zu Beginn und zum Ende menschlichen Lebens, Umgang mit innerärztlichen Konflikten, Lösungsansätze, Umgang mit der Informationstechnologie.

Ein gesundheitspolitisches Programm, das von einer breiten Mehrheit der Ärzteschaft gestaltet, akzeptiert und getragen wird, entfaltet nachhaltige Wirkung nach innen und nach außen und wird ein wichtiger Schritt sein, von außen herangetragene Angriffe auf das Patient-Arzt-Verhältnis und Versuche der Spaltung der Ärzteschaft erfolgreich abzuwehren.

10. Ulmer Papier als Grundlage zur Diskussion

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger und Herrn PD Dr. med. Scholz (Drucksache I - 04) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der 111. Deutsche Ärztetag sieht in den von ihm verabschiedeten „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft (Ulmer Papier)“ die Grundlage und den Beginn der innerärztlichen Diskussion.

Er spricht sich dafür aus, von diesem Ausgangspunkt aus die gesundheitspolitischen Positionen der Ärzteschaft kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das Ulmer Papier ist kein Ersatz für das Blaue Papier und dessen Aufgabe einer umfassenden programmatischen Standortbestimmung der Ärzteschaft.

Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus,

- eine Arzt-Patientenbeziehung so zu gestalten, dass sie sich an der Individualität des erkrankten Menschen ausrichtet und auf Therapiefreiheit einerseits und freier Arztwahl andererseits basiert;
- den Arztberuf als freien Beruf in seinen Kernelementen zu bewahren, fortzuentwickeln und wesensfremde Elemente abzuwehren;
- Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen infolge einer Überbetonung von Ökonomie und Rationalisierungspotenzialen entgegenzutreten;
- die eingetretene Rollenverschiebung zwischen Staat und Selbstverwaltung kritisch zu hinterfragen und eine Neubesinnung auf Ansätze subsidiärer Aufgabenwahrnehmung anzumahnen;
- eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine auch international konkurrenzfähige angemessene Vergütung für die hochqualifizierte und fordernde Tätigkeit aller Ärztinnen und Ärzte zu realisieren;
- die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung auch in Zukunft zu sichern;
- die gesundheitspolitische Mitwirkung der Ärzteschaft bei Gestaltung und Strukturierung des Gesundheitswesens zu vertreten.

11. Positionierung der Bundesregierung zum Ulmer Papier gefordert

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Liebscher und Frau Taube (Drucksache I - 03) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung sowie die jeweiligen Landesregierungen, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Gesundheitsministerien der Länder auf, zu den Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft - Ulmer Papier - zeitnah Stellung zu nehmen und sich im Hinblick auf hieraus resultierende Konsequenzen für die Gesundheitspolitik zu positionieren.

Zu Punkt II der Tagesordnung:

SITUATION PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN IN DEUTSCHLAND AM BEISPIEL DEMENZ

1. Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) fasst der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Seit Jahrzehnten steigt die durchschnittliche Lebenszeit kontinuierlich an, die Zahl alter und hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft wächst ständig.

Gleichzeitig gewinnt in einer „Gesellschaft des langen Lebens“ die Behandlung und Pflege älterer und alter Patienten, die häufig multimorbide, chronisch krank und teilweise oder komplett pflegebedürftig sind, zunehmend an Bedeutung. Dies stellt für jeden Einzelnen von uns und für die Gesellschaft neue Herausforderungen dar.

Ein Hauptgrund für den steigenden Versorgungs- und Pflegebedarf, mit dem auch steigende Gesundheitskosten für die Phase des Alterns einhergehen, sind heute die Demenzerkrankungen.

Laut Statistischem Bundesamt sind heute 4 Mio. Bundesbürger über 80 Jahre; für das Jahr 2050 rechnet man mit 10 Mio. über 80-Jähriger. Die Demenzrate steigt mit zunehmendem Alter exponentiell an: Von den 75- bis 78-Jährigen sind knapp 12 %, von den 80- bis 90-Jährigen knapp 25 % und von den über 90-Jährigen fast 50 % von einer Demenz betroffen. Schätzungsweise leiden 1,3 Mio. Personen in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. 733.000 davon sind Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (408.000 ambulant, 325.000 in stationären Einrichtungen). Demenz ist mit Abstand der wichtigste Grund für eine Heimaufnahme, bis zu 80 % aller Demenzkranken kommen im Verlauf ihrer Erkrankung in ein Pflegeheim. Derzeit kann man von einem Anteil Dementer von etwa 60 % aller Heimbewohner ausgehen. Demenzen zählen zu den kostenträchtigsten Krankheitsgruppen des höheren Alters, was sowohl die pflegerische als auch die medizinische Versorgung angeht. So entfielen im Jahr 2002 5,6 Mrd. Euro der Gesamt-Gesundheitskosten der GKV auf die Krankheitsentität der Demenzen.

Da bis zum Jahre 2050 voraussichtlich 10 Mio. Bundesbürger mit 80 Jahren oder älter unter uns leben werden, müssen wir mit einer deutlich steigenden Anzahl Demenzerkrankter rechnen, wenn bis dahin nicht effektive Präventionsstrategien bzw. Therapieformen entwickelt werden können.

Angesichts dieses demographischen und sozialen Strukturwandels und der zu erwartenden Entwicklung im Bereich der Versorgungs- und Finanzierungssysteme für pflegebedürftige ältere Menschen in Deutschland steht unsere Gesellschaft vor neuen Herausforderungen. Um in Zukunft ältere, insbesondere pflegebedürftige Menschen angemessen unterstützen zu können, bedarf es neben den bereits bestehenden Versorgungssystemen alternativer Konzepte, der Förderung familiärer Hilfen, bürgerlichen Engagements, der Stärkung der aktiven Ressourcen der alternenden Menschen, dem möglichst langen Erhalt ihrer Selbstbestimmung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages begrüßen ausdrücklich, dass die Koalitionsvereinbarung der derzeitigen Regierungsparteien Prävention und Behandlung von demenziellen Erkrankungen zu einem sogenannten „Leuchtturmprojekt“ erklärte. Wesentlich jedoch ist, dass es dabei nicht nur um die Förderung singulärer, zeitlich begrenzter Maßnahmen gehen kann, sondern dass daneben bereits bestehende sowie zukünftige erfolgreiche Modellprojekte und die aus ihnen gewonnenen Erkenntnisse in der Fläche nutzbar gemacht werden.

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages fordern Politik und Gesellschaft nachdrücklich auf, unverzüglich in eine gesamtgesellschaftliche Debatte über die Realisierung von pflegerischen und medizinischen Strukturen und Behandlungskonzepten für eine angemessene und würdige Versorgung demenziell Erkrankter einzutreten.

Deshalb fordert der 111. Deutsche Ärztetag:

Stärkung der Prävention und der geriatrischen Rehabilitation

In Anbetracht der Veränderung der Altersstruktur und der gestiegenen Lebenserwartung sind Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen von größter Bedeutung. Präventive Maßnahmen (z. B. in Form der Sturzprophylaxe, Hypertoniebehandlung) können einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung, Verzögerung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit leisten.

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern, sollten bedarfsgerechte Strukturen ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation flächendeckend ausgebaut werden.

Individuelle Pflege bedarf der gestuften Intervention und Vernetzung

Neben den stationären Einrichtungen sind ambulante Pflege, teilstationäre Angebote und betreute Wohngruppen zu fördern und wohnortnah auszubauen. Um den Erhalt der Selbstbestimmung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist besonders der flächendeckende Ausbau alternativer Wohnkonzepte für Demenzkranke (wie z. B. kleinräumige, betreute Alten-WGs) zu fördern.

Eine Kooperation aller Akteure ist notwendig, um die bestmögliche Betreuung Demenzkranker zu gewährleisten. Dabei berät und stützt der Hausarzt als Koordinator im Versorgungsmanagement den Erkrankten und seine Familie und leitet entsprechende Maßnahmen ein.

Die Ärzteschaft hat hierfür entsprechende Struktur- und Qualifizierungskonzepte zur Einbeziehung von Medizinischen Fachangestellten in die Hausbesuchstätigkeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte entwickelt und neue Felder der Aufgaben-delegation für medizinische Fachberufe beschrieben.

Im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe müssen dementielle Erkrankungen verstärkt Berücksichtigung finden. Hierzu zählen auch Hospitationen in der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie bzw. Konsiliar- und Liaison-diensten mit Gerontopsychiatern und Gerontologen.

Gezielte Anreizsysteme sollen optimal ausgebildete Pflegekräfte gewinnen, die engagiert und nach modernen Konzepten die Pflege Dementer gewährleisten. Rehabilitationskonzepte sind nicht nur für pflegende Angehörige, sondern auch für langjährig in der Altenpflege Tätige auszubauen.

Die derzeitige Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen ermöglicht nach Angaben aller Beteiligten nur ein „satt, still, sauber“. Daher ist die Aufstockung der Finanzmittel im Pflegebereich Grundbedingung für eine würdige und umfassende Versorgung im Alter.

Architektonische und pflegerische Gesamtkonzepte für Demenzkranke in stationären Pflegeeinrichtungen sind weiterzuentwickeln. Hierzu gehört insbesondere die Aufstockung der derzeitigen Personalbudgets in Pflegeheimen um 30 % (finanziert aus Steuermitteln und Pflegeversicherung). Nur diese Größenordnung erlaubt eine adäquate Demenzversorgung mit Gruppenarbeit, Validation, aktivierender und bestärkender Pflege sowie darüber hinausgehenden Angeboten (z. B. Musik- und Tanztherapie).

Forschung und Entwicklung moderner therapeutischer Ansätze der Demenz (dies umfasst neben einer sinnvollen Pharmakotherapie psychologische, psychotherapeutische und verhaltens-therapeutische Konzepte) sind zu fördern.

Stützung familiärer Hilfe, Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement

Eine gesamtgesellschaftliche Debatte ist endlich anzustoßen. Diese muss zur Entwicklung neuer gesellschaftlicher Konzepte der Nachbarschaftshilfe für die Betreuung von Kindern, kranken Mitbürgern, Alten und Dementen führen.

Die Fortentwicklung von Pflegekonzepten muss insbesondere die ansteigende Zahl alter und dementer Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem alleinstehender Frauen, berücksichtigen.

Der Ausbau von Unterstützungsangeboten für betreuende Angehörige ist zu fördern. Immerhin werden in Deutschland derzeit etwa 25 - 30 % demenziell Erkrankter von Familienangehörigen versorgt. Diese laufen selbst Gefahr, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein, auszubrennen und zu erkranken. Für diese Betreuungspersonen gilt es, Entlastungs- und Rehabilitationsgebote zu entwickeln. Hierzu gehören z. B. die Organisation von Urlaubsvertretung/Nachtwachen/Tagesstätten zur Betreuung der Erkrankten. Vor allem aber muss die gesellschaftliche Debatte auf einen Abbau der Tabuisierung und eine Beendigung der Isolation von Demenzkranken und ihren Angehörigen hinzielen.

Für eine angemessene Versorgung Alter und Demenzkranker in deren häuslichem Umfeld durch Angehörige, ambulante Pflegedienste und angestellte Betreuungskräfte bedarf es dringend einer Änderung der Steuergesetze: Die Kosten für die Betreuung von Kindern, Kranken und alten Angehörigen in ihrer häuslichen Umgebung sollten zukünftig voll steuerlich absetzbar sein.

Gesundheitspolitik und deutsche Ärzteschaft sind aufgerufen, gemeinsam sowohl Finanzierung als auch Etablierung neuer Versorgungskonzepte für geriatrische Patienten intensiv zu diskutieren und möglichst bald zu realisieren. Sowohl bei der Versorgung von in ihrer häuslichen Umgebung lebenden Patientinnen und Patienten als auch insbesondere bei der Betreuung von Altenheimen müssen dringend neue Kooperationsformen zwischen Hausärzten/Fachärzten/ambulanten wie stationären Pflegekräften und anderen medizinischen Fachberufen entwickelt und adäquat finanziert werden. Als mögliche Vertragsformen kommen Projekte der integrierten Versorgung, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit interessierten Krankenkassenverbänden sowie Kooperationsformen unter Nutzung von Netzerfahrungen in Frage.

Zusammenfassend gilt es, die gesamtgesellschaftliche Aufmerksamkeit für das Problem Demenz zu erhöhen sowie die längst überfällige Aufwertung aller Tätigkeiten bei der Pflege unserer alten und dementen Mitbürger zu erreichen. Die Versorgung Schwerstkranker und Verwirrter bringt körperliche wie psychische Höchstbelastungen mit sich und verlangt nach hoher gesellschaftlicher Anerkennung!

2. Häusliche Pflege vor stationärer Pflege

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Junker (Drucksache II - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Häusliche Pflege vor Pflegeheim

Die Pflege und ihre finanzielle Ausstattung über die Pflegeversicherung wird aufgrund vieler Faktoren, besonders aber der demographischen Entwicklung, zu einem zweiten, großen Problem neben dem Gesundheitswesen. Dieselben Fehler und Unzulänglichkeiten wie im derzeitigen Gesundheitsreform-"Un"-Wesen darf es hier aber nicht geben.

Ein wesentlicher Teil der Pflege könnte bei Bereitstellung entsprechender Ressourcen über die häusliche Pflege abgedeckt werden. Dies ist nicht nur bei Weitem humaner, sondern auch aus psychosozialer wie auch medizinischer Sicht unbedingt von Vorteil. Sicher über die Hälfte aller Pflegefälle könnten nach den Erfahrungen aus der Praxis zu Hause, „in den eigenen vier Wänden“, versorgt werden.

Es gibt so gut wie keine Probleme mit der hauswirtschaftlichen Versorgung und mit der Behandlungs- und Körperpflege, wohl aber bei dem kostbarsten Gut: Zuwendung, menschliche Wärme und Gesellschaft.

Deshalb müssen Lösungen gesucht werden, wie pflegebedürftigen Menschen diese Zuwendung – ähnlich dem Beruf der „Gesellschafterin“ vor 100 Jahren – zuteilwerden kann.

Damit wären die Pflegekassen wesentlich entlastet, Arbeitslose hätten einen neuen Beruf. Pflegebedürftigen Menschen aber insbesondere wäre der Weg ins „Pflege-Ghetto“ erspart, sie könnten in Würde, in der eigenen Wohnung, ihr Lebensende erleben!

Für die Vorbereitung zu einer solchen Aufgabe wären für die „GesellschafterInnen“ nur geringe Schulungs-/Vorbereitungs-Investitionen erforderlich.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher: Die Politik muss die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass Pflegeleistungen zu Hause auch von Deutschen unter vernünftigen finanziellen Bedingungen erbracht werden können.

Begründung:

Bereits jetzt gibt es eine Vielzahl von guten, intelligenten und humanen Lösungen für die Zeit, in der es im menschlichen Leben zur Notwendigkeit der Fremdhilfe kommt, dem Alter. Wohngemeinschaften, Fremdpersonen (z. B. aus Polen) im eigenen Haus, Nachbarschaftshilfe und vieles mehr wird zunehmend organisiert, um eine Aufnahme ins Pflegeheim zu ersparen. Oft ist auch nach akuten Pflegesituationen, die aber eine Pflege rund um die Uhr notwendig macht, wieder eine Selbstständigkeit für einige Zeit gegeben. Es ist aber dem Organisationsgeschick von Familienangehörigen oder wenigen sonstigen Menschen überlassen, solche Situationen abzufangen. Meist ist eine Aufnahme ins Pflegeheim allein wegen der akuten Notsituationen erforderlich, wovon es dann kein Zurück mehr gibt.

Organisierte „Gesellschaft“, über staatliche Stellen oder karitative Einrichtungen vermittelt, die auch die Qualitätsüberwachung vornehmen, würde nicht nur viele „Schicksale“ im Pflegeheim vermeiden helfen, sondern könnte auch viele Arbeitslose aus ihrem deprimierenden Schicksal herauslösen. Da zudem die Entlohnung nicht im Hochlohnbereich erfolgt, wäre vielfach das Pflegegeld dann dafür sogar ausreichend. Viele Beispiele belegen das bereits.

Hohe Einsparungen der Kommunen würden die steuerlichen Aufwendungen bei Weitem kompensieren.

3. Ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Rechl, Herrn Dr. med. Römer und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache II - 03) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, im Rahmen der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit besonders qualifizierten Ärzten zu fördern.

Begründung:

Freiwillig vereinbarte Kooperationen von Vertragsärzten haben folgende Vorteile:

- Das hohe Gut der freien Arztwahl bleibt durch die Einbeziehung der derzeit behandelnden Vertragsärzte erhalten
- Verbesserung der Lebensqualität der Heimbewohner durch den Erhalt des überwiegend langjährigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient
- Sicherstellung einer im hohen Maße qualifizierten ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Heimbewohner durch:
 - eine Absprache zwischen den behandelnden Ärzten im Heim
 - eine organisierte Rufbereitschaft zu sprechstundenfreien Zeiten
 - gezielte Fortbildungen im Bereich Geriatrie
- Einbindung komplementärer Facharztgruppen in eine Kooperation: Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie im Bedarfsfall Urologen, Dermatologen, Gynäkologen, Augenärzte und HNO-Ärzte.

4. Gesundheitsziel "Aktives Altern"

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. habil. Schulze (Drucksache II - 04) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen/gesundheitsziele.de“ der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) wird aufgefordert, „Aktives Altern“ als weiteres nationales Gesundheitsziel für Deutschland zu beschließen.

Begründung:

Die absolute Zahl der älteren Menschen und auch ihr Anteil an der Bevölkerung steigen in Deutschland stetig. Nach dem 75. Lebensjahr (Hochaltrigkeit) treten Krankheit und Multimorbidität, Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, Angewiesensein auf Hilfe und Pflege, vermehrte Behandlungsbedürftigkeit sowie Isolierung und Vereinsamung in vermehrtem Maße auf.

Die derzeitige Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegesituation ist qualitativ und auch quantitativ überwiegend unbefriedigend. Unseren Senioren muss ein Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit – die WHO hat dafür den Begriff „Aktives Altern“ geprägt – bis hin zu einem würdevollen Sterben ermöglicht werden. Diese dringendste Aufgabe – verschärft durch die soziodemografische Entwicklung der letzten Jahrzehnte und nicht erst in Zukunft relevant – beinhaltet die Bewältigung derart komplexer Probleme, so dass dies nur eine gesamtgesellschaftliche und interdisziplinäre Aufgabe sein kann.

Trotz des medizinischen Fortschritts kann Multimorbidität nicht verhindert werden, sondern wird mit zunehmender Lebenserwartung nur ins höhere Lebensalter verschoben. Die Anzahl multimorbider Hochbetagter wird deshalb stark ansteigen. Wie „Altern“ individuell verläuft, wird schon in den Jahrzehnten vor Eintritt dieser Lebensphase beeinflusst.

Ein gleichnamiges Projekt „Aktives Altern“ wurde bereits von der Sächsischen Landesärztekammer gemeinsam mit der Diakonie Sachsen und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales initiiert und in die „Gesundheitsziele Sachsen“ aufgenommen. Die Ärzteschaft, Politiker und Vertreter der karitativen Verbände sowie Wissenschaftler sind damit an einem Tisch vereint. Es werden erste Schritte zur Erforschung und Umsetzung des Bedarfs an Versorgungsstrukturen und der Etablierung multiprofessioneller Qualifizierung für die Arbeit mit alten Menschen gegangen. Das Projekt knüpft an der ganzheitlichen Erfassung der physischen, psychischen und sozialen Situation und den Bedürfnissen der Senioren an. Es sollen auch betreuende und pflegende Angehörige besser angeleitet und unterstützt werden, damit Senioren länger im familiären Umfeld leben können, wenn dies von beiden Seiten gewünscht wird.

5. Stärkung der Versorgungsforschung im Bereich Demenz

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. habil. Bach (Drucksache II - 05) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Bedeutung der pflegerischen Betreuung der Menschen mit Demenz und anderen altersbedingten körperlichen Erkrankungen nimmt immer weiter zu. Deshalb geht vom 111. Deutschen Ärztetag die Empfehlung an die sozialmedizinisch-epidemiologisch und sozialpsychiatrisch forschenden Institutionen aus, der Versorgungsforschung auf diesem Felde besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sollte derartige Bemühungen materiell unterstützen.

Begründung:

Aufgrund der durch die moderne Medizin eingetretenen erfreulichen Zunahme der Lebenserwartung, aber damit auch der Erhöhung des Sorgebedarfs für dieses Klientel, müssen Unternehmungen zu einer Fülle von sich daraus ergebenden Fragestellungen im pflegerischen, sozialkommunikativen, medizinisch-wirtschaftlichen und ethischen Bereich angestellt werden, die weit über die Möglichkeiten der Bearbeitung von Versorgungsforschungsfragen, die die Bundesärztekammer initiiert hat, hinausgehen.

Einzelne beispielhafte Fragestellungen sind der mündlichen Begründung vorbehalten.

6. Neue Versorgungskonzepte - ambulante wohnortnahe geriatrische Rehabilitation

Auf Antrag von Herrn Dr. med. von der Damerau-Dambrowski (Drucksache II - 06) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert Politik und Krankenkassen auf, endlich die im Gesetz garantierte Rehabilitation geriatrischer Patienten bundesweit sicherzustellen.

Geriatrische Patienten haben einen Anspruch auf Rehabilitation, der von den Kostenträgern weitgehend ignoriert wird.

Diese Patienten haben offensichtlich keine effektive Interessenvertretung, außer uns Ärzten.

Durch bundesweite wohnortnahe ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach dem Muster des von AOK und Bundesministerium für Gesundheit ausgezeichneten Projektes in Schönebeck/Sachsen-Anhalt kann dieses dringende Bedürfnis unserer Patienten erfüllt werden.

Zu Punkt III der Tagesordnung:

ARZTBILD DER ZUKUNFT UND ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN GESUNDHEITSBERUFEN

Arztbild der Zukunft

1. *Arztbild der Zukunft*

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung der Änderungsanträge von Herrn Prof. Dr. med. Griebenow, Herrn Dr. med. Josten, Herrn Dr. med. Mitrenga und Herrn Dr. med. Lange (Drucksache III - 01a) und Herrn Prof. Dr. med. Griebenow, Herrn Dr. med. Josten und Herrn Dr. med. Mitrenga (Drucksache III - 01b) fasst der 111. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm beschließt 10 Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Rolle der deutschen Ärzteschaft für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens:

1. Die Schlüsselrolle des Arztberufs für das Gesundheitswesen ergibt sich aus dessen Alleinstellungsmerkmalen.

Ärztinnen und Ärzte sind die maßgeblichen Träger und Gestalter des Gesundheitssystems. Sie sind die Experten für die Prävention und Diagnose von Krankheiten sowie für die Beratung, Behandlung und Betreuung von kranken Menschen. Jede Ärztin und jeder Arzt – unabhängig von dem jeweils erworbenen Wissen – muss nicht nur über umfassende Kenntnisse des Zugangs zum Menschen in seiner biologischen, psychologischen und sozialen Verfasstheit verfügen, sondern auch über praktisches Können, Empathie und die Fähigkeit, den Patienten zuzuhören. Jede Ärztin und jeder Arzt übernimmt in der täglichen Arbeit persönliche Verantwortung für die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und beweist Entscheidungsfähigkeit auch in Grenzsituationen. Aufgrund der hochqualifizierten Ausbildung, der spezialisierten fachlichen Weiterbildung und der kontinuierlichen Fortbildung ist deshalb die umfassende Ausübung der Heilkunde am Menschen unter Arztvorbehalt gestellt.

Alleinstellungsmerkmal des ärztlichen Berufes ist die Fähigkeit zur am Wohle des individuellen Patienten ausgerichteten

- Differentialdiagnose und Differentialtherapie (verstanden im weitesten Sinne, reichend vom beobachtenden Zuwarten einerseits bis zum Therapieabbruch andererseits)
- indikations- und zeitgerechten Kooperation mit anderen medizinischen Fachrichtungen

- unerwünschte Verläufe antizipierenden Planung von Diagnostik und Therapie
- frühzeitigen Erkennung und Bekämpfung von Komplikationen und
- Koordination der Zusammenarbeit mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Delegation ärztlicher Tätigkeit kann daher immer nur

- einen patientenspezifisch formulierten Auftrag umfassen (über dessen Fortgang und Ergebnis zeitnah kommuniziert werden muss),
- zeitlich befristet und
- jederzeit widerrufbar sein,

um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Gesamtverantwortung zu gewährleisten.

Insbesondere sind alle Befunde, die ärztliche Entscheidungsprozesse nach sich ziehen, ärztlich zu verantworten.

2. Der Arzt übt einen freien Beruf aus und ist kein beliebig austauschbarer Gesundheitsdienstleister.

Die zukünftige Rolle der Ärztinnen und Ärzte hängt im Wesentlichen davon ab, wie sie sich und ihre Profession verstehen wollen. Die deutsche Ärzteschaft lehnt eine Trivialisierung des Arztberufs ab. Die Ausübung des Arztberufs ist eine äußerst komplexe Aufgabe, die Hingabe und Leistungsbereitschaft erfordert. Hierdurch sowie durch seine professionelle Autonomie erhält der Arztberuf seinen besonderen Reiz. Mit dem Selbstverständnis eines hochqualifizierten, freien Berufs bleiben die Ärztinnen und Ärzte unabhängig von ihrem Tätigkeitsgebiet auch in Zukunft für die Patientinnen und Patienten als Experten für Gesundheit und Krankheit und als Vertrauensperson der ersten Wahl erkennbar.

Die ärztlichen Selbstverwaltungen sind Interessenvertreter der Ärzteschaft und Garanten der Freiberuflichkeit ärztlicher Tätigkeit im Sinne einer optimalen Patientenversorgung.

3. Für den Patienten ist der Arzt Experte und Vertrauensperson in einem.

In unserer modernen arbeitsteiligen Gesellschaft ist der Einzelne in den meisten Lebenszusammenhängen ein Laie und deshalb auf evidenzbasiertes Expertenwissen angewiesen. In der Situation einer Erkrankung stellt sich die Angewiesenheit auf andere am intensivsten dar. Den eigenen Wissensvorsprung fürsorglich in den Dienst eines anderen zu stellen, die Patienten in ihrer Würde (und Autonomie) anzuerkennen, ist Kern der ärztlichen Ethik, verankert in der Berufsordnung, und stellt in Zeiten der zunehmenden Marktorientierung unseres Gesundheitswesens den wirksamsten Patientenschutz dar.

4. Die Patient-Arzt-Beziehung muss vor einer Erosion durch Kontrollbürokratie und Instrumentalisierung des Arztberufs für Rationierungszwecke geschützt werden.

Die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte und Medizinstudentinnen und Medizinstudenten, in diesem System arbeiten zu wollen, nimmt stetig ab. Aber nicht der Arztberuf ist unattraktiv, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er ausgeübt werden muss. Die Verlagerung von Rationierungsentscheidungen, die eigentlich auf politischer Ebene gelöst werden müssen, auf die Mikroebene der Patient-Arzt-

Beziehung verunsichert die Patientinnen und Patienten und demotiviert die Ärztinnen und Ärzte. Belastend an der Situation der Mittelknappheit ist nicht, dass die Ärztin und der Arzt auch Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte berücksichtigen müssen, denn dies zählt grundsätzlich zu ihren vom Berufsethos bestimmten Pflichten, sondern die für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen bedrückende Fremdbestimmung durch kontraproduktive gesetzliche oder krankenkassendominierte Vorgaben.

5. Eine patientenorientierte Medizin und ein leistungsfähiges Gesundheitswesen brauchen die „ganze“ Ärztin und den „ganzen“ Arzt.

Die Komplexität ärztlichen Handelns ist weder mit einer Partikularisierung des Arztberufs in einen „Heiltechniker“, „Beratungsarzt“ etc. noch mit einer Verkürzung des Medizinstudiums und Reduzierung des Primärarztes auf einen Schmalspur-Primärversorger vereinbar. Die Patienten lehnen zu Recht ab, auf Symptome und Diagnosen reduziert zu werden. Sie erwarten von guter Medizin, in der Ganzheit ihres Leidens wahrgenommen zu werden. Ein fragmentierter Arzt kann dieser Aufgabe nicht gerecht werden. Eine Partikularisierung der Rolle des Arztes leistet der Entindividualisierung und Kommerzialisierung der Medizin im Gesundheitswesen Vorschub.

Bei Konzepten zur Neuordnung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus muss deshalb die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und die interprofessionelle Organisation der arbeitsteiligen Medizin im Mittelpunkt stehen, und nicht die Fragmentierung des Arztberufs. Im Hinblick auf den ambulanten Bereich, wo insbesondere in der hausärztlichen Versorgung Engpässe drohen, müssen Konzepte, die auf Basis eines verkürzten Medizinstudiums auf einen neuen Primärversorgertyp hinauslaufen, zu dem dann auch nichtärztliche Leistungserbringer zugelassen werden sollen, konsequent abgelehnt werden.

Unser Ziel ist eine möglichst ungeteilte Patientenbegleitung durch den behandelnden Arzt. Im stationären Bereich ist dabei durch geeignete Dienstplangestaltung und Rotationspläne sicherzustellen, dass eine möglichst hohe Kontinuität des ärztlichen Ansprechpartners gewährleistet ist. Im ambulanten Bereich stellt der umfassend ausgebildete und erfahrene Hausarzt den besten Primärversorger für den Patienten dar. Die Hauptfunktion der sog. Primärversorgung besteht nicht in der bloßen Verteilung der Patienten, sondern in einer komplexen hausärztlichen Versorgung einschließlich einer biographischen, mitunter lebenslangen Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen. Die Ärzteschaft verweist auf ihr eigenes Konzept zur Förderung der Allgemeinmedizin, das politisch aufzugreifen ist.

6. Die Rolle des Arztberufs ist keine omnipotente, sondern die des besten Anwalts des Patienten.

Ärztinnen und Ärzte distanzieren sich von einem unkritischen Machbarkeitsglauben und der Überfrachtung der ärztlichen Rolle mit Heilserwartungen. In unserer Gesellschaft haben Krankheit und Tod aufgehört, normale Bestandteile des Lebens zu sein. Sie werden als abweichender Ausnahmezustand betrachtet. Unsere Gesellschaft muss wieder lernen, Krankheit, Alter und Tod als integrale Bestandteile des Lebens zu akzeptieren.

7. Die zukünftigen Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit bestehen darin, die Fähigkeit des Einzelnen oder auch ganzer Bevölkerungsgruppen zu fördern, durch Eigeninitiative ihre Gesundheit zu verbessern sowie in der Behandlung und Betreuung chronisch Kranker und pflegebedürftiger Patienten. Um den Zukunftsaufgaben gerecht zu werden, bedarf es einer stärkeren Vermittlung

psychosozialen Wissens und der Schulung der kommunikativen und sozialen Kompetenzen der Ärzteschaft bereits im Medizinstudium.

In einem sich zur Gesundheitswirtschaft umdefinierenden Gesundheitswesen, in dem die Patienten und Versicherten mehr Eigenverantwortung übernehmen wollen und sollen, können nur Ärztinnen und Ärzte die Flut von Informationsangeboten über Gesundheit und Krankheit mit professioneller Sachkenntnis und unter dem Blickwinkel des Patientennutzens bewerten und Irrationalismen pseudomedizinischer Scheinangebote energisch abwehren. Gleichzeitig muss das Gesundheitswesen aus der „Gesundheitsfalle“ herausgeführt werden, in der jede Normabweichung bzw. Missbefindlichkeit als Gesundheitsproblem gesehen wird und die zu unnötigen Arztkontakten zu Lasten der ernsthaft erkrankten Menschen führt. Besonders intensive ärztliche Unterstützung benötigen neben den chronisch Kranken und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten jene Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheitsbewusstsein aufgrund sozioökonomischer Faktoren geringer ausgeprägt ist.

8. In Anbetracht der Komplexität der modernen Medizin und der soziodemographischen Entwicklung muss die medizinische Versorgung als Teamaufgabe begriffen werden.

Voraussetzung für ein synergetisches, effizientes und wirtschaftliches Zusammenwirken in multiprofessionell zusammengesetzten Teams oder im Rahmen von berufsgruppenübergreifenden Versorgungskonzepten ist unter ärztlicher Gesamtverantwortung eine klare Aufgabenteilung auf der Basis vorhandener Qualifikationen und Kompetenzen. Modellvorhaben, die auf Arztersatz und Aufweichung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen, lehnt die verfasste Ärzteschaft ab, weil sie die Patientensicherheit gefährden, die Einheitlichkeit der Heilkundeausübung zersplittern, mehr statt weniger Rechtsunsicherheit erzeugen und dadurch nicht zu der erhofften Effizienz- und Wirtschaftlichkeitssteigerung im Gesundheitswesen beitragen werden.

9. Eine Orientierung am Primat des Patientenwohls gehört zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Sie ist konstitutiv für eine patientenorientierte Medizin und ein leistungsfähiges Gesundheitswesen.

Im Gegensatz zu dem konstant hohen Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Ärzteschaft ist jedoch das Vertrauen in das unterfinanzierte Gesundheitswesen erschüttert, weil als Folge der inflationären Gesundheitsreformen nicht mehr erkennbar ist, ob das Primat des Patientenwohls noch im Mittelpunkt steht und, wenn ja, wie es geschützt werden kann. Neuere Konzepte einer partnerschaftlichen, patientenzentrierten Medizin beziehen gleichberechtigt Wohl und Willen der Patientinnen und Patienten voll in ärztliche Entscheidungen ein.

10. Aufgrund ihres Expertenwissens und ihrer berufsimmanenten Verantwortlichkeit für die Patienten stellt die Ärzteschaft einen unverzichtbaren Partner für den Strukturwandel des Gesundheitswesens dar.

Die im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe sind die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen. Für diesen so besonderen, sensiblen Sektor ist eine hohe Motivation der in diesem System arbeitenden Ärztinnen und Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe essentiell. Hierzu zählen nicht nur eine leistungsgerechte Honorierung der Arbeit, sondern auch ideelle Wertschätzung, adäquate Beteiligung am Strukturwandel und Gewährleistung professioneller Autonomie. Nur mit engagierten Ärztinnen und Ärzten kann es auch in Zukunft ein patientenorientiertes Gesundheitswesen geben.

2. *Moderne Medizin gehört zur Kultur und nicht zur Industrie*

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. med. Groß M.A., Herrn Prof. Dr. med. Kahlke, Frau Dr. med. Machnik und Herrn Dr. med. Bartmann (Drucksache III - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Der Diskussionsprozess über das Arztbild der Zukunft, der mit dem 111. Deutschen Ärztetag angestoßen ist, bedarf der Nachhaltigkeit und ist institutionell auf Dauer zu stellen.
2. Die deutsche Ärzteschaft wird sich in Zukunft verstärkt um ein angemessenes Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Heilung und Therapie bemühen und ein solches Verständnis im Interesse der Qualität der Behandlung und der Bedürfnisse der anvertrauten Patienten fördern.
3. Ein nachhaltiger Diskurs um die Stellung der Medizin in modernen Gesellschaften setzt zwingend einen interdisziplinären Ansatz voraus. Nur im Austausch mit den anderen Sozialwissenschaften, der Philosophie und der Psychologie sowie insbesondere auch der Theologie wird es gelingen, der Identitätsbildung der deutschen Ärzteschaft Substanz zu verleihen und für die Interessen einer humanen Patientenbehandlung auch in Zukunft zu streiten.

Begründung:

Die kritischen Entwicklungen des deutschen Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten finden einen wesentlichen Grund in einem folgenreichen und gravierenden Missverständnis der Gesundheitspolitik der gesellschaftlichen Funktion der Medizin gegenüber.

Nahezu allen Eingriffen und Gesetzen liegt die Vorstellung zu Grunde, das Gesundheitswesen, die Medizin und die ärztliche Kunst seien ähnlich anzulegen und zu organisieren wie Industriebetriebe, aus denen auch die Vorstellungen von Effizienz und Effektivität entlehnt zu sein scheinen.

Eine solche Vorstellung der Medizin und der ärztlichen Kunst als einseitiges Herstellen und industrieller Organisation geht in die Irre und gefährdet den Wesenskern aller therapeutischer Anstrengungen.

Der Charakter und das Wesen der Begegnung von Patient und Arzt im Prozess der Stärkung des Erkrankten und des Einsatzes der ärztlichen Kunstmittel ist eine zutiefst humane, kulturelle Leistung und kann nur unter bestimmten Bedingungen optimal gedeihen.

Sie ist daher - von Ausnahmen abgesehen - nicht als eine industrielle Produktionskette darstellbar.

Eine Medizin, die nur noch die Krankheiten behandeln muss und nicht den Kranken, ist in ihrem Kern tödlich getroffen.

3. *Förderung des ärztlichen Nachwuchses*

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Rechl, Herrn Dr. med. Kaplan und Herrn Dr. med. Jonitz (Drucksache III - 10) unter Berücksichtigung des Änderungsantrags von Frau Dr. med. Buckisch-Urbanke (Drucksache III - 10a) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesregierungen auf, gemeinsam mit den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Kooperationspartnern (z. B. Universitäten, Krankenkassen, Kommunen und Banken) ein umfangreiches Konzept zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu entwickeln, um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken.

Dieses Konzept umfasst die Ausbildung, die Verbundweiterbildung und die Förderung der Niederlassung.

Begründung:

Während ein Großteil der niedergelassenen Ärzte älter als 50 Jahre ist, entscheiden sich immer weniger junge Mediziner für den Beruf des Arztes. Um einen drohenden Ärztemangel insbesondere in den ländlichen Regionen zu verhindern, müssen möglichst bald geeignete Maßnahmen zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses ergriffen werden.

4. Keine Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin

Auf Antrag von Frau Dr. med. Buckisch-Urbanke, Herrn Dr. med. Josten, Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache III - 21) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschlie-ßung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin ab. Eine modulare Ausbildung Bachelor/Master ebnet den Weg zu Medizin-schulen, die der bisherigen Qualität der deutschen Hochschulausbildung nicht ent-sprechen. Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss "Staatsexamen" muss erhalten bleiben.

5. 10-Thesen-Papier (Prof. Schulze) bei der Fortschreibung des Ulmer Papiers berücksichtigen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Jaeger und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache III - 23) be-schließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Die 10 Thesen "zum Arztbild der Zukunft" aus dem Vortrag von Prof. Schulze werden bei der Fortschreibung des Ulmer Papiers berücksichtigt.

Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

1. Die Rolle der Medizinischen Fachangestellten im multiprofessionellen ambulanten Team stärken

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 02) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschlie-ßung:

Die sich ändernden Versorgungsbedingungen machen eine stärkere Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in Versorgungskonzepte unverzichtbar. Dabei sind allerdings neue Versorgungsschnittstellen und Parallelstrukturen zu vermeiden. Die multiprofessionelle Teambildung und berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte sind auf eine konsequente Patientenorientierung hin auszurichten. Arzt-unterstützenden und arztentlastenden Maßnahmen unter Erhalt der ärztlichen Gesamtverantwortung kommt insbesondere in der Primärversorgung eine beson-

dere Bedeutung zu. Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen müssen hierfür verstärkt qualifiziert und eingesetzt werden.

Die zukünftige Versorgungslage wird gekennzeichnet sein durch

- den Altersstrukturwandel (höheres Durchschnittsalter der Patienten, mehr alte/hochbetagte Patienten, weniger Kinder, Zunahme von Pflegebedürftigkeit),
- ein verändertes Krankheitsspektrum und Krankheitsgeschehen (Zunahme chronisch Kranker bei oft gleichzeitiger Multimorbidität, psychosozialen Folgeerscheinungen und degenerativen Prozessen),
- den gesellschaftlichen Wandel (Zunahme von Single-Haushalten, geänderte familiäre Strukturen, Verlust sozialer Netzwerke),
- den Rückgang personeller Ressourcen bei allen Gesundheitsberufen,
- dauerhaften Druck auf die Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitssystems.

In Folge dessen müssen Strukturen und Prozesse an geänderte Bedarfe angepasst werden: Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte sind auf Langfristigkeit auszurichten, Prävention, Rehabilitation, Palliativversorgung gewinnen gegenüber der akutmedizinischen Versorgung an Bedeutung, psychosoziale Hilfen und Pflege sind zu integrieren und zu regionalisieren, die sektorenübergreifende Versorgung, die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, die Organisation von Prozessen sowie die Aufgabenverteilung und die Delegation ärztlicher Leistungen sind zu optimieren. Von möglichen Entlastungseffekten könnte auch die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern profitieren.

Die Hausarztpraxis bietet sich für die Bewältigung der bevorstehenden Aufgaben in herausragender Weise an:

Im § 73 Abs. 1 SGB V ist die Aufgabenstellung für die hausärztliche Versorgung festgelegt:

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Zum anderen ist der Hausarzt am besten geeignet, die Patienten umfassend und kontinuierlich zu begleiten und die Behandlung zu koordinieren:

- Er nimmt im deutschen Gesundheitswesen traditionell und kulturell eine wichtige Vertrauensstellung gegenüber dem Patienten ein.
- Er begleitet Patienten und Familien kontinuierlich ein Leben lang und kennt das häusliche und familiäre Umfeld und die Familiengeschichte besser als verschie-

dene andere Therapeuten und Dienste, die partiell oder erst in lebensgeschichtlich späten Stadien relevant werden.

- Die Reichweite der hausärztlichen Versorgung (z. B. die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Patientenkontakte, vor allem mit älteren und chronischen Kranken) stellt eine wichtige Voraussetzung für langfristige Betreuungskonzepte dar.

Wenn sich der Arzt auf seine Kernaufgaben konzentrieren und Teilfunktionen sinnvoll delegieren könnte, z. B. an Medizinische Fachangestellte, könnten sowohl der Ressource Zeit im Rahmen des Patientenkontaktes wieder verstärkte Bedeutung zukommen als auch Abläufe zielführend und effektiver gestaltet werden. Im Wesentlichen ist an eine verstärkte Delegation in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Case Management und Hausbesuche zu denken.

Genau in dieser Funktion sind die Modellprojekte „AGnES“ in Mecklenburg-Vorpommern, „Gemeindeschwester“ in Brandenburg und andere Modellprojekte in Sachsen und Sachsen-Anhalt zu sehen. Hierbei ist darauf zu achten, dass es sich um arztentlastende und arztunterstützende Tätigkeiten handelt und nicht um die Übertragung eigenständiger Heilkundebefugnisse auf weitere Berufsgruppen. Bezüglich der Übernahme von Verantwortung ist lediglich eine eigene Umsetzungsverantwortung bei arztentlastenden Tätigkeiten auf ärztliche Anordnung oder Verordnung vorstellbar.

Damit delegierbare Aufgaben auf der Basis von Kompetenzsteigerung, Profilschärfung und Spezialisierung durch andere Berufe qualifiziert wahrgenommen werden können, hat die Bundesärztekammer bereits im Jahre 2003 die Novellierung der Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen initiiert, um das Potential von über 300.000 Angestellten in Arztpraxen entsprechend ausschöpfen zu können. Die neue Verordnung zur Medizinischen Fachangestellten ist am 1. August 2006 in Kraft getreten. Medizinische Fachangestellte werden zukünftig in wichtigen Bereichen wie Patientenbetreuung, Beratung und Koordinierung, Prävention, Qualitätsmanagement und Praxismanagement intensiver ausgebildet.

Im Oktober 2007 hat der Vorstand der Bundesärztekammer fünf neue Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte zu den Themenbereichen Patientenbegleitung und Koordination, Ernährungsmedizin, Versorgung älterer Menschen, Prävention im Kindes- und Jugendalter und Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen verabschiedet. Die Curricula umfassen Stundenumfänge zwischen 40 und 124 Stunden und qualifizieren Medizinische Fachangestellte verstärkt für arztunterstützende und arztentlastende Funktionen.

Die Bundesärztekammer arbeitet derzeit an der Weiterentwicklung des Fortbildungsberufes Arztfachhelferin, um durch diese etablierte 400-Stunden-Fortbildung eine noch bessere Entlastung des Arztes von Aufgaben in den Bereichen betriebswirtschaftliche Praxisorganisation, Ausbildung, Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz zu ermöglichen.

Mit diesen Schritten wurden aus der Selbstverwaltung heraus bereits frühzeitig die Weichen für die Fortentwicklung der ambulanten Versorgung in Deutschland unter Einbeziehung aller personellen Ressourcen gestellt. Darüber hinaus ist denkbar, dass auch Konzepte zur Arztentlastung, die in den neuen Bundesländern entwickelt wurden, dort wo sie gewünscht und sinnvoll sind und entsprechend gegenfinanziert werden, zum Einsatz kommen.

2. Stärkere Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 03) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Zimmer (Drucksache III – 25) fasst der 111. Deutsche Ärztetag in 2. Lesung folgende Entschließung:

Eine verstärkte sektoren- und berufsübergreifende Koordination und Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen ist insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern bzw. bestimmten Patientengruppen notwendig und wünschenswert. Hierbei kommt dem „Case Management“ oder „Versorgungsmanagement“ im Sinne eines effektiven, einzelfallorientierten Prozessmanagement ein immer höherer Stellenwert zu. Bei der Klärung der Frage, wer zum Case Manager prädestiniert ist, ist eine genaue Analyse des Case Managements erforderlich. Hierbei sind zwei Arbeitsbereiche festzustellen:

- ein medizinisch-therapeutischer Bereich und
- ein Management- bzw. Koordinierungsbereich

Die Initiierung, die Steuerung und die Übernahme der Therapie- und Ergebnisverantwortung, d.h. die Festlegung des medizinisch-therapeutischen Arbeitsbereichs, sind genuine Aufgaben des Arztes, insbesondere des Hausarztes.

Bezüglich der Durchführung und Steuerung des Case-Management-Prozesses wird der Arzt von zusätzlich qualifizierten Gesundheitsfachberufen im Sinne einer professionsübergreifenden Versorgung im Sinne der Delegation unterstützt. Hierbei ist festzuhalten, dass hierfür bevorzugt die Medizinische Fachangestellte, aber auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pfleger sowie psychosoziale Berufe in Frage kommen. Diese Aufgabe kann nicht von den Krankenkassen ausgeübt werden.

Die Bundesärztekammer wird auf oben angeführter Basis, Konzepte bzw. Qualifikationsmodelle für diese Gesundheitsfachberufe unter deren Miteinbeziehung entwickeln, die den Erfordernissen einer qualitätsorientierten, effizienten sowie arbeitsteilig organisierten Versorgung gerecht werden.

Veränderte Lebensbedingungen und medizinischer Fortschritt und in deren Folge eine höhere Lebenserwartung verbunden mit Multimorbidität führen dazu, dass chronisch degenerative und komplexe gesundheitliche Problemlagen zukünftig medizinisch, ökonomisch und sozial an Bedeutung gewinnen. Die Versorgung der betroffenen Patientengruppen, die in der Regel durch einen langfristigen Betreuungsbedarf gekennzeichnet sind, erfordert ein aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen und eine sektorübergreifende Koordination der Maßnahmen, um Schnittstellen und Versorgungsdiskontinuität zu vermeiden. Bei Langzeitbehandlungen muss der Behandlungsprozess ziel- und einzelfallbezogen auf die Leistungserbringung der verschiedenen Akteure hin gesteuert und organisiert werden. Die Spezialisierung innerhalb der Medizin erfordert eine Koordination der Inanspruchnahme. Die strukturierte Führung des Patienten durch die Versorgungslandschaft bei komplexen Behandlungsfällen wird deshalb zunehmend zu Recht gefordert.

Für ein integriertes, einzelfallbezogenes Versorgungsmanagement bei gleichzeitiger Erhöhung von Qualität und Effizienz wird seit geraumer Zeit das Instrument des Case Managements diskutiert. Ein von der Bundesärztekammer in 2007 in Auftrag

gegebenes wissenschaftliches Gutachten, in dem rund 50 aktuelle Case Management Projekte untersucht wurden, hat gezeigt, dass

- Case Management bisher vor allem im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen, d. h. mit zusätzlicher Finanzierung durch die GKV eingesetzt wird;
- eine enorme Unschärfe des Case Management Begriffs bei gleichzeitig allgemein anerkannter Methodik der Umsetzung besteht;
- die Indikationsbereiche hauptsächlich chronische, zerebro- und kardiovaskuläre Krankheiten sowie psychische und onkologische Erkrankungen sind, aber auch die Versorgung älterer und hochbetagter, allein lebender Menschen mit zum Teil chronischen altersbedingten Krankheiten und ungenügenden sozialen und familiären Hilfenetzen in den Blick zu nehmen ist;
- die therapeutische Verantwortung, die Ergebnisverantwortung und die Verantwortung für die Initiierung des Case Management Prozesses Ärzten obliegt;
- eine hohe Divergenz bzgl. der Ausbildung, Zusatzqualifikation und des Aufgabenspektrums von Case Managern besteht.

Zur Evaluation des Case Managements – insbesondere zur gesundheitsökonomischen Bewertung – liegen in Deutschland noch keine umfassenden Studien vor. Einzelne Studien weisen auf eine Verbesserung der Kooperation und Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen hin, darüber hinaus auf eine Verringerung der Arbeitsbelastung und eine Erhöhung der Berufszufriedenheit bei Ärzten und anderen Berufen. Eine breitflächige Implementierung ist derzeit nicht zu rechtfertigen.

Um Ärzte von Koordinations- und Organisationsaufgaben im Rahmen von Case Management zu entlasten und gleichzeitig Zuständigkeiten, Aufgaben und Qualifikationen der Akteure zu definieren, ist die Entwicklung eines (Stufen-) Konzeptes zum Case Management durch die Bundesärztekammer sinnvoll.

3. Delegation ja – Substitution nein

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 04) fasst der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der zukünftige medizinische Versorgungsbedarf sowie die geänderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erfordern eine Weiterentwicklung der bisherigen Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Neue Aufgabenverteilungen in der medizinischen Versorgung müssen an folgenden Kriterien bemessen werden:

- Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- Rechtssicherheit und Einheitlichkeit der Heilkundeausübung
- Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

Konzepte und Modellvorhaben, die auf eine Lockerung des Arztvorbehalts und Unterschreitung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen, lehnt die Deutsche Ärzteschaft ab. Die Ärzteschaft hat eigene Konzepte zur Förderung arztunterstützender und arztentlastender Maßnahmen im Rahmen der Delegation entwickelt, die im Interesse des Patienten am Grundsatz der therapeutischen

Gesamtverantwortung des Arztes festhalten und auf Basis einer klaren Rollenverteilung ein synergetisches Zusammenwirken der verschiedenen Qualifikationen und Kompetenzen der verschiedenen Gesundheitsberufe ermöglichen, anstatt konkurrierende Parallelstrukturen zu schaffen.

Aufgrund der erforderlichen medizinischen Fachkenntnis und wegen des Risikos der Verursachung gesundheitlicher Schädigung durch heilkundliche Maßnahmen ist die Ausübung der Heilkunde am Menschen unter Arztvorbehalt gestellt. Der Facharztstandard und die medizinisch-wissenschaftlichen Standards gewährleisten die anerkannte Qualität der Patientenversorgung in Deutschland. Deshalb ist eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe mit gleichzeitiger Übertragung ärztlicher und juristischer Verantwortung für deren ordnungsgemäße Durchführung abzulehnen und an der einheitlichen Ausübung der Heilkunde durch approbierte Ärzte festzuhalten. Durch eine partielle Verlagerung ärztlicher Aufgaben werden auch die aktuellen Versorgungsprobleme nicht gelöst, sondern eher die Gefahr zusätzlicher Schnittstellen geschaffen.

Die Bewältigung neuer Aufgaben im Gesundheitswesen, die Optimierung von Prozessabläufen und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen machen einerseits die Entlastung der Ärzte in Kliniken und Praxen von administrativen und anderen nichtärztlichen Aufgaben notwendig; andererseits ist die Einbeziehung nichtärztlicher Mitarbeiter in eine vom Arzt angeordnete, überwachte und verantwortete Leistungserbringung (Delegation) im Sinne einer Weiterentwicklung der seit dem Jahre 1988 existierenden Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ notwendig. Prüfkriterien für die Zulässigkeit einer Delegation sind weiterhin die Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters, die Gefährlichkeit einer Leistung oder die bei ihrer Erbringung notwendige Qualität und Erfahrung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben in diesem Sinne eine Novellierung des Papiers vorgenommen, wobei alle von Fachgesellschaften und Verbänden abgegebenen Stellungnahmen berücksichtigt wurden.

Die vom Gesetzgeber durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz auch für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beschlossene Neuregelung, wonach Kompetenzerweiterungen für Pflegeberufe im Sinne der selbstständigen Ausübung der Heilkunde modellhaft erprobt werden sollen, werden von der Ärzteschaft aus den o. g. grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.

4. Erweiterte Kompetenzen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache III - 05) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzte verstehen ihren Beruf als die zentrale Profession in der medizinischen Versorgung und damit im Gesundheitswesen.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass nichtärztliche Organisationen, Gremien oder Personen derzeit viele Versuche unternehmen, die ärztliche Stellung und Verantwortung im Gesundheitswesen zu relativieren, die ärztliche Verantwortung aufzuteilen und die ärztliche Tätigkeit neu zu definieren.

Der Deutsche Ärztetag lehnt solche Tendenzen ab. Der Arztberuf wird nur effizient bleiben, wenn den Ärzten ihre professionelle Autonomie im Sinne des freien Berufes erhalten bleibt, und zwar unabhängig von der Frage, ob die ärztliche Tätigkeit als Angestellter, Beamter oder als Selbstständiger ausgeübt wird.

Der Deutsche Ärztetag hält es für wichtig, die Grundpfeiler der Freiberuflichkeit und ihre Bedeutung gerade den jungen Ärztinnen und Ärzten wieder stärker zu verdeutlichen.

Neben den komplexen, fachgebietsbezogenen ärztlichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden heutzutage zunehmend soziale, kommunikative, organisatorische und Führungskompetenzen erwartet.

Der Deutsche Ärztetag setzt sich dafür ein, diese gestiegenen Anforderungen offen und selbstbewusst aufzugreifen. In der Fortbildung müssen auch nichtmedizinische Kompetenzen bedarfsgerecht vermittelt werden.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt daher das von der Bundesärztekammer verabschiedete Curriculum „Ärztliche Führung“ als geeignetes Konzept, wichtige Zusatzqualifikationen (Führen im Gesundheitswesen, Führen von Organisationen, Führen von Mitarbeitern, Selbst- und Zeitmanagement) zu vermitteln und damit die Gestaltungs- und Führungskompetenzen von Ärzten auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zu stärken.

5. Delegation ärztlicher Leistung im Konflikt mit Weiterbildung

Auf Antrag von Frau Dr. med. de Mattia, Herrn Dr. med. Jaeger und Frau Dr. med. Hell (Drucksache III - 06) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert bei der Entscheidung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal den Umfang der ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für qualitativ hochwertige Krankenversorgung.

Begründung:

Die Delegation darf nicht zulasten der ärztlichen Weiterbildung und Nachwuchsförderung gehen. Gerade für den Einstieg in die Spezialisierung sind die Erhebung von einfachen diagnostischen Befunden (z. B. in der Sonografie) oder die Ausführung von Teilschritten eines Eingriffs unter fachärztlicher Supervision ganz entscheidende Schritte. Diese müssen von jungen Ärzten praktisch durchgeführt werden, um eine sinnvoll strukturierte Weiterbildung zu erreichen und die Patientensicherheit zu gewährleisten. Die ungeteilte Verantwortung für eine gesamte Prozedur muss in der Weiterbildung vermittelt werden, ebenso wie die Sorgfalt im Detail.

Der Erhalt einer breiten Schicht gut weitergebildeter Ärzte erfordert gesundheitspolitisch planerische Weitsicht und ist eine langfristige Investition für eine Einrichtung. Die kurzfristige Kosten-Nutzen-Rechnung mit Betrachtung eines Behandlungsfalls im Sinne von industriellen Stückkosten greift zu kurz.

6. Kostenaspekte bei Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Jaeger, Frau Dr. med. de Mattia und Frau Dr. med. Hell (Drucksache III - 08) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag ruft alle in diesem Bereich verantwortlichen Handelnden dazu auf, bei der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal nicht primär unter Kostenaspekten zu entscheiden.

Die Aufgaben im Gesundheitswesen dürfen sich nicht allein unter standespolitischen Gesichtspunkten definieren, sondern sollen sich an Qualifikationen, basierend auf adäquater Aus- und Weiterbildung, orientieren. Delegation kann nur Hinzuziehen bedeuten, da nur der Arzt Heilkunde ausüben darf.

Es gibt unveräußerliche Kernkompetenzen, die in ärztlicher Hand liegen müssen. Bereits jetzt werden zum Beispiel Thorakotomien, Venenentnahmen und Medikamentenverordnung an nichtärztliches Personal delegiert. Dass es hierbei zu einer dauerhaften Kostenersparnis im Gesundheitswesen käme, ist ein Trugschluss, es wird nur ein kurzfristiger Wettbewerbsvorteil eines „Anbieters“ gegenüber der Konkurrenz erreicht.

Begründung:

Entgegen der Annahme vieler Gesundheitspolitiker wird die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal nicht zu einer Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen. Sowohl ein Blick ins Ausland als auch auf die Vergütungssituation von hierzulande eingesetzten OP-Helfern in der Herzchirurgie zeigt, dass nichtärztliches Personal mit Spezialkenntnissen auch ein hohes Gehalt bezieht, vergleichbar mit jungen Ärztinnen und Ärzten. Das Einsparpotential ist also als gering einzuordnen. Hinzu kommt, dass bei der Entscheidung über Behandlungsalternativen Kostenaspekte nur von umfassend aus- bzw. weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten sinnvoll eingebracht werden können. Dazu sind fachübergreifende Kenntnisse und ein breites therapeutisches Spektrum erforderlich.

7. *Arztbild der Zukunft - Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen*

Auf Antrag von Frau Dr. med. Bunte, Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache III - 09) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zunehmende Leistungsverdichtung und Bürokratie, ausgelöst durch einen permanenten Druck auf die Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitssystems, belasten die Ärzteschaft und die Pflege bis an die Grenzen. Die Arbeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegenden sind eng miteinander verzahnt; der Kooperation der beiden Berufsgruppen kommt eine besondere Bedeutung zu.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die Ärzteschaft zum Wohle der Patienten von nichtärztlichen Tätigkeiten zu befreien ist. Zu dem Zweck müssen die von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten in originäre ärztliche, ärztliche, aber delegierbare und nichtärztliche Tätigkeiten differenziert werden. Delegierbare und nichtärztliche Tätigkeiten, insbesondere bürokratische Tätigkeiten, können nur im Dialog mit anderen Berufen übertragen werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Kategorisierung der bislang von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten durch die zuständigen Gremien der Ärzteschaft.

Der Deutsche Ärztetag lehnt unabgestimmte Reorganisations- und Neustrukturierungsmaßnahmen der ärztlichen Tätigkeit durch nichtärztliche Instanzen (Krankenhausträger, Krankenkassen, Politik) ab. Solche Versuche führen zu einer wesentlichen Verschlechterung der Qualität der Gesundheitsversorgung, da hierdurch die Verantwortung für das Ergebnis der Heilbehandlung nicht mehr transparent ist.

8. Delegation ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp (Drucksache III - 11) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, akzeptable wirtschaftliche Rahmenbedingungen im Hinblick auf eine flächendeckende ärztliche Versorgung zu schaffen. Unter dieser Voraussetzung werden Bestrebungen unterstützt, den hohen Standard der ambulanten ärztlichen Versorgung dadurch zu sichern, dass delegationsfähige Leistungen innerhalb der bestehenden Strukturen unter strikter Beachtung des Arztvorbehaltes von qualifizierten Personen durchgeführt werden. Die Schaffung neuer Strukturen und Berufsbilder muss unter diesen Vorbehalt gestellt werden.

Begründung:

Der drohende bzw. schon bestehende Ärztemangel vor allem im ländlichen Bereich, verbunden mit einem steigenden Anteil der Verwaltungstätigkeiten des niedergelassenen Arztes, führt zu nicht mehr hinnehmbaren Nachteilen für Patienten und Ärzte. Die Folge sind eine extreme Arbeitsbelastung der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte bei gleichzeitig steigender Unzufriedenheit sowie der Verlust einer wohnortnahen Versorgung für die Patienten.

Derzeit gibt es von verschiedenen Seiten Vorschläge, wie der beschriebenen Entwicklung entgegengewirkt werden kann. Einige dieser Modelle setzen ausschließlich auf eine Neuverteilung der Kompetenzen zwischen Ärzten und Pflegekräften. Andere wiederum wollen gänzlich neue Strukturen aufbauen („Schwester AGnES“, „Case Manager“).

Der Deutsche Ärztetag lehnt Vorschläge ab, die zu einer qualitativ schlechteren ärztlichen Versorgung führen („Medizin light“) oder die neue Strukturen schaffen wollen, deren Finanzierung nicht geklärt ist und die zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung führen können. Auch die Haftungsfrage würde zu Lasten von Patienten und Ärzten verkompliziert.

Entscheidend ist für den Deutschen Ärztetag, dass der Arztvorbehalt uneingeschränkt gewahrt bleibt. Nur der Arzt kann über die geeignete Therapie entscheiden und angemessen auf alle denkbaren Entwicklungen oder Komplikationen reagieren. Die ärztliche Therapie ist mehr als die Summe der einzelnen Behandlungsschritte.

Unter dieser Voraussetzung hält es der Deutsche Ärztetag für sinnvoll, das vorhandene Fachwissen innerhalb der bestehenden Strukturen optimal zu nutzen. Ein Beispiel dafür ist der Hausbesuch einer medizinischen Fachangestellten in Form der Einzeldelegation, wenn die entsprechende Qualifikation vom delegierenden Arzt positiv festgestellt wurde.

9. Delegation ärztlicher Leistungen im stationären Bereich

Der EntschlieÙungsantrag von Herrn Dr. med. Fleck (Drucksache III - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag sieht in der Umgestaltung von stationären Abläufen eine Chance, die Krankenversorgung den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Herausforderungen und Erfordernissen eines sich wandelnden Versorgungssystems anzupassen. Er unterstützt entsprechende Bestrebungen zur Umsetzung einer zielorientierten Arbeitsteilung in Teamstrukturen mit der Maßgabe,

dass der ärztliche Sachverstand der Ärztekammern bei der Umstrukturierung eingebunden wird und fordert die Krankenhäuser und ihre Träger auf, die internen Strukturen an diesem Grundsatz auszurichten. Die Entscheidungshoheit für Diagnose und Therapie muss in ärztlicher Hand bleiben!

Begründung:

Der stationäre Sektor befindet sich im Wandel. Das ärztliche Berufsbild des angestellten Arztes im Krankenhaus ist derzeit geprägt von zunehmender Arbeitsverdichtung, mangelnder (monetärer) Anerkennung, überbordender Bürokratie und daraus resultierender Arbeitsunzufriedenheit.

In einer neuen Aufgabenverteilung, sei es durch Delegation, sei es durch Substitution von Aufgaben und der Bildung arbeitsteiliger Strukturen in hochspezialisierten Teams, die gegebenenfalls auch neue Berufsbilder beinhalten, liegt die Chance, Ressourcen effizienter nutzen zu können und Ärzten wieder mehr Raum zu schaffen für die eigentliche Arbeit am Patienten.

Voraussetzung für eine solche Umstrukturierung ist die Einbeziehung ärztlichen Sachverstandes bei der Umsetzung sowie eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Übertragung ärztlicher Aufgabenfelder an andere Berufsgruppen infolge der dann geänderten Verantwortung (Haftung). Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die ärztliche Weiterbildung nicht durch die Schaffung medizinischer Assistenzberufe eingeschränkt wird. Deren Qualifikation ist durch entsprechende Aus- bzw. Weiterbildung zu gewährleisten und die Curricula durch die medizinischen Fachgesellschaften regelmäßig zu überprüfen.

10. Modellprojekte berufsgruppenübergreifender Behandlungsprozesse für versorgungsrelevante Erkrankungen

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Voigt, Herrn Dr. med. Zimmermann, Frau Dr. med. Goesmann und Frau Dr. med. Wenker (Drucksache III - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen, interessierte ärztliche Berufsverbände sowie beteiligte nichtärztliche Gesundheitsberufe werden aufgefordert, gemeinsam Modellprojekte zu initiieren und durchzuführen, in welchen therapeutische Teams gemeinsam Behandlungsprozesse für versorgungsrelevante Erkrankungen entwickeln oder neue kooperative Versorgungsstrukturen aufbauen.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, gemeinsam mit der Bundesärztekammer auf der Basis bereits bestehender Gesetze die Festlegung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Gesundheitsberufe in einem neu zu schaffenden Gesundheitsberufegesetz zu definieren. Das neue Gesundheitsberufegesetz soll das Heilpraktikergesetz von 1939 ersetzen, welches keine zeitgemäße und tragfähige Definition der Heilkunde beinhaltet.

Die Gremien der Bundesärztekammer werden gebeten, gemeinsam mit den beteiligten Gesundheitsberufen Kompetenzen im therapeutischen Team und die Schnittstellenbeschreibungen von kooperativ zu bewältigenden Aufgaben in interdisziplinären Versorgungsleitlinien festzulegen sowie die Festschreibung der Aufgabenverteilung auf der Mikroebene z. B. durch Kooperationsverträge zu gestalten.

Begründung:

Der Gesetzgeber hat jüngst im Pflegeweiterentwicklungsgesetz die Möglichkeit für Modellprojekte zur Kooperation der Gesundheitsberufe eröffnet. Damit diese durchgeführt und mit Leben gefüllt werden, aber auch die rechtlichen Rahmenbedingungen festgelegt werden können, müssen sich die ärztlichen und nichtärztlichen Beteiligten auf horizontale Behandlungsprozesse einigen.

Diese beinhalten, dass innerhalb einer gleichberechtigten Partnerschaft Ärzte weiterhin die Schlüsselposition der Prozessverantwortung in Diagnostik und Therapiefestlegung behalten. Hier gelten Arztvorbehalt und Facharztstandard. Darüber hinaus tragen aber in dem von ihnen definierten und durchgeführten Teilprozess die jeweils beteiligten Gesundheitsberufe sowohl haftungsrechtliche als auch budgettechnische Eigenverantwortung.

11. Qualifikation und Berufsausübungsüberwachung von Empfängern von Delegationsleistungen

Der Entschließungsantrag von Herrn Bodendieck (Drucksache III - 14 neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen von den auf Landesebene zuständigen Aufsichtsbehörden nichtärztlicher Gesundheitsberufe verlässliche berufs- und ausbildungsrechtliche Standards.

Bei zunehmender Verflechtung und Kompetenzübertragung im Gesundheitswesen sind geeignete Organisationsformen erforderlich, um transparent, strukturiert und in einfacher Weise Ausbildung zu sichern, Qualifikation zu gewährleisten und Berufsausübung zu überwachen.

Begründung:

An die deutsche Ärzteschaft werden in ihrer Berufsausübung hohe Anforderungen gestellt. Erinnerung sei hier an die Fortbildungspflicht oder die Forderung von Facharztstandards in Klinik und Praxis.

Änderungen in den Ausbildungsrichtlinien der medizinischen Fachberufe haben in der letzten Zeit zu einer deutlich moderneren Ausbildung geführt. Dem gegenüber steht eine Unübersichtlichkeit, Diversifizierung und Unstrukturiertheit der Inhalte der entsprechenden Ausbildungsgänge. Der Ärztin und dem Arzt in Klinik und Praxis ist damit nicht mehr zuzumuten, im Einzelnen jeden Empfänger von Delegationsleistungen auf seine Qualifikation hin zu überprüfen. Am Beispiel der medizinischen Fachangestellten oder einzelner Landesverbände der Pflegefachberufe sollten Berufsordnungen bundesweit abgestimmt eingeführt und einheitliche Qualitätskriterien für die Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) der medizinischen Fachberufe geschaffen werden, um durch Strukturierung weiteren Wildwuchs zu vermeiden.

Beispielhaft sei hier die Existenz des ungeschützten Begriffs „medizinische Fußpflege“ neben der gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildung zum Podologen genannt.

12. Berufsgruppenübergreifende Behandlungsprozesse

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. med. Voigt, Herrn Dr. med. Zimmermann und Frau Dr. med. Correns (Drucksache III - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Tätigkeit im Gesundheitswesen ist zunehmend durch die Notwendigkeit zur Kooperation der Gesundheitsberufe geprägt. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, unter Beachtung des Arztvorbehaltes Modellprojekte zu entwickeln, in denen die Behandlungsprozesse für versorgungsrelevante Erkrankungen unter Beteiligung nichtärztlicher Gesundheitsberufe neu definiert werden. Dabei können nichtärztliche Gesundheitsberufe definierte Bereiche der Heilkunde selbstständig ausüben mit dementsprechender Haftungs- und Budgetverantwortung.

13. Korrektur der Legaldefinition des Begriffes „Psychotherapeuten“ im Sozialgesetzbuch V

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Heister, Frau Löber-Kraemer, Frau Prof. Dr. med. Krause-Girth, Frau Dr. med. Groß M.A., Frau Haus und Frau Dr. med. Roth-Sackenheim (Drucksache III - 16) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die sachlich falsche Klammerdefinition „(Psychotherapeuten)“ im § 28.3.1 Sozialgesetzbuch V (SGB) redaktionell richtig zu stellen.

Diese Klammer ist zu streichen.

Es sind die korrekten Berufsbezeichnungen Psychologische Psychotherapeuten (PP), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und Ärztliche Psychotherapeuten (ÄP) zu verwenden.

Der folgende Gesetzestext ist entsprechend anzupassen.

Begründung:

Jeder psychotherapeutisch weitergebildete Arzt ist Psychotherapeut. Alle Kolleginnen und Kollegen, die die Zusatzbezeichnungen Psychotherapie bzw. Psychoanalyse führen, wie auch die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (Kurzbezeichnung nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO): Psychiater und Psychotherapeut), die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Kurzbezeichnung nach der MWBO: Psychosomatiker und Psychotherapeut), wie auch die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, erfüllen diese Voraussetzungen.

Dies entspricht auch dem § 1.1 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die falsche Klammerdefinition des § 28.3.1 SGB V dient großen Gruppierungen der Psychologen als Grundlage, die Bezeichnung Psychotherapeut allein für die psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zu reklamieren. Sie war Grundlage der Fehlbenennung vieler Kammern für PP und KJP. Sie ist Grundlage für die im System der kassenärztlichen Vereinigungen und in der Politik weithin verbreitete Sprachregelung, ausschließlich PP und KJP als Psychotherapeuten zu bezeichnen und von den Psychotherapeuten aus der Ärzteschaft allenfalls als „psychotherapeutisch tätigen Ärzten“ zu sprechen.

Dem durchsichtigen Versuch, den Begriff des Psychotherapeuten allein für PP und KJP zu reklamieren, ist eine klare Absage zu erteilen.

Nachdem der 109. Deutsche Ärztetag sich dezidiert gegen die Verwendung des Begriffes „Psychotherapeutenkammer“ ausgesprochen hat (Seite 32 des

Beschlussprotokolls), ist es logisch und konsequent, dass der 111. Deutsche Ärztetag die Politik zur Richtigstellung des § 28.3.1 SGB V auffordert.

14. Integrität des ärztlichen Berufsbilds bei Delegation bewahren

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Jaeger und Frau Dr. med. de Mattia (Drucksache III - 17) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass bei der Diskussion über die Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal die Vielschichtigkeit der ärztlichen Heilkunde verstärkt Beachtung findet. Insbesondere gehört hierzu auch die Sicherung der Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses, kontinuierliches Training erlernter Fähigkeiten, sowie die Fortentwicklung der Profession durch Forschung und Lehre.

Begründung:

Das akademische Berufsbild Arzt/Ärztin ist weit mehr als die Summe der üblicherweise damit assoziierten Tätigkeiten, deshalb ist es bedenklich, wenn man einzelne Tätigkeiten isoliert betrachten und an andere Berufsgruppen delegieren möchte: Operieren bedeutet mehr als „Bauch aufschneiden und zunähen“, Endoskopieren mehr als „einen Schlauch in eine Körperöffnung stecken“, hausärztliches Handeln mehr als „Pillen verschreiben“! In einem mittlerweile seit mehreren Jahrhunderten fortdauernden Entwicklungsprozess hat sich herauskristallisiert, was an persönlicher Eignung, Fertigkeiten und Fachwissen erforderlich ist, um eine bestmögliche Qualifikation zur Ausübung der ärztlichen Heilkunst zu erlangen. Aus diesen Erkenntnissen wurde folgerichtig das Hochschulstudium der Medizin entwickelt und, darauf aufbauend, die anschließende Spezialisierung in den unterschiedlichen Fachdisziplinen. Hierbei werden Elemente wie Verantwortlichkeit, Führungs- und Entscheidungskompetenz, wissenschaftlicher Ansatz und Diskurs mit Nachbardisziplinen, Forschung und Lehre, berufsspezifische Sozialisation, Abstraktionsvermögen, Umgang mit schicksalhaften Verläufen und Fehlentscheidungen u. v. m. vermittelt und trainiert. Diese Fähigkeiten sind erforderlich, um jederzeit Entscheidungen im Sinne der anvertrauten Patienten treffen und verantworten zu können, auch wenn im Einzelfall etablierte Standards verlassen oder modifiziert werden müssen. Schwierige Situationen können nur durch fortwährendes Training von Standardsituationen bewältigt werden. Soll die hohe Qualität der ärztlichen Heilkunde und mithin der Krankenversorgung erhalten bleiben, so dürfen die hierzu erforderlichen Erkenntnisse und Fähigkeiten nicht unreflektiert abgegeben werden, schon gar nicht um politische Programme oder kurzfristige Interessenslagen zu bedienen, die die langfristigen Konsequenzen nicht berücksichtigen!

15. Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen

Auf Antrag von Herrn PD Dr. med. Lindhorst, Herrn Dr. med. Dipl.-Chem. Nowak, Frau Dr. med. Stüwe, Frau Prof. Dr. med. Henneberg, Herrn Dr. med. K. König und Herrn Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache III - 20) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztliche Verantwortung nur für ärztliches Handeln! Keine Übertragung ärztlicher Kernaufgaben auf nichtärztliche Gesundheitsberufe! Der Facharztstandard muss für alle Patienten gewährleistet werden.

Mit vorgeblichen ökonomischen Sparzwängen wird versucht, eine erweiterte Übertragung von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu rechtfertigen. Die Fantasie scheint hier keine Grenzen zu kennen:

- Chirurgische nichtärztliche „Technische“ Assistenten (CTA) sollen auch OP-Zugang, Präparation und Wundverschluss übernehmen,
- Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAfA) sollen Aufgaben in der Narkoseführung übernehmen, ohne dass ein Arzt unmittelbar die Operation überwacht,
- das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird Modellvorhaben ermöglichen, wonach Pflegekräfte ärztliche Aufgaben übernehmen.

Der Deutsche Ärztetag lehnt diese Vorstellungen entschieden ab. Der Schutz des Patienten gebietet es, dass ärztliches Handeln in der Hand des Arztes verbleibt. Die Versorgungsqualität darf nicht noch weiter leiden. Die umfassende Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte ist auch nicht in Teilbereichen durch eine Qualifizierung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu ersetzen. Der Schutz von Leben und Gesundheit erfordert, ökonomische Ressourcen vorrangig hierfür einzusetzen.

Solche Sparmaßnahmen haben ausschließlich Einspareffekte an der Gesundheit der Patienten. Ein Mehr an falsch verstandener Delegation bedeutet auch ein Mehr an Organisation und Überwachung durch den Arzt. Damit wird der Arzt der unmittelbaren Patientenversorgung entzogen und der Ärztemangel verschärft.

Der Deutsche Ärztetag verschließt sich der Weiterentwicklung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht. Der Gesetzgeber ist jedoch aufgerufen, eine klare Trennung zwischen Anordnungsverantwortung (Arzt) und Durchführungsverantwortung (z. B. medizinische Pflege im Heim) festzulegen. Die bisherigen Vorschläge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind hierfür völlig ungeeignet.

16. Zusammenwirken mit anderen Gesundheitsberufen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Scheiber und Herrn Dr. med. Roy (Drucksache III - 18) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal kann eine Möglichkeit darstellen, dem steigendem Versorgungsbedarf und zunehmendem Ärztemangel zu begegnen. Bei der Delegation sind immer die einschlägigen Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu beachten.

Eine Neuverteilung der Aufgabenbereiche in der Patientenversorgung setzt eine strukturierte und gezielte Fortbildung und Qualifikation der Pflege- und Assistenzberufe voraus. Die Implementierung und Approbation neuer, nichtärztlicher Heilberufe mit dem Ziel, dass diese selbstständig ärztliche Leistungen erbringen sollen, sind nicht erforderlich.

Vorrangig sollten die Tätigkeiten delegiert werden, die nicht zum ärztlichen Kernbereich gehören. Die Delegationsfähigkeit von ärztlichen Tätigkeiten sowie die Voraussetzungen, unter denen diese delegiert werden können, sollen von den Ärztekammern im Einvernehmen mit den jeweils zuständigen medizinischen Fachgesellschaften bewertet werden.

Eine Substitution von Ärzten durch nichtärztliches Personal bei der Erbringung von ärztlichen Tätigkeiten, die bislang unter Arztvorbehalt stehen, widerspricht dem Selbstverständnis der Deutschen Ärzteschaft und wird daher grundsätzlich abgelehnt.

17. Nichtärztliche OP-Assistenzen

Auf Antrag von Herrn Veelken (Drucksache III - 19) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag erinnert daran, dass die Tätigkeit als Assistent bei Operationen integraler Bestandteil der Weiterbildung in chirurgischen Fächern ist.

Der junge Arzt konkurriert hierbei jedoch zunehmend mit speziell ausgebildeten, nichtärztlichem Personal, sogenannten „Physician Assistants“, die gut ausgebildet und als billigere Alternative zum Arzt in Weiterbildung OP-Assistenzen übernehmen.

Hierdurch wird die Weiterbildungssituation weiter verschlechtert.

Der Deutsche Ärztetag regt an, dass die Landesärztekammern die Anerkennung als Weiterbildungsstätte davon abhängig machen, dass in geeigneter Form in den entsprechenden Weiterbildungscurricula die Teilnahme der Weiterbildungsassistenten an den Operationen ihres Faches ex ante sichergestellt wird, zum Beispiel auch durch die explizite Beschränkung des Einsatzes von Physician Assistants.

18. Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp und Herrn Bodendieck (Drucksache III - 22) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt arztersetzen Parallelstrukturen in der hausärztlichen Versorgung ab. Durch Qualifikation des Praxispersonals ist eine zielgerichtete Arztentlastung möglich.

Begründung:

Nicht ohne Grund sichert die Freiberuflichkeit des Arztes die Versorgung des Patienten frei von wirtschaftlichen Abhängigkeiten. Pflegeberufe und neue Ebenen der Patientenversorgung sind keine freien Berufe und unterliegen in ihrem Tun sehr oft direkten wirtschaftlichen Abhängigkeiten, die die Patientenversorgung nach merkantilen Gründen manipulieren.

19. Weiterqualifizierung von Medizinischen Fachangestellten

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Fischbach, Herrn Dr. med. Scheffzek und Herrn Dr. med. Bolay (Drucksache III - 24) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die vertragsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen auf, für die Weiter- und Zusatzqualifizierung ihrer Medizinischen Fachangestellten, z. B. im Bereich der Prävention, des Qualitätsmanagements etc., Sorge zu tragen.

Zu Punkt IV der Tagesordnung:

AUSWIRKUNGEN DER TELEMATIK UND ELEKTRONISCHEN KOMMUNIKATION AUF DAS PATIENT-ARZT-VERHÄLTNIS

1. Teststopp e-Card

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Junker und Herrn Stagge (Drucksache IV - 04) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die bisherige Architektur der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist in ihrem Nutzen intransparent, das gesamte Projekt in seinen Kosten unkalkulierbar und primär nicht an einer Verbesserung der Versorgung ausgerichtet, sondern eher wirtschaftspolitischer Natur.

Es bestehen weiterhin folgende zentrale Kritikpunkte an der eGK:

1. Kein Nachweis einer Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Transparenz oder Qualität. Stattdessen Kosten, die in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen stehen - der finanzielle Nutzen liegt ausschließlich bei der Industrie.
2. Die chipbasierte eGK ist technisch überholt. Sie kann heute als Smart-Card folgende gesetzliche und technologische Anforderungen nicht erfüllen:
 - sämtliche freiwillige Funktionen nach § 291a Sozialgesetzbuch (SGB) V
 - Karten-Update bei Weiterentwicklung der Karten-Software
 - Zugang zu freiwilligen, serverbasierten Anwendungen bei außerplanmäßigem Offline-Betrieb in der Praxis
 - elektronisches Rezept für Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Transport-scheine etc.
3. Die zu testende USB-Technologie kann die im SGB V gestellten Anforderungen an die eGK besser erfüllen als die derzeitige Mammutkonstruktion mit Zentralservern, auch aufgrund ihrer wesentlich höheren Speicherkapazität.
4. Umso komplizierter Datentransfer und Datenspeicherung angelegt sind, desto intransparenter wird der Datenschutz und desto größer wird die Gefahr des Datenmissbrauchs. Sensible medizinische Daten dürfen den Bereich der Patienten-Arzt-Beziehung nicht verlassen. Eventuelle nachträgliche gesetzliche Zugriffe sind von Anfang an auszuschließen.

Daher fordert der Deutsche Ärztetag:

1. Sofortiger Stopp der Tests zur eGK in den Testregionen der gematik;
2. Sofortiger Kassensturz des bisherigen Projektes eGK;
3. Neuplanung des Projektes samt Kalkulation der Kosten sowie Beteiligung externer Experten;
4. Neukonzipierung des Projektes unter Berücksichtigung des heutigen Standes der Technik, also auch der USB-Technologie;
5. Teilnehmende Ärzte müssen Erfahrungen aus den Testregionen ohne die derzeitigen Verschwiegenheitsverpflichtungen austauschen können;

6. Eine neue Versuchsanordnung muss technik- und ergebnisoffen angelegt sein;
7. Vermeidung von zentraler Speicher-Systematik;
8. Erstellung einer Negativliste für genetisch bedingte Diagnosen, welche grundsätzlich nicht gespeichert und verwendet werden dürfen;
9. Der Patient hat das Recht,
 - jederzeit zu wissen, welche seiner erhobenen Daten wo gespeichert sind, und jederzeit seine Daten löschen oder nicht speichern zu lassen
 - jederzeit die Daten seinen Leistungserbringern zugänglich oder nicht zugänglich zu machen.

Im Falle der Nichterfüllung dieser Bedingungen fordert der Deutsche Ärztetag den kompletten Ausstieg der ärztlichen Körperschaften aus der gematik und die vorläufige Beendigung der ärztlichen Mitarbeit am Projekt eGK.

Begründung:

Die jetzt vorgesehene eGK zeigt reichlich Anfälligkeiten in den Testregionen. Sie hat außer dem vorgeschriebenen Passbild und minimaler Speicherkapazität keine erweiterte Anwendungsfähigkeit als die bisherige Krankenversicherungskarte. Stattdessen trägt sie zu einem enormen Kostenschub bei den ohnehin unzureichenden Finanzmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung bei.

Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster hat eine Neukonzeption der eGK unter größtenteils ähnlichen Bedingungen wie in diesem Antrag gefordert (Drucksache V-35, V-65). Obwohl sich einige Landesärztekammern und einzelne Kassenärztliche Vereinigungen im zurückliegenden Jahr gegen die eGK gestellt haben, sind die in der gematik vertretenen Spitzenorganisationen der Ärzteschaft - Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung - in Bezug auf diese klaren Forderungen innerhalb der gematik untätig geblieben. Daher braucht der 111. Deutsche Ärztetag klar formulierte Vorgaben, um ein wesentlich deutlicheres Zeichen zu setzen mit handfesten Konsequenzen für den Fall der Nichterfüllung dieser ärztlichen Bedingungen.

2. Elektronische Gesundheitskarte - Auswirkungen der Einführung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache IV - 07) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dreyer und Herrn Dr. Köhne (Drucksache IV - 07a) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation und Vernetzung nehmen immer rascher zu. Die Ärzteschaft ist den Umgang mit der Elektronik in der täglichen Arbeit gewohnt und steht der Einführung neuer Anwendungen zum Wohle der Patienten bzw. zur Verbesserung und Erleichterung der Arbeit grundsätzlich positiv gegenüber.

Der Deutsche Ärztetag hält es für vollkommen illusorisch, dass das Gesundheitswesen sich als einziger gesellschaftlicher Bereich aus der Entwicklung von Telekommunikationsverfahren ausklammern könnte. Wie in allen anderen Bereichen der Gesellschaft nehmen die Digitalisierung der Informationsverarbeitung und die elektronische Speicherung in der Medizin an Bedeutung zu und lassen sich nicht mehr rückgängig machen.

Dieser Prozess bringt neben den Chancen aber auch Risiken mit sich. Die elektronische Gesundheitskarte kann allerdings in einem Teil von Fragen die Bewältigung der Probleme gegenüber der heutigen Situation des Umgangs mit Informationen aus dem Behandlungsprozess eher erleichtern.

Im Einsatz eines sicherstmöglichen Kryptographieschlüssels liegt der beste und möglicherweise sogar einzige Schutz einer ungestörten dualen Patient-Arzt-Beziehung in diesem Kontext.

Nur mit einem sicherstmöglichen Kryptographieschlüssel lässt sich erreichen, dass nur der individuelle Patient und der jeweilige Arzt gemeinsam einen Zugriff auf Daten unabhängig von dem jeweiligen Speicherort nehmen können. Auch Daten beispielsweise auf einem Patientenstick könnten so vor dem Zugriff unbefugter Dritter und potenzieller missbräuchlicher Nutzung geschützt werden.

Deshalb muss der Schwerpunkt des ärztlichen Engagements in der kritischen Begleitung des Gesundheitskartenprojektes darauf konzentriert werden, für einen sicheren Kryptographieschlüssel mit offenem Source Code zu sorgen. Angesichts der bereits eingetretenen Entwicklung elektronischer Datenkommunikation ist die Etablierung einer sicheren elektronischen Infrastruktur für die Anwendung im Gesundheitswesen unerlässlich.

Außerdem muss von vornherein und auf Dauer den von der zentralisierten Speicherung von Patientendaten ausgehenden Gefahren entgegengewirkt werden. Denn der einmal ausgelöste digitale Umlauf vertraulicher Patientendaten ist, im Gegensatz zu klassischen Papierakten, nicht mehr rückgängig zu machen. Dies erfordert über technische Schutzmaßnahmen hinaus auch einen systematischen strafrechtlichen Schutz digital gespeicherter Patientendaten. Die regelmäßige unabhängige Kontrolle solcher Systeme auf die Datenschutzrichtlinie für elektronische Kommunikation muss öffentlich durch die Betreiber dargestellt werden.

Im Übrigen kann es nicht sein, dass die deutlichen Kosten der Einführung und des Unterhalts der Systeme im starken Maße auf die Ärzte abgewälzt werden, anstatt auf den Verursacher.

Der Deutsche Ärztetag fordert für alle EDV-Projekte im Gesundheitswesen

- die strikte Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie einer soliden Finanzierungsstruktur;
- eine einfache Handhabung mit Rücksicht auf den beruflichen Alltag der Ärztinnen und Ärzte.

3. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. Kahlke, Herrn Dr. med. Ramm, Herrn Dr. med. Niemann, Frau Dr. med. Lutz, Herrn Dr. med. Scheffzek, Frau Prof. Dr. med. Krause-Girth und Herrn Dr. med. Brunngraber (Drucksache IV - 12) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Köhne, Frau Dr. med. Groß M. A., Herrn Dr. med. Hülskamp und Herrn Dr. med. Lange (Drucksache IV - 12e) fasst der 111. Deutsche Ärztetag in 2. Lesung folgende Entschließung:

Die vom Gesetzgeber vorgesehene flächendeckende Einführung der Telematik im Gesundheitswesen, insbesondere das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte", sind seit dem ablehnenden Votum des 110. Deutschen Ärztetags 2007 in Münster Gegenstand intensiver Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft und in

großen Teilen der Bevölkerung. Dabei werden die Risiken und Gefahren für eine Medizin, die sich am Wohl des Patienten orientiert, immer deutlicher erkennbar.

Es ist zu begrüßen, dass dies auch in der Vorlage des Vorstands der Bundesärztekammer durch die darin aufgestellten Forderungen und Bedingungen zum Ausdruck kommt. An dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Konzept und seinem konkreten Vorgehen hat sich jedoch nichts geändert, deshalb gelten die auf dem 110. Deutschen Ärztetag 2007 in Münster vorgebrachten Argumente gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte uneingeschränkt weiter; sie sind durch die zwischenzeitlichen Pannen und Fehlschläge diverser Testphasen noch erhärtet und bestätigt worden.

Wir fordern deshalb, die Einführung einer bundesweit verpflichtenden Telematik-Plattform mit einer Online-Anbindung von mehr als 50 Berufsgruppen im Gesundheitswesen und bis zu 2 Millionen Zugriffsberechtigten im Interesse

- des Erhalts der ärztlichen Schweigepflicht,
- einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patienten und Ärzten,
- der informationellen Selbstbestimmung der Bürger und
- der weiteren Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgung

konzeptionell weiterzuentwickeln und hierzu das Positionspapier zur Telematik als Grundlage zu nutzen.

Das Grundkonzept unseres ärztlichen Entscheidens und Handelns, bei dem der Mensch im Mittelpunkt steht, darf nicht zerstört werden durch eine Transformation der Humanmedizin und damit des Gesundheitswesens in eine renditeorientierte Dienstleistungsindustrie.

Wir meinen, dass die erheblichen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Folgewirkungen dieses IT-Projektes eine Ausweitung der Debatte unabdingbar machen. Sie sollte gerade auch von Ärzten in die breitere Öffentlichkeit getragen werden, unter Einbeziehung der Patienten und Versicherten.

Wir sehen hier die Notwendigkeit, die ärztliche Fürsorgepflicht auf den Schutz der informationellen Selbstbestimmung der Patienten und der vertrauensvollen Patient-Arzt-Beziehung zu erweitern.

Bisher schon entstandene Lösungen für eine elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen haben sich bedarfsgerecht entwickelt und sollten durch weitere dezentrale Alternativprojekte in der Hand der Versicherten unterstützt und gefördert werden.

Eine von den Kassen geplante Erstellung von "elektronischen Patientenakten" mit Speicherung bei kommerziellen Provider-Diensten wird entschieden abgelehnt. Krankheitsdaten dürfen nicht zur Ware werden, von Kostenträgern gesteuerte Versorgung nach dem Vorbild der Managed-Care-Medizin der USA nicht zur weiteren Leistungsrationierung führen.

Das elektronische Rezept hat sich in Tests bereits als völlig untauglich erwiesen. Das Papierrezept soll weiter benutzt werden.

Die Erstellung von gerichtete Point-to-Point-Kommunikation mit ausreichendem Datenschutz zwischen unterschiedlichen behandelnden ärztlichen Einrichtungen wird befürwortet.

Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ab, weil sie mit dem Grundvertrauen der Patienten in unser ärztliches Berufsethos nicht vereinbar ist und das bewährte Konzept von einer am Individuum und seiner individuellen Lebensgestaltung orientierten Humanmedizin in unserer Gesellschaft zerstört.

4. Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) unter Berücksichtigung der Änderungsanträge von Herrn Dreyer (Drucksache IV - 01-03), Herrn Prof. Dr. sc. med. Sauermann und Frau Taube (Drucksache IV - 01-05), Frau Prof. Dr. med. Krause-Girth, Herrn Prof. Dr. med. Kahlke, Herrn Dr. med. Brunngraber und Herrn Veelken (Drucksache IV - 01-06) und Herrn Dr. med. Niemann (Drucksache IV - 01-07)

beschließt der 111. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit die als Anlage 2 beigefügten "Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen".

5. Strukturierter Datensatz

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Köhne, Frau Dr. med. Groß M.A. und Herrn Dr. med. Hülkamp (Drucksache IV - 01-01) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Seite 8, Satz in Zeilen 11-14 ersetzen durch:

"Ärztliche Erfahrungen im Umgang mit elektronischen Informationsquellen zeigen, dass beschränkte Datenstrukturen nicht geeignet sind, individuelle medizinische Sachverhalte sinnvoll darzustellen. Die Informationen müssen in offenen, seitenbasierten Datenformaten hinterlegt werden."

6. Änderungsantrag IV-01

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. med. Steininger (Drucksache IV - 01-04) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Streichung von 5.3 des Entschließungsantrages des Vorstands (IV-01).

Dafür:

"Die elektronische Gesundheitskarte als Weiterentwicklung der derzeitigen Krankenversicherungskarte als Datenspeichermedium – nicht als Datenverarbeitungsmedium mit integriertem Mikroprozessor – z. B. auf USB-Basis soll folgendes Design bekommen:

- a) ein administrativer Pflichtteil wie bisher mit notwendigen Personendaten
- b) ein auf freiwilliger Basis vom Versicherten nutzbarer Informationsteil mit z. B.
 - Notfalldatensatz (Allergien, Unverträglichkeiten, ...)
 - (Dauer-)Medikation

- (Dauer-)Diagnosen
- letzter ausführlicher Arztbrief
- Hinweis auf einen „Datensammler“, z. B. Hausarzt

Dieser Informationsteil ist streng freiwillig und steht unter der inhaltlichen Verantwortung des Versicherten."

Begründung:

Es besteht zum derzeitigen Zeitpunkt kein Grund für eine zentrale Datenverwaltung, denn sie ist nicht notwendig, weil keine Not besteht.

7. Notfalldaten speichern

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Köhne und Frau Dr. med. Groß M.A. (Drucksache IV - 01-02) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Seite 21, Satz in Zeilen 5 - 8 streichen und ersetzen durch:

„Alternativ müssen die für den individuellen Patienten sinnvollen Daten gespeichert werden können."

8. Etablierung eines E-Health-Reports der Ärzteschaft

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 02) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Im deutschen Gesundheitswesen findet – auch unabhängig von der geplanten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a SGB V – eine rasch zunehmende elektronische Vernetzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens statt. Triebfeder dieser Entwicklung sind sowohl Unternehmen, die Ärzte mit IT-Lösungen ausstatten und zunehmend eine Online-Anbindung voraussetzen als auch die Tatsache, dass im Zuge der Etablierung neuer sektorübergreifender Versorgungsstrukturen ein Bedarf an IT-Vernetzung und elektronischer Kommunikation vielen Beteiligten als unverzichtbar erscheint.

In Deutschland fehlen bis heute jedoch öffentlich verfügbare Zahlen, die den Grad der elektronischen Vernetzung und den Einsatz der entsprechenden Technologien im Gesundheitswesen quantitativ wie auch qualitativ valide und auf der Grundlage repräsentativer Erhebungen darstellen. Ebenfalls bisher nur unzureichend untersucht ist, welche Technologien und Einsatzgebiete von Telematik aus Sicht der in den verschiedenen Versorgungsbereichen tätigen Ärztinnen und Ärzte – auch unabhängig von Angeboten der Industrie – als besonders förderungswürdig erachtet werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Bundesärztekammer auch unter finanziellen Gesichtspunkten prüfen, ob im Zusammenwirken mit geeigneten Forschungseinrichtungen und ggf. weiteren Partnern ein – nach Möglichkeit periodisch zu wiederholender – E-Health-Report der Ärzteschaft etabliert werden kann.

Der Report soll besseren Aufschluss über den Einsatz elektronischer Vernetzung im Gesundheitswesen und die Entwicklungen in diesem Gebiet wie auch den aus Sicht der Ärzteschaft bestehenden Bedarf an solchen Technologien geben.

9. Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp (Drucksache IV - 05) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag knüpft die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) an folgende Bedingungen:

- Die Sicherheit der Daten zum Schutz des Patienten wie des Arzt-Patienten-Verhältnisses muss gegeben sein.
- Eine genaue Gesamtkostenprüfung und -analyse muss erfolgen.
- Die Folgekosten der Einführung müssen transparent, kalkulierbar und refinanzierbar sein.
- Die einzelnen Anwendungen müssen ausreichend getestet und sogenannte Startschwierigkeiten dadurch weitgehend behoben sein. Zudem darf es bei dem Einsatz nicht zu Störungen oder Verzögerungen im Praxisablauf kommen. Ein Abbau an Bürokratie durch die eGK muss – durch die Registrierung von Pflegestufen und den Praxisgebühr-Zahlungsvermerk und vieles mehr – deutlich erkennbar werden.
- Alle Beteiligten müssen bereits in der Vorbereitungsphase (im Praxis- und Klinikalltag) ausführlich informiert werden. Entsprechende Veranstaltungen sollten als zertifizierte Fortbildungen angeboten werden.
- Die Teilnahme der Ärzte an dem Telematikprojekt soll auf freiwilliger Basis erfolgen.
- Sinnhafte Anwendungen sollten eine Begleit- bzw. Versorgungsforschung sowie eine Vereinfachung etwa von Krebsregistern ermöglichen.
- Keine elektronische Gesundheitskarte ohne „Mehrwert für Patienten und Ärzte“ (Notfalldaten, Befreiung von Zuzahlungen, Medikamenten, Laborwerten, Diagnosen etc.).

Begründung:

Neben zweifelsfreien Chancen der Telematik-Infrastruktur – etwa der vereinfachte Datenaustausch unter Kollegen, die Vermeidung von Arzneimittelunverträglichkeiten oder die Vorbeugung des Kartenmissbrauchs – kann nur bei Erfüllung der oben genannten Voraussetzungen den wesentlichen Bedenken der Ärzteschaft entsprochen werden. Daneben ist eine umfassende und gewinnbringende Informationspolitik zum Projekt unerlässlich.

10. Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp (Drucksache IV - 06) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, im Zusammenwirken mit den Akademien und Fortbildungsabteilungen der Landesärztekammern zu prüfen, welche Fortbildungsmaßnahmen geeignet sind, um die Kompetenzen der

Ärztinnen und Ärzte im Bereich der IT-Sicherheit und Gesundheitstelematik zu stärken.

Begründung:

An Arztpraxen und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens (Medizinische Versorgungszentren, etc.) wird – auch unabhängig von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte – in zunehmendem Maße der Anspruch einer elektronischen Vernetzung und der elektronischen Übermittlung von Patientendaten gestellt.

Diese Entwicklungen beinhalten immer auch das Risiko der ungewollten Offenbarung sensibler Patientendaten an Dritte. Da es hierbei um Fragen der elementaren Voraussetzung für ärztliches Handeln, den Schutz der Vertraulichkeit in der Patient-Arzt-Beziehung, geht, sollte IT-Sicherheit verstärkt zum Gegenstand ärztlicher Fortbildung gemacht werden.

11. Keine EU e-Card

Auf Antrag von Herrn Stagge, Herrn Prof. Dr. med. Kahlke, Frau Haus, Herrn Dr. med. Junker, Herrn PD Dr. med. Lindhorst und Herrn Dr. med. Roder (Drucksache IV - 08) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand wird beauftragt, sich in den Gremien der Europäischen Union gegen eine europaweite elektronische Gesundheitskarte einzusetzen.

Begründung:

Die Europäische Union arbeitet an einer europaweiten Telematikplattform nach dem gematik-Vorbild.

"SOS" steht für "Smart Open Services". Ziel dieses Pilotprojekts ist es, die verschiedenen eHealth-Infrastrukturen in den EU-Mitgliedsstaaten kompatibel zu machen, so dass Informationen über Diagnosen oder über die Medikation, aber auch elektronische Rezepte europaweit zugänglich werden.

Der hier bisher beschrittene falsche Weg darf nicht europaweit fortgesetzt werden.

12. Test mit USB-Systematik

Auf Antrag von Herrn Stagge, Herrn Prof. Dr. med. Mau, Frau Haus, Herrn Dr. med. Niemann, Herrn Dr. med. Junker, Herrn PD Dr. med. Lindhorst und Herrn Dr. med. Roder (Drucksache IV - 10) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich als Gesellschafter der gematik dafür einzusetzen, dass die gematik in einer Testregion Tests mit der USB-Systematik durchführt.

Das zu testende System muss vorher eine externe Zertifizierung (z. B. TÜV) zur Sicherheit vor schädlicher Software (Viren, Trojaner etc.) vorweisen.

Begründung:

Es gibt USB-Karten, die alle Ziele, welche die e-Card laut dem Bundesministerium für Gesundheit erreichen soll, darstellen kann. Diese Technologie ist sehr viel schneller einzuführen als die gematik-Systematik mit zentralen Speichern.

Die zentrale Speicherung und die nie offen ausgesprochene Verwertung der Daten durch das Bundesministerium für Gesundheit und Kassen fällt dabei allerdings aus.

Durch externe Datenträger darf Arzt- und Krankenhaus-EDV kein Schaden drohen.

13. E-Card Test-Sicherheit

Auf Antrag von Herrn Stagge, Herrn Prof. Dr. med. Kahlke, Herrn Dr. med. Ramm, Herrn Dr. med. Junker, Herrn Prof. Dr. med. Mau, Frau Haus und Herrn Dr. med. Niemann (Drucksache IV - 11) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer soll sich dafür einsetzen, dass unabhängigen Experten, z. B. dem „chaos computer club“ oder anderen Fachleuten, gestattet wird, in einer Testregion die Sicherheitsstruktur der e-Card zu prüfen und über das Testergebnis zu berichten.

Begründung:

Ist es EDV-Experten mit Erfahrungen im Zugriff auf "gesicherte EDV-Systeme" nicht möglich, in das System einzudringen, wird das Vertrauen in das System gestärkt.

Ist es möglich, das System von außen zu missbrauchen, muss dies rechtzeitig erkannt werden.

14. Stärkere Fokussierung auf den stationären Bereich bei der Einführung von medizinischen Telematikanwendungen

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. sc. med. Saueremann (Drucksache IV - 13) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert von der gematik sowie dem Bundesgesundheitsministerium die intensivierete Weiterentwicklung von standardisierten medizinischen Telematikanwendungen für den klinischen Datenaustausch im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung (elektronischer Arztbrief, Arzneimittelverordnung, elektronische Patientenakte), zunächst schwerpunktmäßig für den stationären Sektor des Gesundheitswesens unter freiwilliger Einbeziehung niedergelassener Ärzte im regionalen Umfeld und unter strikter Beachtung ärztlicher Prämissen sowie ohne Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Die Bereitstellung eines elektronischen Arztausweises mit qualifizierter elektronischer Signatur und einer Komfortsignatur durch die Landesärztekammern ist dafür unbedingt notwendig.

Begründung:

Die Akzeptanz von Telematikanwendungen hängt in entscheidendem Maße vom nachgewiesenen Nutzen ab, Kosten und Qualität der Implementierungen von den gegebenen Voraussetzungen. Im sächsischen Projekt „SaxTeleMed“ wurde in den vergangenen Jahren die „Digitalisierung bildgebender Verfahren und Bildkommunikation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen“ durch drei Krankenhäuser unter Einbeziehung von freiwilligen niedergelassenen Ärzten und der Nutzung eines elekt-

ronischen Arztausweises erprobt. Dieses Telematikprojekt konnte durch das politische Großprojekt „Elektronische Gesundheitskarte“ nicht weitergeführt werden, da die aktuellen Konzepte zur elektronischen Gesundheitskarte in erster Linie auf eine Einführung im niedergelassenen Bereich fokussieren.

In Krankenhäusern können aufgrund der bereits vorhandenen elektronischen Infrastruktur medizinische Telematikanwendungen versorgungs- und akzeptanzwirksam gestaltet werden. Durch regionale Netzwerkbildung und freiwillige Kooperation mit Krankenhäusern kann die Arbeit der niedergelassenen Ärzte besser unterstützt werden. Sie können Erfahrungen sammeln und als Multiplikatoren dienen.

15. Elektronischer Heilberufsausweis

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Albrecht, MBA, Frau Dr. med. Keller, Herrn Dr. med. Pickerodt, Herrn Veelken, Herrn Dr. med. Tegethoff, Frau Dr. med. Müller-Dannecker, Herrn Janßen, Herrn Dr. med. Urban, Herrn Prof. Dr. med. Mau und Frau Dr. med. Lutz (Drucksache IV - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Berliner Ärztetagsdelegierten begrüßen den konstruktiv-kritischen Dialog zu Möglichkeiten und Grenzen der Telematik im Gesundheitswesen. Ebenso konstruktiv-kritisch ist die Einführung der HPC (elektronischer Heilberufsausweis) zu bewerten. Der 111. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die im Folgenden aufgeführten Aspekte ggf. unter Einbeziehung externen Sachverständigen zu prüfen und auf dem nächsten Deutschen Ärztetag zu berichten:

Mit der Herausgabe von elektronischen Heilberufsausweisen haben die Länderbehörden den Ärztekammern eine neue Aufgabe übertragen. Deren Dimension übersteigt alle bisherigen Aufgaben insofern, als hier technisches und rechtliches Neuland im Bereich der IT-Kommunikation betreten wird. Das nun vorliegende, bisher vorrangig mit der Industrie abgestimmte (technisch machbare) Ausgabekonzept erfordert eine besonders sorgfältige Prüfung auf verantwortlicher Kammerebene, was die rechtlichen und finanziellen Implikationen und Risiken zum einen und die verwaltungsorganisatorische Umsetzbarkeit zum anderen betrifft. Denn eine überhastete Einführung des elektronischen Heilberufsausweises ist mit dem Risiko verbunden, dass im sensiblen Bereich der Krankenversorgung Probleme wie bei der Mauteinführung entstehen. Damit läuft sie dem eigentlichen Ziel diametral entgegen: der Verbesserung und Sicherstellung der zukünftigen Krankenversorgung im Sinne von Patienten und Ärzten durch den gezielten und reibungslosen Einsatz von Telematik.

Zentrale Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Prüfung des Konzepts bereits jetzt abzeichnen:

- Wie ist sichergestellt, dass die Ärzte an ihren Arbeitsplätzen/in ihren Praxen jederzeit den notwendigen qualifizierten (technischen) Support für die Benutzung ihrer Heilberufsausweise erhalten, um die durchgängige Versorgung ihrer Patienten sicherzustellen?
- Wie ist sichergestellt, dass die Kammern im Sinne ihrer Mitglieder einen angemessenen Einfluss auf die Preisgestaltung durch die Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA) haben und behalten?
- Wie wird sichergestellt, dass die Kammern als rechtlich verantwortliche Herausgeber der Heilberufsausweise in allen Phasen des Ausgabe- und

Administrationsprozesses über die notwendigen durchsetzungsfähigen (rechtlichen) Instrumente verfügen, auf die verschiedenen Zertifizierungsdiensteanbieter als ihre Verwaltungshelfer einzuwirken?

- Wie wird beispielsweise das Risiko ausgeschlossen, dass ein Arzt wegen Vertragskündigung seitens seines Zertifizierungsdiensteanbieters vorübergehend oder dauerhaft nicht im Besitz einer gültigen Karte und in Folge an der Durchführung seiner ärztlichen Tätigkeit gehindert ist?
- Sind gesellschaftsrechtliche Vereinbarungen der Landesärztekammern untereinander vorgesehen, um gegenüber den Zertifizierungsdiensteanbietern zeitnah und abgestimmt auftreten zu können?
- Wie wird sichergestellt, dass die Kammern - u. a. im Hinblick auf wechselnde oder Mehrfach-Kammermitgliedschaft - ohne für die Ärzte spürbare Reibungsverluste nach vergleichbarem Standard (z. B. Validität der jeweiligen Meldedaten für die Attributsbestätigung) zusammenarbeiten?
- Welche technischen, rechtlichen und organisatorischen Ergebnisse/Probleme beim Einsatz der Heilberufsausweise sind aus den Testregionen zu verzeichnen und welche Schlüsse bzw. Handlungsnotwendigkeiten und offene Fragen ergeben sich daraus für die Kammern und ihre Mitglieder?

Zu Recht wird ausführlich und nachdrücklich über Nutzen und Risiken der elektronischen Gesundheitskarte diskutiert. Gleiches muss mit angemessener Sorgfalt dem ärztlichen Pendant, dem elektronischen Heilberufsausweis, vor seiner flächendeckenden Einführung widerfahren.

16. Gendiagnostikgesetz unverzüglich verabschieden

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Junker (Drucksache IV - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den vorliegenden Entwurf des Gendiagnostikgesetzes beschleunigt zur Abstimmung zu bringen. Aufgrund dieses Gesetzes könnten z. B. im USB-Stick der elektronischen Patientenkarte die Gen-ICD-Codes gesperrt werden. Damit kann der Gen-Verrat am Patienten unterbunden werden.

17. IT im Gesundheitswesen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Holzborn, Herrn Dr. med. Berson, Frau Dr. med. Groß M. A., Herrn Dr. med. Josten, Herrn Stagge, Frau Dr. med. Friedländer und Herrn Zimmer (Drucksache IV - 16) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Bei Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zum Themenkreis „IT im Gesundheitswesen“ sind die jeweiligen Autoren verpflichtet, Interessenskonflikte, insbesondere Verbindungen zur IT-Industrie offenzulegen. Der Herausgeber hat darauf zu achten, dass diese Verpflichtung eingehalten wird.

Begründung:

Eine ähnliche Verpflichtung besteht schon für Autoren wissenschaftlicher Beiträge, die Verbindungen z. B. zur Pharmaindustrie erklären müssen. Eine Ausweitung dieser Bestimmung für den Technikbereich ist sinnvoll.

18. Datenschutz bei Krankenhaus-Informationssystemen (KIS)

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Emminger, Frau Dr. med. Lux, Frau Dr. med. Borelli, Herrn Dr. med. Rösch und Frau Wagner (Drucksache IV - 17) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm fordert von den Krankenhausträgern, beim Einsatz von Krankenhausinformationssystemen (KIS) die gesetzlichen Forderungen des Datenschutzes bzgl. Patienten-bezogener Daten zu beachten.

Klinikträger beabsichtigen vermehrt, sensible Patientendaten aus aktuellen und aus früheren Krankenhausaufenthalten einem praktisch unüberschaubaren Personenkreis zur Verfügung zu stellen. In den Kliniken sollen auf diesem Weg Patienten-Behandlungen auch durch fachfremde Ärzte ermöglicht werden (Stichwort Bettenpool) – dies sollte aber ausschließlich auf den Notfall beschränkt bleiben. Klinikträger verstoÙen damit gegen den Datenschutz und stellen die individuelle Patient-Arzt-Beziehung in Frage.

Auch zukünftig dürfen behandlungsbezogene Patienten-Daten in den Kliniken nur den mit der Behandlung befassten Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung gestellt werden. KIS müssen diesen Anforderungen angepasst werden.

19. Datenschutz im Krankenhaus

Auf Antrag von Frau Dr. med. Lux, Herrn Dr. med. Emminger und Frau Dr. med. Borelli (Drucksache IV - 18) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Klinikträger auf, einen umfassenden Datenschutz zu gewährleisten. Für bestimmte Personengruppen ist es nicht nur wichtig, die Arztbriefe allein dem behandelnden Arzt vorzubehalten sondern auch die Diagnosen. Mitarbeiter des Krankenhauses können auch zu Patienten werden und es kann nicht sein, dass jeder im Krankenhaus Tätige, z. B. auch die Verwaltung, auf die Diagnosen von Mitarbeitern zugreifen kann.

20. Datenspeicherung/Serverlösung

Auf Antrag von Frau Dr. med. Stüwe (Drucksache IV - 19) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Sollte es bei der weiteren Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu einer Sammlung der Patientendaten in Form einer Serverlösung kommen, so dürfen diese Server ausschließlich bei den Ärztekammern gehostet werden.

Die Kosten für die Übernahme dieser Aufgabe sind im Rahmen des Konnexitätsprinzips (wer bestellt - der bezahlt) den Kammern über eine entsprechende Finanzierung zu erstatten.

Zu Punkt V der Tagesordnung:
SACHSTANDSBERICHT ZUR
(MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG

1. *Einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Landesärztekammern*

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. Köhler (Drucksache V - 01) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung muss in ihrer jeweiligen Fassung durch die einzelnen Landesärztekammern bundesweit und bei Beachtung europarechtlicher Vorgaben sowie des von der Bundesärztekammer entwickelten zweistufigen Normsetzungsverfahrens einheitlich umgesetzt werden.

Begründung:

Durch die nicht einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung und z. T. bestehende erhebliche Unterschiede in der Weiterbildung zwischen einzelnen Kammerbereichen einerseits sowie die teilweise Nichtumsetzung europarechtlicher Vorgaben in der Weiterbildung wird die Mobilität und Flexibilität der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten deutlich eingeschränkt. Dies kann in einzelnen Fällen zu einer Beeinträchtigung in der Qualität der Weiterbildung führen. Insbesondere sollten Partikularinteressen von Facharztverbänden in den einzelnen Kammerbereichen in den Hintergrund treten, um regionale Einschränkungen bei der Berufsausübung zu verhindern.

2. *Finanzierung von Weiterbildung*

Der Beschlussantrag von Herrn Bodendieck (Drucksache V - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bis zum 112. Deutschen Ärztetag ein Konzept zur Sicherung der Finanzierung der Weiterbildung für alle Fachgebiete zu entwickeln.

Ähnlich der Forderungen des Beschlussantrages zum Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sollte ein Fondsmodell diskutiert werden, in welches alle aus der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten Nutzen ziehende Organisationen und Körperschaften einzahlen.

Begründung:

Weiterbildung zum Facharzt wird wegen bereits bestehender und in der Zukunft zunehmender Unterfinanzierung im deutschen Gesundheitswesen zunehmend schwierig.

Ambulante Versorgung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern führt zunehmend zu erheblichen Schwierigkeiten für die Kandidaten, allen Anforderungen der Weiterbildungskataloge in der Klinik gerecht zu werden. Weiterbildung in der Niederlassung ist finanziell jetzt und erwartungsgemäß auch in Zukunft durch alleinige Praxishonorierung nicht zu finanzieren. Weiterbildung in der Klinik wird in den Diagnosis Related Groups (DRG) nicht ausreichend abgebildet. Bei zunehmender finanzieller Strangulierung deutscher Kliniken wird allein dadurch

Weiterbildung nicht mehr möglich, da ausreichende Weiterbildungsstellen nicht finanziert werden können.

Als weiteres Problem kommt eine zunehmende Abwanderung von Fachärztinnen und Fachärzten aus dem kurativen Bereich in zum Beispiel den Versicherungs- oder Gutachterbereich (z. B. Rentenversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung). Diese Kolleginnen und Kollegen sind durch Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung weitergebildet, stehen der Versorgung der Patienten aber nicht mehr zur Verfügung.

3. Förderung der Weiterbildung in Praxis und Klinik

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. med. König (Drucksache V - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag erkennt die veränderte Situation in der Weiterbildung durch Veränderungen an den Krankenhäusern und Verlust der Patiententätigkeit durch Verschwinden der Ambulanzen an. Eine volle Weiterbildung ist häufig an der Klinik in vielen Fachgebieten nicht mehr möglich.

Bis jetzt wurde nur die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gefördert. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, für die finanzielle Ausstattung der Weiterbildungsstellen sowohl in Klinik und Praxis zu sorgen als auch die Weiterbildung gleichwertig, wenn fachlich möglich, sowohl in Klinik als auch in Praxis durchführen zu lassen.

Beispiel: Reproduktionsmedizin - jetzt zwei Jahre Praxis und ein Jahr Klinik

Situation: Es gibt kaum Kliniken mehr mit Reproduktionsmedizin

Folge: Volle Weiterbildung von drei Jahren in der Praxis gefordert

Voraussetzung: Finanzielle Unterstützung der weiterbildenden Praxis

Zu Punkt VI der Tagesordnung:

TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Förderung Allgemeinmedizin

1. Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 05) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 hatte flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Weiterbildungssituation zukünftiger Hausärzte beschlossen sowie den Auftrag an die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Vertreter des Deutschen Hausärzterverbandes e. V. und weitere betroffene Organisationen in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erteilt, ein entsprechendes Konzept zu entwickeln.

Eine vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Arbeitsgruppe – bestehend aus Vertretern von Bundesärztekammer und Landesärztekammern, KBV und Deutscher Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) sowie Deutschem Hausärzteverband e. V. – hat daher ein „Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ erstellt. Dieses entwickelt aus der Analyse der derzeitigen und vor allem der zukünftigen Versorgungssituation im hausärztlichen Sektor heraus Empfehlungen zu folgenden Schwerpunkten:

- Organisation und inhaltliche Ausgestaltung integrativer Weiterbildungskonzepte, insbesondere der Verbundweiterbildung für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Aufstockung, Verteilung und zielgenauer Einsatz der Fördermittel
- Aufgabenzuschreibungen an die Beteiligten (Weiterbilder, Selbstverwaltung, Politik, Koordinatoren, Tutoren...)

Das Handlungskonzept benennt darüber hinaus weitere zu beteiligende Organisationen, beschreibt das politische Ziel – nämlich die Gewinnung von ausreichend hausärztlichem Nachwuchs – und die notwendige Evaluation des neu zu gestaltenden Förderprogramms.

Es dient darüber hinaus als Grundlage für zeitnahe Gespräche zur Realisierung der konkretisierten Handlungsoptionen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den Ländern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhausgesellschaften.

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 begrüßt die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen und fordert die Landesärztekammern auf, unverzüglich mit deren Realisierung zu beginnen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird gebeten, sich aktiv an der Verbesserung der Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu beteiligen und entsprechende Maßnahmen im stationären Bereich zu unterstützen.

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 fordert Politik und Krankenkassenverbände auf, noch in dieser Legislaturperiode zu gewährleisten, dass

- eine tarifgerechte Vergütung der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte auch im ambulanten Bereich garantiert wird sowie
- die Kosten für die Begleitung des Förderprogramms durch Koordinierungsstellen, Tutoren usw. gedeckt werden.

Die Länderbehörden (Landesministerien, Kreisverwaltungsbehörden und Kommunen) werden aufgefordert, insbesondere in hausärztlich unterversorgten Regionen durch finanzielle Anreize die Weiterbildungsverbände vor Ort zu unterstützen.

Begründung:

In den nächsten zehn Jahren scheiden aus Altersgründen bundesweit ca. 42 % (in den Neuen Bundesländern bis zu 50 %) der derzeit tätigen Hausärzte aus dem Berufsleben aus.

Eine Steigerung der heutigen Absolventenzahl der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin kann nur erreicht werden durch:

- Werbung für das Berufsbild bereits bei den Studierenden
- Förderung und Erleichterung der Weiterbildung durch ein vorab festgelegtes Curriculum
- Erhöhung der Fördergelder um insbesondere die Bezahlung im ambulanten Bereich der im stationären Bereich anzupassen
- Anreize zur Niederlassung (Anschubfinanzierung, Umsatzgarantie, etc.)
- Verbesserung der Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit

Nur dadurch kann eine quantitative und qualitativ gewünschte hochwertige hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Die ärztliche Selbstverwaltung muss hier durch die Umsetzung o. g. Handlungsempfehlungen einen entscheidenden Beitrag leisten.

2. Förderung Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache VI - 51) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der drohende Mangel an medizinischer Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte macht es notwendig, die Attraktivität des Berufsweges zu erhöhen und die Weiterbildung für hausärztliche Aufgaben gezielt zu fördern.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt in diesem Zusammenhang seine Forderung nach einer strukturellen und finanziellen Verbesserung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Dazu ist es notwendig:

1. zusätzliche Stellen einzurichten, vermehrt Rotationspläne zu entwickeln und Weiterbildungsverbünde zwischen Krankenhäusern und Praxen zu etablieren, um einen möglichst nahtlosen Übergang zwischen den einzelnen Bausteinen der Weiterbildung zu gewährleisten.
2. das Förderprogramm Allgemeinmedizin finanziell aufzustocken, damit Ärztinnen und Ärzte während der Weiterbildung in der Praxis und in der Klinik entsprechend ihres Weiterbildungsstandes vergütet werden können. Eine Erhöhung der Zuschüsse um 2000 Euro - wie zum Beispiel im Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen vorgesehen - ist daher dringend bundesweit erforderlich.

Ausbildung/Studium

1. Mobilität der Medizinstudierenden fördern

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Fitzner (Drucksache VI - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Gesetzgeber auf, die Mobilität der Medizinstudierenden innerhalb Deutschlands zu ermöglichen.

Begründung:

Nicht nur die neue Approbationsordnung und der damit einhergehende Wegfall der Prüfung vor dem Praktischen Jahr (PJ), sondern auch der geplante Wegfall des Hochschulrahmengesetzes im kommenden Herbst erschweren den Fakultätswechsel der Medizinstudierenden erheblich. Demgegenüber steht die Europäisierungstendenz mit dem Bologna-Prozess und der gewollten Mobilitätserleichterung.

Mobilität ist ein individueller und gesellschaftlicher Anspruch. Alle diese Entwicklung ausbremsenden Maßnahmen sind wenig zielführend. Auch die Länder/die Universitäten müssen ein Interesse an einem solchen Austausch haben.

2. Keine Studiengebühren im Examenssemester

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache VI - 48) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten und die Bundesländer auf, eine einheitliche Regelung zur Studiengebührenbefreiung für Medizinstudierende im Examenssemester (mit PJ-Reife) auf den Weg zu bringen.

Begründung:

Das Wiederaufleben der Studiengebührenpflicht für Medizinstudenten nach Ableistung des Praktischen Jahrs (PJ) ist schwer nachvollziehbar. Es ist allein deshalb fragwürdig, da Studiengebühren ausschließlich zweckgebunden zur Verbesserung der Lehre – die zu dem Zeitpunkt allerdings faktisch beendet ist – eingesetzt werden dürfen. Die Medizinstudenten bereiten sich im Examenssemester ausschließlich auf das Staatsexamen vor und sind lediglich eingeschrieben, um die Zulassung zum Staatsexamen nicht zu gefährden beziehungsweise ihren Studentenstatus nicht zu verlieren. Die Regelung der Universitäten muss diesem Umstand Rechnung tragen. Ein positives Beispiel gibt die Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen. Sie bietet Medizin- und Lehramtsstudenten die Möglichkeit, ihre Studiengebühr in Höhe von 500 Euro zurückzufordern. Voraussetzung ist, dass alle notwendigen Studienleistungen bis zum Ende des Vorsemesters erbracht worden sind.

3. Vergütung im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache VI - 14 neu) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten und Lehrkrankenhäuser auf, während der Tätigkeit im Praktischen Jahr (PJ) eine angemessene Ausbildungspauschale zu bezahlen.

Begründung:

Die Studenten im Praktischen Jahr sind in erheblichem Maße in den Klinikalltag eingebunden und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zum Ablauf in der stationären Versorgung. Zudem motiviert es den ärztlichen Nachwuchs durch die Anerkennung ihrer Arbeit, weiterhin in der Patientenversorgung tätig zu sein und

bindet junge Kollegen an die akademischen Ausbildungshäuser. Dieser auch im Hinblick auf den Ärztemangel wichtige Strukturfaktor ist durch den Klinikkonzern Helios und die Medizinische Hochschule Hannover bereits erkannt worden. Diese vergüten bzw. empfehlen eine Vergütung des PJ.

4. Ausbildungspauschale für Medizinstudierende im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache VI - 19) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine angemessene Ausbildungspauschale für Medizinstudierende während des Praktischen Jahres.

5. Reform der Zulassung zum Medizinstudium

Der EntschlieÙungsantrag von Herrn Dr. med. Junker (Drucksache VI - 54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Seit einem anlässlich des 108. Deutschen Ärztetages in Bremen 2004 vom Ärztetag verabschiedeten Antrag zur Situation der Medizinstudenten hat sich nichts, aber auch nichts geändert! Unverändert wird die Zulassung zum Medizinstudium über die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) abgewickelt, wobei Abiturientinnen/Abiturienten mit einer Durchschnittsnote von über 1,8 bis 2,3 (auch per Klage) keine Chance haben. So bedeutet eine Durchschnittsnote von 2,5 zurzeit eine Wartezeit von 10 Semestern! Abgesehen davon, dass das Kriterium des Zensuredurchschnittes eines Abiturzeugnisses unverändert als fragwürdig angesehen wird, ist es weiter aber absolut inakzeptabel, dass gerade Bewerber zum Medizinstudium während der gesamten Wartesemester kein anderes, evtl. flankierendes und nutzbringendes Studium beginnen dürfen. Sie dürfen sich nicht einmal als Gasthörer immatrikulieren lassen, ohne das Semester als Wartesemester zu verlieren. Ausbildungsberufe (jeder 3. Rettungssanitäter wartet auf einen Studienplatz!) werden nicht berücksichtigt. Selbst Physikums-Absolventen (im Nachrückerverfahren) stehen ohne klinischen Studienplatz da.

Andererseits fehlen überall in Kliniken und Praxen Ärztinnen und Ärzte, der Mangel ist offenkundig geworden.

Der Deutsche Ärztetag 2008 fordert daher:

1. Der Gesetzgeber in Bund und Ländern und die Universitäten werden dringend aufgefordert, die Studienbedingungen dergestalt zu ändern, dass einem/einer angehenden Medizinstudenten/-studentin auch während der Wartesemester ein Studium in einem Fach ohne Zulassungsbeschränkung ermöglicht wird. Dabei erworbene Qualifikationen/Scheine sollen auf Antrag bei Kompatibilität mit dem nachfolgenden Studium ggf. angerechnet werden können.
2. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird erneut aufgefordert, auf diesen unhaltbaren Zustand des Brachliegens bzw. der Verschleuderung geistiger Ressourcen junger, angehender Medizinerinnen und Mediziner bei allen entsprechenden damit befassten Stellen hinzuweisen und eine Änderung einzufordern. Dem nächsten Deutschen Ärztetag ist Bericht zu erstatten.
3. Die ZVS als überholtes Instrument der Begrenzung von Studiengängen ist zumindest für das Medizinstudium grundlegend zu reformieren oder aufzulösen.

Dafür haben die Universitäten ein entsprechendes Auswahlverfahren durchzuführen.

6. Lehrstühle für Geriatrie einrichten

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Montgomery (Drucksache VI - 69) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die medizinischen Fakultäten auf, Lehrstühle für die Geriatrie einzurichten.

7. Approbationsordnung/Hammerexamen

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. Mau, Herrn Dr. med. Schimanke, Herrn Dr. med. Mitrenga, Herrn Dr. med. Crusius, Herrn Dr. med. Frießel, Herrn Prof. Dr. med. Hessenauer und Herrn Dr. med. Jonitz (Drucksache VI - 82) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass das jetzige "Hammerexamen" abgeschafft und der Zweite Teil der Ärztlichen Prüfung in einen schriftlich-theoretischen Teil vor dem Praktischen Jahr und ein mündliches klinisch-praktisches Examen mit Patientenvorstellung gegliedert wird.

Das zusammengefasste Examen nach dem praktischen Studienabschnitt ermöglicht keine Überprüfung der Qualifikation der Studierenden, bevor sie ihre praktische Ausbildung am Patienten beginnen. Durch ein vorgelagertes schriftliches Examen wird eine Überprüfung der Kenntnisse vor der praktischen Ausbildung erreicht.

Begründung:

Zudem ist zu befürchten, dass der Termin des zweiten Staatsexamens eher zur Verlängerung der durchschnittlichen Studiendauer führen wird, weil eine Auffrischung des Stoffes von sechs klinischen Semestern zur Examensvorbereitung innerhalb des Praktischen Jahres nicht möglich ist. Durch ein Examen vor dem Praktischen Jahr kann das Examenssemester als Vorbereitungszeit genutzt werden, wie dies nach der alten Approbationsordnung der Fall war.

8. Ausbildung – Schnellstmögliche Abschaffung des Hammerexamens

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Windhorst, Herrn Prof. Dr. med. Paravicini, Frau Dr. med. Bunte, Frau Künanz, Herrn Dreyer und Frau Dr. med. Beiteke (Drucksache VI - 84) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die schnellstmögliche Abschaffung des mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte eingeführten sogenannten „Hammerexamens“. Der Zweite Abschnitt der ärztlichen Prüfung sollte in der Weise modifiziert werden, dass der schriftliche Teil der Prüfung wieder vor das Praktische Jahr (PJ) gelegt wird und der mündlich-praktische Teil im Anschluss an das PJ stattfindet.

Begründung:

Die Abfrage des theoretischen Wissens muss wieder in zeitlicher Nähe zum theoretischen Teil des Medizinstudiums erfolgen. Die Studierenden hätten dann „den Kopf frei“, um sich – ohne die alleinige Fixierung auf das Bestehen des „Hammerexamens“ – auf den praktischen Teil ihrer ärztlichen Ausbildung zu

konzentrieren. Nach dem Abschluss des Praktischen Jahres sollte dann der mündlich-praktische Teil der Prüfung durchgeführt werden.

Die Qualität der klinischen Ausbildung im Praktischen Jahr leidet durch das „Hammerexamen“ erheblich, da sich die Studierenden viel mehr Zeit für die Examensvorbereitung nehmen müssen. Zudem besteht die Gefahr, dass viele Studierende ein Urlaubssemester in Kauf nehmen, um für das „Hammerexamen“ besser gerüstet zu sein. Dadurch verlängert sich die ärztliche Ausbildung um mindestens ein halbes Jahr.

9. Medizinische Ausbildung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Bolay und Herrn Dr. med. Junker (Drucksache VI - 90) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die medizinischen Fakultäten sind aufgefordert, auch schon in der Vorklinik die Motivation der Studierenden zu fördern. Nicht nur durch Wissensvermittlung, sondern auch durch Wertschätzung und durch das Vorbild der Lehrenden sind die Studierenden kontinuierlich auf ihre ärztliche Rolle vorzubereiten. Diese Rolle orientiert sich am Leitbild der deutschen Ärzteschaft.

Klausur- und Prüfungsinhalte haben sich an den fachlich-medizinischen Erfordernissen zu orientieren. Sie dürfen nicht dazu missbraucht werden, die Zahl der Studierenden zur Vereinfachung der Lehre zu dezimieren.

Arzneimittel/Betäubungsmittel/Medizinprodukte

1. Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Substitution Opiatabhängiger

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 12) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesrat als Verordnungsgeber auf, die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) dahingehend zu novellieren, dass die Durchführung der Substitution bei Opiatabhängigkeit für Ärzte insbesondere am Wochenende sowie im Urlaubs- und Krankheitsfall erleichtert wird.

Im Urlaubs- und Krankheitsfall sowie bei einem akut eingetretenen Hinderungsgrund muss es substituierenden Ärzten zukünftig möglich sein, für einen befristeten Zeitraum die Durchführung der Substitution vertretungsweise an einen ärztlichen Kollegen ohne die Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu übertragen, der diese daraufhin nach Anweisung des primär substituierenden Arztes durchführt.

Für die Feiertags- und Wochenendvergabe muss es dem substituierenden Arzt zukünftig möglich sein, das ihm von der Apotheke zur Verabreichung überlassene Substitutionsmittel dem zu substituierenden Opiatabhängigen in abgeteilten Dosen zum Verbrauch zu überlassen. Gleiches soll auch unter den Bedingungen der Take-home-Vergabe für die entsprechenden Zeiträume gelten. Das Apotheken-Dispensierrecht gemäß § 43 Arzneimittelgesetz (AMG) bleibt dabei unangetastet. Die Betäubungsmittelsicherheit ist bei der Entscheidung zur Überlassung zu berücksichtigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert sicherzustellen, dass die in den BUB-Richtlinien im Rahmen der Substitution bei Kassenpatienten aufgestellten Qualitätskriterien und die in diesem Zusammenhang verlangten ärztlichen Leistungen auch über entsprechende Vergütungsziffern und eine entsprechende Ausstattung des Laborbudgets abgebildet werden. Dies betrifft insbesondere die ärztlichen Gesprächsleistungen, die zusätzlichen Dokumentationsleistungen sowie die erforderlichen Laborkontrollen im Rahmen der Abklärung eines die Substitution gefährdenden Beikonsums.

Begründung:

Bei einer stagnierenden Zahl substituierender Ärzte ist die Zahl der pro Arzt zu behandelnden Opiatabhängigen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (von durchschnittlich 20 Patienten/Arzt im Jahr 2003 auf durchschnittlich 24 Patienten/Arzt im Jahr 2006). Eine Abfrage der Bundesärztekammer bei den Landesärztekammern hat ergeben, dass insbesondere die Bedingungen der Wochenendvergabe sowie die Vergabemöglichkeiten im Krankheits- und Urlaubsfall als hemmende Faktoren für die Durchführung der Substitution wahrgenommen werden.

Die Vorgaben der BtMVV und der Durchführungs-Richtlinien sehen zudem wöchentliche Gespräche mit den substituierten Patienten vor. Insbesondere zu Therapiebeginn sowie auch zur Entscheidung über eine Take-home-Vergabe sind vom Arzt engmaschige Beigebrauchskontrollen durchzuführen. Darüber hinaus sind der Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung u. a. nach jeweils fünf Behandlungsjahren alle patientenbezogenen Dokumentationen zur Prüfung zu übermitteln. Für alle genannten Leistungen, die der substituierende Arzt im Rahmen der Qualitätssicherung zu erbringen hat, sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bislang keine entsprechenden Vergütungen vorgesehen.

2. Zur Substitutionsbehandlung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. von Ascheraden, Herrn Dr. med. Scheffzek, Herrn Dr. med. Clever und Herrn Prof. Dr. med. Niebling (Drucksache VI - 21) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert erneut eine Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), bei der die medizinische Behandlung Opiatabhängiger nicht mit strafrechtlichen Mitteln reguliert wird. Da die Apothekerverbände eine Erleichterung der Wochenend- und Feiertagsvergabe verhindert haben, fordert der Deutsche Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf die Apothekerkammer einzuwirken, dann selbst die unmittelbare Vergabe zu übernehmen.

Die Qualitätssicherungs- und Beratungskommissionen der Ärztekammern haben bereits dazu Vorschläge unterbreitet, die jedoch von den Ländern in der Arbeitsgruppe verworfen wurden. Die strenge Reglementierung der BtMVV entspricht nicht den Erfordernissen eines alle Bevölkerungs- und Landesteile erreichenden Behandlungsangebotes und kriminalisiert aus der Not geborene Ordnungsweisen von substituierenden Ärzten. Gleichzeitig wird erneut auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass die Landesärztekammern eigene Instrumente entwickeln, durch welche die Qualität der Substitution nachhaltig verbessert wird. Wie auch die Behandlung anderer Erkrankungen sollte die Qualitätssicherung durch innerärztliche und selbstverwaltete Gremien erfolgen.

Begründung:

Die substitutionsgestützte Therapie Opiatabhängiger ist eine durch viele Studien belegte evident erfolgreiche Behandlungsform der schweren chronischen Erkrankung "Opiatabhängigkeit". Sie dient der Lebensqualität der Patienten. Es werden derzeit ca. 65.000 Patienten von etwa 2.700 Ärzten behandelt. Die behandelnden Ärzte sind immer noch mit einem großen bürokratischen Aufwand belastet und einer hohen Gefahr ausgesetzt, wegen formaler (nicht medizinischer) Fehler strafrechtlich verfolgt zu werden. Die Regelungen des § 5 BtMVV sind ungeeignet als Instrumente einer medizinischen Behandlung. Hinderungsgrund für die jetzige Blockade der Apotheker ist die Angst um die Aufweichung des ihnen zustehenden Dispensierrechtes (§ 43 Arzneimittelgesetz).

3. Arzneimittel - Wirkstoffnamen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Jonitz, Herrn Dr. med. Rechl und Herrn Dr. med. Römer (Drucksache VI - 20 neu) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine gesetzliche Verpflichtung zur adäquaten Kennzeichnung der Arzneimittel mit dem Wirkstoffnamen in deutlich lesbarer Form einzuführen.

Begründung:

Der Austausch von Originalen durch Generika ist vor allem bei älteren Patienten mit großen Verunsicherungen verbunden. Grund dafür ist, dass in Deutschland nach Handelsnamen verordnet wird und diese auch kommuniziert werden. Der Generik-Name bzw. Inhaltsstoff ist auf der Packung kaum zu lesen.

In England ist beispielsweise der Inhaltsstoff mit großen Lettern auf den Packungen angegeben. Damit kommt es auch nicht vor - wie bei Rabattverträgen geschehen -, dass Patienten zwei Arzneimittel mit demselben Wirkstoff gleichzeitig einnehmen. Insofern würde eine entsprechende Regelung auch die Arzneimittelsicherheit erhöhen.

4. Arzneimittel - Anwendungsbeobachtungen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Neher, Herrn Dr. med. Rechl und Herrn Dr. med. Jonitz (Drucksache VI - 26) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine Verpflichtung zur Offenlegung des Studiendesigns und der Ergebnisse von Anwendungsbeobachtungen im Arzneimittelgesetz (AMG) zu ergänzen.

Begründung:

Der Gesetzgeber hat mit seiner letzten Änderung zum AMG zwar bei Anwendungsbeobachtungen eine Verpflichtung zur Offenlegung der Namen der teilnehmenden Ärzte neben deren Vergütung und den Verträgen mit den Pharmafirmen aufgenommen, eine Verpflichtung zur Offenlegung der Art und Güte der Beobachtung und auch die Veröffentlichung der Ergebnisse ist aber noch immer nicht zwingend vorgeschrieben. Davon würden Ärzte, Patienten und Politik profitieren.

5. *Arzneimittel - Mindeststandards für Informationen der Pharma-Industrie*

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Neher, Herrn Dr. med. Rechl, Herrn Dr. med. Jonitz und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache VI - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Mindeststandards für die Information der Ärzte durch die Pharmaindustrie ("Gütesiegel light") festzulegen.

Begründung:

Die Ärzte werden tagtäglich mit eingefärbten Neuigkeiten über Arzneimittel informiert. Mit einer Festschreibung von Mindeststandards zu Aussagen über Produkte (Vollständigkeit, absolute Risikoreduktion statt relativer Risikoreduktion, Number needed to treat, Benennen der Literatur etc.) würden die Ärzte sehr viel sachlicher informiert und könnten den Nutzen von Arzneimitteln besser einschätzen.

6. *Arzneimittel - Aufzahlungen durch Patienten*

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Rechl, Herrn Dr. med. Römer, Herrn Dr. med. Jonitz und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache VI - 49) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, es den Patienten zu ermöglichen, gegen Aufzahlung das Arzneimittel ihrer Wahl zu erwerben.

Begründung:

Patienten sind oft an bestimmte Präparate gewöhnt und würden diese gegen Aufzahlung auch erwerben, auch wenn der Arzt ein günstigeres Mittel oder nur den Wirkstoff verordnet hat. Ein solches Vorgehen ist aber derzeit wegen der Rabattgestaltung für die Hersteller nicht möglich.

Diese Möglichkeit würde viele Diskussionen in Arztpraxen und Apotheken erübrigen.

7. *Verpflichtung zur Kennzeichnung neuer Arzneimittel*

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Rechl und Herrn Dr. med. Jonitz (Drucksache VI - 53) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine Verpflichtung zur Kennzeichnung von Arzneimitteln, die weniger als fünf Jahre auf dem Markt sind, einzuführen.

Begründung:

Präparate, die neu auf den Markt kommen, hatten bis 2006 nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) eine automatische Verschreibungspflicht von fünf Jahren, bis eine Bewertung der Risiken in der breiten Anwendung bestand.

Für diesen Zeitraum, in dem die Risiken und Nebenwirkungen gesammelt werden, sollte eine entsprechende Kennzeichnung erfolgen. Auf diese Weise würde es für die Patienten nachvollziehbar werden, dass die Sicherheit dieses Mittels noch nicht abschließend bewertet ist.

8. Unabhängige Arzneimittelinformation durch europäische Normsetzung gewährleisten

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. Niebling, Herrn Dr. med. Albrecht, MBA, Herrn Dr. med. Tegethoff, Herrn Dr. med. Friebel und Herrn Dr. med. Jonitz (Drucksache VI - 72) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 111. Deutsche Ärztetag teilt die Sorge der EU-Kommission um einen hohen Standard für Patienteninformationen in der Europäischen Union (EU).

Bürger und Patienten wünschen und benötigen valide, wissenschaftlich belegte Patienteninformationen, um

- eine Krankheit beziehungsweise deren Symptome zu verstehen und einzuordnen,
- den Nutzen und den Schaden einer Behandlung abwägen zu können,
- die für ihre Präferenzen beste Behandlung zu finden,
- den besten Behandler zu finden.

Diese Informationen müssen objektiv, unverzerrt, unabhängig, evidenzbasiert und verständlich sein.

Der Vorschlag der EU-Kommission lautet, das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente aufrecht zu erhalten, aber der pharmazeutischen Industrie die Möglichkeit zu eröffnen, Patienten und Professionelle im Gesundheitswesen mit Informationen über ihre Produkte zu versorgen. Als Medien sollen auch Radio und Fernsehen zulässig sein.

Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt diese Pläne entschieden ab.

Die pharmazeutische Industrie ist – so auch das Ergebnis einer von der Europäischen Kommission mitfinanzierten Studie der Weltgesundheitsorganisation - als Quelle unabhängiger, objektiver und unverzerrter Patienteninformation ungeeignet.

Dazu ist anzumerken:

Die Industrie verfolgt legitimerweise primär das Ziel, Gewinne zu erzielen. Sie hat im Gegensatz zu Körperschaften des öffentlichen Rechts keine Gemeinwohlbindung. Die Industrie ist daher stets bestrebt, ihre Produkte als attraktiv und wertvoll darzustellen. Es kann vernünftigerweise nicht erwartet werden, dass sie Informationen über eigene Produkte verbreitet, die diese in einem ungünstigen Licht erscheinen lassen.

Eine trennscharfe Unterscheidung zwischen (ergebnisoffener) Information und (beeinflussender) Werbung ist schon theoretisch schwierig. Auch praktisch dürfte die Unterscheidung zwischen Werbung und Information in Einzelfällen sehr schwierig sein. Die pharmazeutische Industrie steht bezüglich der Erstellung unabhängiger Patienteninformationen in einem nicht auflösbaren institutionellen Interessenkonflikt.

Fürsprecher der pharmazeutischen Industrie bezeichnen regelmäßig als Information, was aus neutraler Sicht zweifelsfrei als Werbung zu klassifizieren ist.

Der 111. Deutsche Ärztetag empfiehlt der EU-Kommission daher dringend, von den Plänen Abstand zu nehmen, der pharmazeutischen Industrie mehr Rechte für die Patienteninformation zu gewähren.

Um eine einheitliche und hohe Qualität der Patienteninformation in der EU zu gewährleisten, empfiehlt der 111. Deutsche Ärztetag u. a.:

- Förderung der bereits vorhandenen Strukturen und Institutionen, welche unabhängige, evidenzbasierte Patienteninformationen erstellen und verbreiten, z. B. die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft oder die Patientenversionen des Nationalen Programms für Versorgungsleitlinien.
- Förderung von EU-weiten industrieunabhängigen Medikamenten-Informationssystemen.

Patienteninformationen sollten nicht im Zusammenhang mit der Wettbewerbsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie gesehen werden. Sie dienen vielmehr ausschließlich dem Patientenschutz. Daher empfehlen wir, die Zuständigkeit für Fragen von Patienteninformation dem Bereich Verbraucherschutz zuzuordnen.

Begründung:

Das Directorate Enterprise and Industry, Directorate General der EU-Kommission, bat um Stellungnahmen zu dem Papier "Legal Proposal on Information to Patients".

Eine wie auch immer geartete Aufweichung des Verbots der Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente führt zu Problemen vor allem bei niedergelassenen Ärzten wegen nicht indizierter Nachfrage.

9. *Patienteninformation durch die Pharmaindustrie*

Auf Antrag von Frau Cruys (Drucksache VI - 91) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt den Gesetzesentwurf der Europäischen Kommission zu einer Veränderung der Patienteninformation auf rezeptpflichtige Arzneimittel ab. Demzufolge wäre vorgesehen, die Pharmaindustrie als ein Teil des Informationssystems mit einzubeziehen. Dazu sollen Rahmenbedingungen erstellt werden, innerhalb derer die Industrie die Öffentlichkeit direkt mit objektiven Informationen über ihre Produkte versorgt. Die Industrie ist naturgemäß marktorientiert sowie interessengeleitet und ist dazu nicht imstande.

Begründung:

Auch wenn das Gesetzesvorhaben der EU zunächst keine Abschaffung des Laienwerbeverbots für rezeptpflichtige Medikamente (§ 10 des Heilmittelwerbeverbots) vorsieht, wird bei genauerem Betrachten deutlich, dass es sich um nichts anderes als einen Schritt in diese Richtung handelt. Die massive Einbeziehung der pharmazeutischen Konzerne in eine „objektive, nicht interessengeleitete, an den Bedürfnissen der Patienten orientierten“ zukünftige Informationspolitik, ist ein Widerspruch in sich. Niemand wirft der Industrie vor, eine markt- und absatzorientierte Politik zu betreiben. Dies allerdings schließt einen Anspruch auf objektive Informationskompetenz aus.

Der massive Druck auf Brüssel macht bei näherem Zusehen nur Sinn, wenn man bei einer gewissen Sättigung unter der Ärzteschaft eine erhebliche Marktausdehnung in der Öffentlichkeit anstrebt. Genau das passiert Tag für Tag in den USA und Neuseeland, den bisher weltweit einzigen Staaten, wo DTCA (Direct to Consumer Advertising) seit etlichen Jahren erlaubt ist. Milliarden fließen zusätzlich in die Werbung und die meistbeworbenen Produkte zeigen einen erheblichen Umsatzanstieg. Ständige Verstöße gegen die gesetzlichen Bestimmungen sind hierbei an der Tagesordnung.

Hierbei taucht ein weiterer Aspekt auf, der uns Ärzte in besonderer Weise betrifft:

Mal wieder, diesmal von außen, kommt es zu einer Veränderung und Beeinflussung in der Patient-Arzt-Beziehung. In die bislang dem behandelnden Arzt je nach unterschiedlichem Krankheitsbild seines Patienten zustehende therapeutische Entscheidung wird hier von außerhalb eingegriffen, ja auch direkt fordernder Druck erzeugt. Das muss so mit aller Entschiedenheit abgelehnt werden.

Wenn darüber hinaus eine bessere Patienteninformation beabsichtigt ist, muss sie durch den Filter unabhängiger Institutionen gehen. Solche haben wir bereits. Eine stärkere Vernetzung wie auch die finanzielle Stärkung sind im Gespräch und sollen beschleunigt vorangetrieben werden.

10. Todesfälle durch Arzneimittelunverträglichkeit - Öffentliche Positionierung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Auf Antrag von Frau Dr. med. Groß M. A., Herrn Dr. med. Josten, Herrn Prof. Dr. med. Griebenow, Herrn Dr. Köhne und Herrn Dr. med. Berson (Drucksache VI - 74) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag forderte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) sowie die Bundesärztekammer auf, zu den immer wieder publizierten Daten über die Todesfallzahlen durch Arzneimittelunverträglichkeiten Stellung zu nehmen. Insbesondere sollten der zeitliche Bezug und die Herkunft der Studien und die daraus erfolgende Ermittlung der Zahlen für Deutschland klargestellt werden. Die AKdÄ wurde aufgefordert, Ergebnisse aus validen Studien zur Verfügung zu stellen.

Trotz Bemühen der Bundesärztekammer konnte die AKdÄ bisher keine Daten zur Verfügung stellen. Vertreter, auch aus dem Vorstand der AKdÄ, aber publizierten wieder und wieder Zahlen, die offensichtlich nicht valide belegbar sind, zum Teil aus ausländischen Hochrechnungen abgeleitet sind, jedoch in der Öffentlichkeit großen Eindruck machen.

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert daher die Vertreter – auch den Vorstand – der AKdÄ auf, solange keine validierten Zahlen zu Todesfällen durch Arzneimittelunverträglichkeiten und Arzneimittelinteraktionen vorliegen, diese Zahlen nicht unkommentiert in die Öffentlichkeit zu tragen oder diese gar zur Argumentation heranzuziehen.

Solange es nicht möglich ist, die Zahlen für Deutschland zu belegen, muss klargestellt werden, wie die jeweils veröffentlichten Zahlen zustande gekommen sind.

11. Versorgungsforschung zur Auswirkung von Rabattverträgen

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VI - 75) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, im Rahmen der Versorgungsforschung systematische Untersuchungen zur Auswirkung der Rabattverträge, insbesondere hinsichtlich einer adäquaten Arzneimittelversorgung und der Patient-Arzt-Beziehung, zu initiieren.

Begründung:

Die tägliche Praxis zeigt: Rabattverträge schränken die Therapiefreiheit des Arztes erheblich ein. Die individuelle Pharmakotherapie und Beratung des Patienten werden aus den Händen des Arztes genommen.

Darüber hinaus führen Rabattverträge insbesondere bei multimorbiden geriatrischen Patienten zu Verunsicherung, Abnahme der Compliance, Zunahme von Nebenwirkungen sowie ungünstigen Arzneimittelinteraktionen.

12. Stärkere Berücksichtigung der geriatrischen multimorbiden Patienten in Therapieempfehlungen und Leitlinien

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. habil. Haupt und Herrn Bodendieck (Drucksache VI - 66) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften werden aufgefordert, in ihren Therapieempfehlungen und Leitlinien die multimorbiden, älteren Patienten stärker zu berücksichtigen.

Begründung:

Es ist hinlänglich bekannt, dass bei Patienten im höheren Lebensalter die Anzahl der verordneten Arzneimittel zunimmt und damit das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und nachteiligen Wechselwirkungen von Arzneimitteln steigt, die Compliance aber eher abnimmt.

Die Mehrzahl der klinischen Studien berücksichtigt Menschen im höheren Lebensalter nicht: so besteht eine Altersbegrenzung und multimorbide Patienten sind ausgeschlossen.

Der demographische Trend in Deutschland macht die Entwicklung von praxisorientierten Leitlinien für geriatrische, multimorbide Patienten erforderlich.

13. Medizinproduktegesetz

Auf Antrag von Frau Dr. med. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 85) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass die Medizinprodukte-Industrie für die in Deutschland vertriebenen Produkte ein einheitliches Barcodesystem einführt. Damit kann der Dokumentationsaufwand für die Ärztinnen und Ärzte, z. B. bei der verpflichtenden Dokumentation eingesetzter Implantate durch Nutzung von Barcodelesegeräten, erheblich verringert werden.

Gesundheitspolitik

1. *Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG*

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 04) fasst der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

In Anbetracht der anhaltenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen stellt es eine besondere Herausforderung dar, Gesundheitsleistungen auch in Zukunft bezahlbar und gleichzeitig sozial verträglich zu gestalten, eine bedarfsgerechte Versorgung zu sichern und eine verdeckte Rationierung zu vermeiden. Eine sachgerechte Kosten-Nutzen-Bewertung von Innovationen ist in diesem Zusammenhang von essentieller Bedeutung. Die Kosten-Nutzen-Bewertung darf nicht als willfähiges Instrument einer bloßen Kostensenkung missbraucht werden.

Im Zuge des GKV-WSG wurde der Auftrag des IQWiG von der Nutzen-Bewertung erweitert zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Ende Januar 2008 präsentierte das IQWiG der Öffentlichkeit einen ersten Entwurf zur „Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (Version 1.0)“. Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm hält den bisherigen Ansatz des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung für unzureichend und fordert IQWiG und G-BA auf, die Bewertungsmethodik neu zu erstellen und dabei folgende Anforderungen zu berücksichtigen:

- *Die Erstellung des Methodenpapiers zur Kosten-Nutzen-Bewertung muss transparent und nachvollziehbar gestaltet werden.*

Der erste Entwurf des IQWiG zur Methodik von Kosten-Nutzen-Bewertungen wurde von einem "International Expert Panel" erarbeitet, dessen Mitglieder vom IQWiG bestellt und beauftragt wurden, ohne dass die Auswahlkriterien für die Experten und die vom IQWiG festgelegten formalen und inhaltlichen Anforderungen sowie die konkreten Rahmenbedingungen der Erstellung des Methodenvorschlags nachvollziehbar offen gelegt wurden. Reviews und Änderungsvorschläge des Wissenschaftlichen Beirats des IQWiG und der Methodengruppe des IQWiG wurden bisher ebenfalls nicht zugänglich gemacht. Außerdem war der Methodenvorschlag unvollständig und in allen wesentlichen Teilen durch technische Anhänge zu konkreten Anwendungs- und Durchführungsbestimmungen ergänzungsbedürftig; auch diese Anhänge wurden bisher sämtlich nicht veröffentlicht.

Bei der Weiterentwicklung der Methodik zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen sollte ein unparteilicher wissenschaftlicher Bericht unter Beteiligung von in Deutschland tätigen Ärzten und Gesundheitsökonomern erstellt werden.

- *Eine gesundheitsökonomische Bewertung medizinischer Leistungen muss nach etablierten Standards erfolgen.*

Das Methodenpapier des IQWiG sieht vor, zur Kosten-Nutzen-Bewertung eine Effizienzgrenze festzulegen und aus dem zufälligen Begleitumständen unterworfenen Kurvenverlauf kurzschlüssig eine Entscheidung über die vorgeblich billigste Behandlungsoption abzuleiten, obwohl die überprüften Alternativen möglicherweise unter Gesichtspunkten von Risiko, statistischer Unsicherheit und Heterogenität von Einflussfaktoren gar nicht vergleichbar sind. Ein solches Verfahren ohne externen Wertbezug ist bei der gesundheitsökonomischen Evaluation medizinischer Behandlungsmaßnahmen nicht gebräuchlich und stellt kein international akzeptiertes Standardverfahren dar.

- *Der Begriff des Nutzens muss sich an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten.*

Das IQWiG hat bisher überwiegend einen zu restriktiven, an Studienkollektiven ausgerichteten Nutzenbegriff vertreten. Stattdessen sollte das IQWiG einen Nutzenbegriff erarbeiten, der sich an der Wirksamkeit unter den Bedingungen des Versorgungsalltags im Hinblick auf patientenrelevante Ergebniszielgrößen einschließlich der Lebensqualität und Patientenzufriedenheit orientiert und der um einen Ausgleich zwischen der individuellen Nutzenperspektive unter Wahrung der Sicht auf den einzelnen Patienten (Einzelfallgerechtigkeit) und dem Kollektivnutzen unter Beachtung gesamtgesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Gesichtspunkte bemüht ist.

- *Bei der gesundheitsökonomischen Betrachtung müssen eine übergreifende gesellschaftliche Bewertungsperspektive gewählt und alle relevanten Kosten berücksichtigt werden.*

Das IQWiG will die Kosten-Nutzen-Bewertung eingeschränkt aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen und daher im Wesentlichen nur für die GKV relevante direkte Behandlungskosten berücksichtigen. Ein solcher Ansatz greift jedoch zu kurz: Über die Gesamtnettokosten je Patient hinaus müssen auch indirekte Kosten (z. B. durch krankheitsbedingte Produktivitätsausfälle oder vorzeitige Berentung) und intangible Kosten (z. B. aufgrund psychosozialer Beeinträchtigung des Patienten oder Bürokratiebelastung des Arztes) in die Effizienzanalyse einfließen. Gemäß etablierten internationalen Standards sollte das IQWiG daher immer auch eine gesamtgesellschaftliche Perspektive mit möglichst umfassender Berücksichtigung aller relevanten Kosten- und Nutzenaspekte vorsehen. Dies ist auch deshalb geboten, weil GKV-Versicherte zum einen auch Beitragszahler für andere Sozialversicherungssysteme, zum anderen in aller Regel auch Steuerzahler sind.

- *Alle Betroffenen der Kosten-Nutzen-Bewertung müssen angemessen beteiligt werden.*

Die Beteiligungsmöglichkeiten von Patienten, Ärzten oder weiteren Betroffenen werden im IQWiG-Methodenentwurf bisher zu wenig spezifiziert. Bei entscheidenden Weichenstellungen einer Kosten-Nutzen-Bewertung, wie z. B. der genauen Definition der Fragestellung, der Wahl der Vergleichstherapieverfahren, patientenrelevanter Zielgrößen und zu berücksichtigender Kosten sowie der konkreten Ausgestaltung der Bewertungsmethodik, sollten alle potentiell Betroffenen bzw. deren Vertreter, Organisationen oder Verbände nach den Prinzipien der Verfahrenstransparenz und einer fairen, angemessenen Beteiligung Stellungnahmen abgeben und an Anhörungen teilnehmen können. Zur Sicherung dieser Beteiligungsmöglichkeiten muss das IQWiG den Betroffenen auch rechtzeitig alle relevanten Informationen verfügbar machen.

Die Beteiligungsrechte aller potentiell Betroffenen müssen vom IQWiG auch bei den geplanten Probeläufen der Methode der Effizienzgrenze gewahrt werden.

- *Die Rolle des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen muss offengelegt werden.*

Zur Rolle des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen bei der Festsetzung des "Erstattungshöchstbetrags" von Arzneimitteln und zur Ausgestaltung der im Methodenpapier vorgesehenen "Budget-Impact-Analyse" fehlen im IQWiG-Entwurf wesentliche Details. Die Festsetzungen und Entscheidungsgrundsätze des

Spitzenverbands Bund müssen offen gelegt und gegenüber den Betroffenen auch im Hinblick auf die Bewertungsmethodik des IQWiG nachvollziehbar begründet werden, um eine indirekte verdeckte Rationierung zu vermeiden.

2. Systemwechsel im deutschen Gesundheitswesen

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Lutz (Drucksache VI - 32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, einen grundsätzlichen Systemwechsel im deutschen Gesundheitswesen einzuleiten.

Im Einzelnen werden die folgenden Forderungen erhoben:

- Abbau aller bestehenden Budgetierungen und immanenter Rationierungen
- Angemessene Vergütung der behandelnden Ärzte in allen Versorgungsbereichen
- Durchgängige Transparenz des Kosten- und Leistungsgeschehens
- Beendigung der Abhängigkeit der Krankenversicherungsbeiträge von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen
- Einführung einer Versicherungspflicht im Umfang eines Grundleistungskataloges für jeden Bürger
- Im Rahmen dieser allgemeinen Versicherungspflicht muss jeder Versicherte eine eigene Prämie entrichten
- Steuerfinanzierte Unterstützung einkommensschwacher Versicherter
- Direkte Vertragsbeziehung von Arzt und Patient sowie ein Versicherungsverhältnis des Patienten mit seiner Krankenversicherung
- Universelle Anwendung der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ)
- Kostenerstattungssystem mit individueller, prozentualer Selbstbeteiligung über alle Leistungsbereiche
- Auflösung der Sektorengrenzen hin zu einer echten Integrierten Versorgung
- Freiberuflich und eigenverantwortlich tätige Ärzte in allen Versorgungsbereichen

Begründung:

Die gesellschaftlichen Herausforderungen des demographischen Wandels und die Erfordernisse des medizinischen Fortschrittes müssen bei der dringend anstehenden Reform(ierung) entsprechende Berücksichtigung finden.

Dazu muss zunächst die Finanzierung des Gesundheitswesens auf eine tragfähige und zukunftssichere Basis gestellt werden.

Allein mit motivierten Ärzten als Leistungsträger wird es gelingen unser qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem zu bewahren, zukunftsfähig zu gestalten und weiter zu entwickeln.

Nur so kann dem sich nicht nur abzeichnenden, sondern in vielen Bereichen bereits manifesten Ärztemangel erfolgreich entgegengewirkt werden.

3. Ablehnung einer Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Peters (Drucksache VI - 33) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Erweiterung der Eigenbeteiligung in Verbindung mit Bonuszahlungen in einem System der Solidargemeinschaft ab.

Begründung:

Zwar kann über verschiedene Eigenbeteiligungsformen die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden, jedoch verbunden mit Bonuszahlungen respektive Beitragsminderungen kann dies in einem System der Solidargemeinschaft zum Rückfluss finanzieller Mittel an die Versicherten führen.

Da zu erwarten steht, dass insbesondere Versicherte mit guten Risiken diese Eigenbeteiligungsformen nutzen werden, stünden in der Folge u. a. für die Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen noch weniger Beitragsmittel für die Versorgung der Versicherten in einem schon ohnehin unterfinanzierten System zur Verfügung.

4. Rechtswidriges Verhalten der Krankenkassen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Müller (Drucksache VI - 34) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Krankenkassen – allen voran die Allgemeinen Ortskrankenkassen – begehen bei der Umsetzung des § 275 Abs. 1c Satz 3 Sozialgesetzbuch V (SGB) fortgesetzt Rechtsbruch, indem sie ständig den Kliniken die gesetzlich vorgeschriebene Aufwandspauschale verweigern.

Im § 275 Abs. 1c SGB V ist in Satz 3 festgelegt, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale von 100 Euro zu entrichten, wenn die Prüfung eines Behandlungsfalles im Krankenhaus durch den Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

Trotz eindeutiger Gesetzeslage und zusätzlicher Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 12.12.2007, in welcher der eindeutige Wortlaut des Gesetzes nochmals hervorgehoben wird, entziehen sich zahlreiche Krankenkassen bundesweit mit fadenscheinigen Argumenten ihrer Zahlungspflicht und begehen damit flächendeckend Rechtsbruch.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenkassen zu rechtsstaatlichem Verhalten auf und erwartet von den Aufsichtsbehörden eine stringente Verfolgung von offenkundigen Rechtsbrüchen seitens der GKV-Kassen.

5. Einforderung einer Stellungnahme von Frau Ministerin Schmidt

Auf Antrag von Herrn PD Dr. med. Lindhorst (Drucksache VI - 40) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert Frau Ministerin Schmidt auf, zu folgenden Punkten öffentlich Stellung zu beziehen und die Bevölkerung darüber zu informieren:

1. Ihre eindeutige Zusage auf dem Ärztetag 2006 in Magdeburg, dass das Arbeitszeitgesetz, das bereits seit 1996 gilt, nach 12-jähriger systematischer Missachtung ab 01.01.2007 auch in Krankenhäusern eingehalten werde, hat sie nicht eingehalten. Die dazu von ihr zur Verfügung gestellten finanziellen zusätzlichen Mittel waren so gering, dass sie keinen weiteren Anreiz für den Verbleib von Ärzten in Deutschland schaffen konnten.
2. Durch ihre angestrebte Politik des Lohndumpings über scheinbar stabile Krankenkassenbeiträge zugunsten von Unternehmern hat sie im Bereich der Krankenhäuser die Arbeitsbedingungen für Krankenschwestern und -pfleger, für Ärztinnen und Ärzte und weitere Berufsgruppen noch weiter verschlechtert. Und dies, obwohl die Krankenhäuser unter diesem ökonomischen Druck mit immer weniger Personal immer mehr Leistung durch Arbeitsverdichtung, also eine enorme Produktivitätssteigerung, erbracht haben.
3. Unter dem hohen Druck auf die Krankenhäuser sind keine finanziellen Reserven mehr vorhanden (s. Investitionsstau), um eine ausreichende Anzahl Mitarbeiterschulungen, insbesondere auch ohne hohes Engagement der Industrie, vorzunehmen. Dies gilt für alle Berufsgruppen.
4. Durch die enorme Arbeitsverdichtung im Krankenhaus entstehen immer wieder Hochrisikosituationen. Aufgrund gleichzeitiger mangelnder Schulung des Personals wird somit die Steigerung der Häufigkeit von Hochrisikosituationen für Patienten mit ggf. bleibenden Schäden billigend in Kauf genommen. Das Personal weist die Verantwortung für diese Verhältnisse deshalb zurück. Aktionen wie das Bündnis Patientensicherheit müssen damit - entgegen den Interessen von Frau Schmidt - verstärkt auf die eigentlichen heutigen Ursachen der Fehlerquellen (Personalmangel, Zeitdruck, Arbeitsverdichtung etc.) hinweisen.
5. Der auch schon im Jahr 2006 absehbare Personal-, insbesondere Ärztemangel im Krankenhaus ist durch diese von der Frau Ministerin zu verantwortenden Rahmenbedingungen weiter gezielt verschärft worden. So werden erfolgreich die angestrebten 20 - 30 % Krankenhäuser zum Schließen gezwungen.
6. Frau Schmidt als Frau möge sich dazu bekennen, dass sie insbesondere die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Mütter am Krankenhaus durch diese allgemeinen Arbeitsbedingungen nicht entscheidend verbessert hat.

6. Keine Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte für Rationierung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Beifuss (Drucksache VI - 42) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm stellt öffentlich fest, dass:

1. Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die gemäß ihrem Selbstverständnis - festgelegt in ihrer Berufsordnung - für Diagnostik und Therapie verantwortlich sind, aber nicht für die Bereitstellung und Begrenzung der dafür notwendigen materiellen Mittel;

2. die Politik im öffentlichen Diskurs festlegen muss, welche Krankheiten mit begrenzten Mitteln behandelt werden;
3. die Feststellung eines Verschuldensprinzips („Petzparagraph“) durch einen Arzt zur Begrenzung der therapeutischen Möglichkeiten unärztlich ist und kategorisch von den deutschen Ärztinnen und Ärzten abgelehnt wird.

7. Keine Beeinflussung der Therapieentscheidung durch Sanktionen und Vergünstigungen

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache VI - 47) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag beschließt, jede Form von Vergünstigungen oder Sanktionierungen im Zusammenhang mit der vom Arzt frei zu entscheidenden Behandlung seines Patienten abzulehnen. Entsprechenden Bonus-Malus-Regelungen interessierter Dritter im Gesundheitswesen ist entschieden entgegenzutreten.

Begründung:

Schon der Hippokratische Eid lässt keinen Zweifel an der Aufgabe des Arztes: "Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht..."

Dementsprechend sind weder die Sanktionierung medizinisch notwendiger Maßnahmen durch HonorareinbuÙen noch die Rationierung medizinischer Leistungen zugunsten eines zu erwartenden Bonus mit den ethischen Grundsätzen der Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten bei der Behandlung ihrer Patienten vereinbar. Jede mit Therapiekosten im Zusammenhang stehende Bonus- oder Malus-Regelung beschädigt nachhaltig das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

Deshalb ist auch jeder Versuch von Krankenkassen zurückzuweisen, durch Abwälzung ihrer Leistungsverantwortung - z. B. in Form einer Gesamtbudgetverantwortung - auf die Ärzte, diese in den Verdacht einer Vorteilmahme zu Lasten ihrer Patienten zu bringen.

8. Nachhaltige und ausreichende Finanzierung des Gesundheitswesens

Auf Antrag von Frau Dr. med. Gitter, Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache VI - 16) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag sieht mit Sorge, dass die derzeitige Gesundheitspolitik zu einer

- Aushöhlung der individuellen Patient-Arzt-Beziehung führt,
- schleichenden und zunehmenden Rationierung von Leistungen für Kranke führt,
- Zerstörung von bewährten Strukturen in der ambulanten und stationären Patientenversorgung und zu Wartelistenmedizin führt,

- chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser und zur Gefährdung der wohnortnahen Krankenhausversorgung durch Insolvenz auch gut geführter Krankenhäuser führt,
- zunehmenden Verlagerung von Ressourcen aus der Patientenversorgung hin zu einer Kontroll- und Verteilungsbürokratie führt.

Damit benachteiligt diese Gesundheitspolitik insbesondere jene Menschen, die ohnehin in einer schlechteren sozialen Situation leben.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, nachhaltige und ausreichende Finanzierungsmodelle für eine zukunftsfeste Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vorzulegen. Die derzeitigen Konzepte führen lediglich zu einer staatlich festgelegten Mangelverwaltung (staatlich festgesetzte Kassenbeiträge und -leistungen), ohne dass transparent und demokratisch legitimiert (parlamentarisch kontrolliert) über die Verteilung von begrenzten Ressourcen entschieden wird. Stattdessen legen Institutionen wie das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder auch der Gemeinsame Bundesausschuss mittelbar und unmittelbar Leistungen und die Finanzierung von Leistungen fest, ohne dass deren Entscheidungsgrundlagen demokratisch legitimiert und transparent für die Bürgerinnen und Bürgerinnen sind.

9. *Erhalt einer handlungsfähigen ärztlichen Selbstverwaltung*

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Munte (Drucksache VI - 55) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die bewusste und systematische Beschädigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beenden, die mittelfristig die Abschaffung einer gestaltenden, handlungsfähigen ärztlichen Selbstverwaltung bedeutet.

Begründung:

Prof. Dr. Hoppe hat in seinem Vortrag in der Eröffnungsveranstaltung die offenkundige, systematische Aushöhlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen thematisiert. Durch die gezielte Herauslösung wesentlicher Aufgaben in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird der Status der Körperschaft in Frage gestellt. Die ärztliche Selbstverwaltung wird damit in einen Verteidigungskampf gedrängt, womit ihr jeglicher Gestaltungsspielraum entzogen wird. Eine handlungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist ein wichtiger Faktor zum Erhalt einer freiberuflichen Ärzteschaft.

Ambulante Versorgung

1. *Suchtkranke Ärzte therapieren statt sanktionieren*

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 11) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber auf, § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte ZV) an den aktuellen Stand der Suchtmedizin anzupassen. Insbesondere soll

suchtkranken Ärztinnen und Ärzten, die eine entsprechende Therapiemaßnahme erfolgreich durchlaufen haben und anschließend in eine krankheitsbezogene Beobachtung durch ihre Ärztekammer einwilligen, in dieser Zeit nicht mehr eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verwehrt bzw. eine bestehende Zulassung entzogen werden. Daher ist die starre Fünf-Jahresfrist in der § 21 Ärzte ZV zu streichen und durch eine individuelle Problemlösungsstrategie zu ersetzen, die zwischen zuständiger Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und der approbationserteilenden Behörde im Konsens erarbeitet und umgesetzt wird. Hierbei müssen Belange der Patientensicherheit vorrangig Berücksichtigung finden.

Begründung:

Nach bestehender Rechtslage wird Ärzten auf der Grundlage von § 21 Ärzte ZV die Zulassung zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter nicht erteilt oder entzogen, wenn eine Suchterkrankung vorliegt. Demnach beseitigt auch eine Heilung der Sucht durch suchtttherapeutische Maßnahmen nicht die Ungeeignetheit des Arztes/der Ärztin zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, vielmehr wird nach geltender Rechtsprechung auch nach erfolgreicher Behandlung der Sucht auf die Dauer von fünf Jahren die Eignung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verneint (Bundessozialgericht vom 28.05.1968 - 6 RKa 22/67; Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern vom 30.03.1994 - L 4 Sb/Ka 2/94; Sozialgericht Mainz vom 07.09.2005 - S 6 ER 126/05).

Aufgrund der geltenden Regelung in § 21 Ärzte ZV werden Suchterkrankungen als in der Person liegende schwerwiegende Mängel interpretiert und deren Nicht-Therapierbarkeit impliziert. Hingegen hat die Rechtsprechung bereits 1968 Sucht als behandelbare Krankheit anerkannt.

Mit der gegenwärtigen Fassung des § 21 Ärzte ZV und den daraus folgenden Konsequenzen werden daher Therapieerfolge konterkariert und in Frage gestellt. Inzwischen haben die Landesärztekammern Interventionsprogramme für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte erstellt, die eine suchtbetonte Diagnostik, die Einleitung und Begleitung von Therapiemaßnahmen und eine enge Nachsorge vorsehen und somit die Patientensicherheit auch nach Therapieende sicherstellen. § 6 Absatz 1, 3 der Bundesärzteordnung ermöglicht zudem ein Ruhen der Approbation, wenn Zweifel bestehen, ob der Arzt oder die Ärztin in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs geeignet ist.

2. Flächendeckende, wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen - kein verpflichtendes Primärarztmodell

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp (Drucksache VI - 30) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag beschließt, dass alle Patienten Anspruch auf eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige hausärztliche und fachärztliche Versorgung haben.

Begründung:

Die Unterscheidung zwischen einer flächendeckenden, hausärztlichen Versorgung und einem angemessenen Zugang zur Behandlung nach Facharztstandard suggeriert, dass für diese beiden Versorgungsebenen unterschiedliche Ansprüche an Zugang und Wohnortnähe gestellt werden.

Eine engmaschige hausärztliche und weniger dichte fachärztliche Versorgung bedeutet eine Trennung dieser beiden ambulanten Versorgungswege in eine hausärztliche Primär- und eine fachärztliche Sekundärebene.

Der Deutsche Ärztetag lehnt jede Form von verpflichtenden Primärarztmodellen ab. Anspruch und Ziel muss ein ungehinderter räumlich und zeitlich naher Zugang der Patienten sowohl zur hausärztlichen als auch zur fachärztlichen Versorgungsebene sein.

3. Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp (Drucksache VI - 35) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag widerspricht ausdrücklich der Darstellung, dass das Morbiditätsrisiko zu großen Teilen künftig nicht mehr von der Vertragsärzteschaft getragen wird.

Begründung:

Die neue Systematik der vertragsärztlichen Vergütung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) führt in keiner Weise dazu, dass das Morbiditätsrisiko von den gesetzlichen Krankenkassen getragen wird.

Die Pauschalierung vertragsärztlicher Leistungen führt dazu, dass das Morbiditätsrisiko weiterhin von der Vertragsärzteschaft getragen wird. Denn unabhängig davon, wie viele Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird für die Basisleistung lediglich die Versicherten- respektive die Grundpauschale vergütet.

Die Systematik der Regelleistungsvolumina (RLV) ist nicht vereinbar mit der Aussage, „Das Morbiditätsrisiko wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen“. Zum einen sind vertragsärztliche Leistungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) zu erbringen, zum anderen werden aber diese Leistungen, die über die RLV hinaus erbracht werden, mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Die Folge ist, dass auch mit Beibehaltung der RLV-Systematik das Morbiditätsrisiko weiterhin von der Ärzteschaft getragen wird.

Basis für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und somit für die Festsetzung der Regelleistungsvolumina ab dem Jahr 2009 ist die noch grundlohnsummenorientierte Gesamtvergütung aus dem Jahr 2008, sofern der Behandlungsbedarf über den Leistungsbedarf abgebildet wird. Jedoch fehlen bei der Gesamtvergütung 2008 finanzielle Mittel in Höhe von etwa 30 Prozent, d. h. die tatsächliche Morbidität ist nicht gedeckt. Auf Basis dieser unterfinanzierten Gesamtvergütung wird lediglich die Morbiditätsentwicklung gemessen und nicht die Morbidität. Damit wird die Unterfinanzierung nicht aufgehoben, sonder fortgeführt.

4. Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Peters (Drucksache VI - 60) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, das mittlerweile verabschiedete Übereinkommen der Vereinten Nationen (UN) über die Rechte behinderter Menschen zu ratifizieren und auf eine angemessene medizinische Versorgung hinzuwirken.

Begründung:

Erwachsene Patienten mit schwerer geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung erhalten oft nicht die erforderliche kurative, präventive und rehabilitative Versorgung. Für behinderte Kinder und Jugendliche gibt es mittlerweile durch die Schaffung von 128 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) eine flächendeckende ambulante Versorgung. Die SPZ konnten entstehen, weil 1989 durch Einführung des § 119 im Sozialgesetzbuch V (SGB V) die Voraussetzungen dazu geschaffen worden sind.

Wenn diese Patienten aber über 18 Jahre alt werden, bricht diese Versorgung ab.

Das deutsche Gesundheitssystem ist strukturell wie organisatorisch nicht auf die Versorgung schwer behinderter Erwachsener eingerichtet. Die Qualifikation der Ärzte (und anderer Gesundheitsberufe), die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Vergütungssystematik (im ambulanten wie im stationären Sektor) und die alltägliche Behandlungspraxis werden in Deutschland den legitimen Anforderungen von Menschen mit Behinderungen nicht durchgehend gerecht.

Die Forderungen des UN-Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahre 2006, das seit kurzem internationale Gültigkeit erlangt hat und zur Ratifizierung in Deutschland ansteht, werden in Deutschland auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung nicht durchgehend erfüllt.

Menschen mit Behinderung, die im Sozialhilfebezug oder die sonst in Armut leben, sind seit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahre 2004 von manchen Gesundheitsleistungen ausgeschlossen, weil sie die notwendigen finanziellen Mittel dafür nicht aufbringen können.

Trotz einschlägiger Berichte vieler Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis, trotz vieler Stellungnahmen der Fachverbände der Behindertenhilfe auch an das Bundesministerium für Gesundheit bekennt die Bundesregierung in der Beantwortung der Kleinen Anfrage der FDP-Fraktion vom 08.05.2008, über keine relevanten Informationen zum Gesundheitszustand der Menschen mit geistiger Behinderung bzw. über Schwierigkeiten in der ärztlichen Versorgung zu verfügen.

Es ist zu prüfen, ob die Forderungen des UN-Übereinkommens, speziell in Artikel 25 (Gesundheit) und Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation), in der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt sind bzw. welche Schritte zur Umsetzung aus Sicht der Ärzteschaft zur Realisierung zu unternehmen sind.

Essentiell für eine behindertengerechte Versorgung sind:

- Ärztinnen und Ärzte mit entsprechenden Qualifikationen
- Barrierefreiheit der medizinischen Einrichtungen
- ein niedrighschwelliger Zugang zu geeigneten Institutionen (analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren) mit zielgruppenspezifischen Leistungen
- Krankenhäuser, die Patienten mit komplexen Behinderungen angemessen versorgen können
- Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln auch bei überdurchschnittlichem Bedarf unter Budgetierungsbedingungen in der alltäglichen Praxis

- Finanzierung des Mehraufwandes bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung im ambulanten und stationären Sektor

Die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen einschließlich pflegebedürftiger Menschen ist ein besonderes Anliegen der deutschen Ärzteschaft.

5. Ambulante Ethikberatung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Lipp (Drucksache VI - 61) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer sowie die Landesärztekammern auf, geeignete, aber auch berufsrechtskonforme Maßnahmen für eine ambulante Ethikberatung in Deutschland zu entwickeln, um Hausärzten bei ethischen Grenzfällen eine Unterstützung zur Einholung einer fachlichen Zweitmeinung oder eines Ethikvotums anbieten zu können.

Begründung:

In Deutschland konzentrierten sich die Bemühungen der Ethikberatung bisher hauptsächlich auf stationäre Einrichtungen. In jüngster Zeit hat jedoch der Bedarf an Ethik-Beratung aufgrund der medizinischen Möglichkeiten und der juristischen Unsicherheiten gerade für moralische Alltagsprobleme im Hausarztbereich zugenommen. Eine vernetzte ambulante Ethikberatung sowie eine spezielle Fort- und Weiterbildung dazu existiert nur in Ansätzen.

Mit Blick auf die gesundheitspolitischen Entwicklungen ist mit einer Zunahme der problematischen Grenzfälle in der ambulanten medizinischen Versorgung zu rechnen. Deshalb müssen Hausärzte auf Wunsch die Möglichkeit einer professionellen, interdisziplinären ambulanten Ethikberatung bekommen.

Trotz der grundsätzlich anderen Rahmenbedingungen und inhaltlichen Fragestellungen stimmen die Aufgaben von ambulanter Ethikberatung mit denen im Krankenhaus überein und sollten sich auf die:

- Beratung bei medizinischen Problemfällen und ethischen Konflikten im Einzelfall (fachliche Zweitmeinung oder Ethikvotum durch Ethikkomitee bzw. -rat),
- Veröffentlichung von ethischen Entscheidungen im Ärzteblatt,
- Koordination von Fort- und Weiterbildung zu ethischen Themen

konzentrieren.

Eine Beratung könnte in ambulanten Problemsituationen zum einen durch die Einholung einer standesrechtlich autorisierten fachlichen Zweitmeinung erfolgen, wo die Behandlungsentscheidung eigentlich klar, aber der Wunsch nach Absicherung beim Hausarzt vorhanden ist. Die Verantwortung bleibt dabei beim behandelnden Hausarzt.

In ethisch schwierigen Fällen könnte die Beratung durch ein Ethik-Komitee oder Konsiliar- oder Liaisondienste erfolgen. Sie könnten die Entscheidungskultur in der ambulanten Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen verbinden.

Die ambulante Ethikberatung kann einen wichtigen Beitrag zur moralischen Weiterentwicklung leisten und die moralische Integrität des Hausarztes bei

schwierigen Entscheidungen stärken. Und sie kann zu einer Veränderung der Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient/Angehörigen beitragen.

6. Ergänzung des § 119 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Müller (Drucksache VI - 56) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, den § 119 SGB V im Absatz 2 mit einem Satz 3 zu ergänzen.

„Hierzu zählt auch eine Behandlung von Patientinnen und Patienten jenseits des 18. Lebensjahres, wenn diese krankheitsbedingt keinen Erwachsenenstatus erreichen können.“

Diese Ergänzung ist erforderlich, da die Versorgung von Patienten z. B. mit angeborenen Fehlbildungen oder perinatalen Hirnschädigungen extrem aufwändig ist und außerhalb der Versorgung in Sozialpädiatrischen Zentren mit den derzeit zur Verfügung stehenden pauschalieren Vergütungen nicht abgedeckt ist, was zu einer Unterversorgung dieser Patientengruppe führt.

7. Sicherung ambulanter ärztlicher Psychotherapie

Auf Antrag von Herrn MR Dr. med. Scheerer, Herrn Dr. med. Heister, Frau Löber-Kraemer und Frau Dr. med. Groß M.A. (Drucksache VI - 17) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, nachhaltig der EntschlieÙung des 109. Deutschen Ärztetages 2006 zu folgen und mit dem Gesetzgeber dahingehend zu verhandeln, dass die nach dem 31. Dezember 2008 entsprechend dem § 101 Abs. 4 SGB V zur Aufrechterhaltung der Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten (PP) / Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeuten-Sitze (KJP) zu besetzenden ärztlichen Kontingentplätze (40 Prozent der Psychotherapeuten-sitze stehen derzeit für Ärzte zur Verfügung) im Falle der späteren Nachbesetzung Vertragssitze für ärztliche Psychotherapeuten (ÄP) bleiben.

Begründung:

Wenn ambulante ärztliche Psychotherapie weiter abnimmt - und die Gefahr dafür ist groß - fehlt ein wesentliches Element für die Entwicklung des Faches. Viele Aufgaben ärztlicher Psychotherapie können durch psychologische Psychotherapeuten nicht übernommen werden wegen fehlender ärztlich psychotherapeutischer Doppelkompetenz oder kommen kaum in den Aufmerksamkeitsfokus ambulant tätiger psychologischer Psychotherapeuten.

Die zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppe der ÄP- rund 4.250 alle mit Psychotherapie-Titel gegenüber etwa 15.000 PP/KJP- braucht auch weiterhin einen Bestandsschutz in Form einer Mindestquote.

Es muss weiterhin eine geeignete Absicherung in Form eines Minderheitenschutzes geben, will man die Ärztliche Psychotherapie nicht marginalisieren.

Wenn wir die Ausdünnung der niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, insbesondere der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weiter zulassen, wird es bald keine ambulante Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte mehr geben, denn unser Nachwuchs sollte doch weiterhin von ärztlichen

Weiterbildungsermächtigten weitergebildet werden! Ebenso werden die niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten dringend als Ausbilder in der psychosomatischen Grundversorgung benötigt.

Ausdrücklich soll nicht die grundsätzliche Kompetenz psychologischer Psychotherapeuten für die Richtlinienpsychotherapie angezweifelt werden, aber es sollte von allen Seiten respektiert werden, dass es spezifisch ärztliche psychotherapeutische Aufgaben und Schwerpunkte gibt.

8. Abschaffung der Praxisgebühr/Notfallpraxisgebühr

Auf Antrag von Frau Dr. med. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 83) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Erhebung der Praxisgebühr und der Notfallpraxisgebühr wieder abzuschaffen.

Begründung:

1. Die Praxisgebühr hat den bürokratischen Aufwand in den Arztpraxen und Notfallambulanzen sowie bei den Verwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhäuser und Kassen erheblich erhöht. Damit werden neue Kosten verursacht, die der Gesundheitsversorgung nicht zugute kommen.
2. Die erhoffte steuernde Wirkung der Einführung der Praxisgebühr geht vor allem zu Lasten der wirtschaftlich schlechter gestellten Bevölkerungsschichten, die auf notwendige Arztbesuche trotz bestehender Befreiungsregelungen verzichten. Dadurch erhöht sich zusätzlich das gesundheitliche Risiko der Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Einkommen.

9. Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Rechl, Herrn Zimmer, Herrn Dr. med. Jonitz und Herrn Dr. med. Kaplan (Drucksache VI - 92) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Durch die politische Unterstützung der Einführung eines "Nurse Practitioners" oder einer "Practice Nurse" wird in erster Linie der Hausarzt in seinem ärztlichen Grundverständnis durch Substitution infrage gestellt.

Deshalb fordert der Deutsche Ärztetag die Landesregierungen auf, gemeinsam mit den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Berufsverband und weiteren Kooperationspartnern (z. B. Universitäten, Krankenkassen, Kammern) ein umfangreiches Konzept zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses zu entwickeln, welches die Ausbildung, die Verbundweiterbildung und die Förderung der Niederlassung umfasst.

BÄK/Deutscher Ärztetag

1. Abschaffung der CD-ROM Version des Tätigkeitsberichts

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 13) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Die CD-ROM Version des Tätigkeitsberichtes wird als Arbeitsgrundlage der Delegierten für den Deutschen Ärztetag abgeschafft; stattdessen wird der

Tätigkeitsbericht im Internet auf der Website der BÄK fristgemäß vier Wochen vor Beginn des Deutschen Ärztetages veröffentlicht.

Der Bezug der Druckausgabe ist wie bisher auf Bestellung möglich.

Begründung:

Die Befragung der Delegierten im Rahmen der Neukonzeption des Tätigkeitsberichtes im Jahr 2007 hat erbracht, dass die Publikation am häufigsten in der Druckausgabe oder über das Internet genutzt wird. Das Trägermedium CD-ROM gilt tendenziell als Auslaufmodell.

Eine Veröffentlichung im Internet wäre zeitlich auch eher ca. eine Woche vorher möglich, da der gesamte Produktionszeitraum für die CD-ROM entfällt.

Die Kosteneinsparung Produktionskosten und Porto beläuft sich auf 950,00 €.

2. Anträge des Vorstands

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Junker (Drucksache VI - 88) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Erneut sind die Delegierten mit zum Teil mehrseitigen Anträgen des Vorstands der Bundesärztekammer konfrontiert, die zudem erst im jeweiligen Tagesordnungspunkt verteilt werden. Der Vorstand wird aufgefordert, diese Anträge, die mindestens eine Woche vor dem Deutschen Ärztetag formuliert sein sollten, per Mail, Fax oder schriftlich den Delegierten vorzulegen.

Begründung:

Es ist oft nicht zumutbar, diese Anträge in aller Schnelle durchzuarbeiten. Manche Wortmeldungen würden sich durch vorzeitige Durcharbeitung erübrigen, ebenso Zusatz- oder Zweitanträge.

3. Vertretung von mindestens zwei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Vorstand der Bundesärztekammer – Vorbereitung einer Satzungsänderung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. (I) Reinhardt (Drucksache VI - 44) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer besteht laut § 5 der Satzung der Bundesärztekammer neben dem Präsidenten und den zwei Vizepräsidenten, den Präsidenten der Landesärztekammern, die Mitglieder der Bundesärztekammer sind, aus zwei weiteren Ärztinnen bzw. Ärzten.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, eine Satzungsänderung vorzubereiten, die bewirkt, dass mindestens zwei Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Mitglieder des Vorstands sind.

Begründung:

Für eine ausgewogene Interessenvertretung der deutschen Ärzteschaft und die Wahrung der Aufgaben der Bundesärztekammer ist es nötig, dass niedergelassene Ärzte ausreichend in der Zusammensetzung des Vorstandes berücksichtigt werden.

Dies erleichtert die politische Arbeit auch im Sinne der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Der Notwendigkeit einer ausgewogenen Besetzung des Vorstands wurde bereits in der Vergangenheit durch die Satzungsklausel Rechnung getragen, dass zwei Vertreter der angestellten Ärzte in den Vorstand zu wählen waren. Heute gehört die große Mehrzahl der Präsidenten im Vorstand zur Gruppe der angestellten Ärzte. Daher ist es heute analog zur vergangenen Regelung nötig, die Vertretung der niedergelassenen Ärzte zu stärken.

4. Änderung der Geschäftsordnung

Auf Antrag von Frau Dr. med. Johna (Drucksache VI - 68) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Änderung des § 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages

Für die Tagesordnung des nächsten Deutschen Ärztetages ist die Änderung des § 3 Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages vorzusehen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, eine neue Formulierung zu entwerfen, die den Zutritt nicht von der Nationalität abhängig macht.

Begründung:

§ 3 der Geschäftsordnung (GO) des Deutschen Ärztetages (DÄT) bietet zumindest Anlass für Missverständnisse. In der derzeitigen Form lautet er auszugsweise:

„Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages haben alle deutschen Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen.“

Der Deutsche Ärztetag muss auch die Interessen aller in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, gleich welcher Nationalität, vertreten. Auch die Mitgliedschaft in den einzelnen Landesärztekammern ist selbstverständlich nicht an die Nationalität gebunden, sondern daran, ob eine Approbation oder Berufserlaubnis vorliegt und in manchen Kammern, ob eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Die oben genannte missverständliche Formulierung des § 3 GO DÄT ist damit zu ändern.

Krankenhaus

1. Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 03) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag hält es für dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung im Interesse einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen.

15 Jahre nach Einführung gedeckelter Budgets, die an die Grundlohnsummenentwicklung und damit die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt sind, hat dieses System sich endgültig überlebt.

Der Budgetdeckel muss daher schnellstens wegfallen.

In Anbetracht der Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert der Deutsche Ärztetag ein bundesweites Programm, das die Deckelung der Budgets beendet, eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Kosten der Krankenhausleistungen einschließlich der Tarifentwicklung – ermöglicht, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhaltet sowie die Investitionskraft der Krankenhäuser stärkt. Bund und Länder sind gemeinsam gefordert, ein solches Programm zu entwickeln.

Es müssen Regelungen gefunden werden, die es den Krankenhäusern ermöglichen, unabwendbare Kostensteigerungen aufgrund von Tarifabschlüssen, Sachkostenentwicklungen, Inflationsraten, Steuerbelastungen u. ä. entsprechend zu refinanzieren. Der Deutsche Ärztetag verweist auf seine im Jahr 2007 gefassten und weiterhin gültigen Beschlüsse zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009.

Bislang hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch keinen Referentenentwurf vorgelegt und kein Gesetzgebungsverfahren eröffnet.

Die Differenzen zwischen den bereits 2007 bekannt gewordenen Beschlusspapieren der zuständigen Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden sowie der Gesundheitsministerkonferenz und den im Bundesministerium für Gesundheit erstellten Positionspapieren vom Frühjahr 2008 sind beträchtlich.

Zu drei vom Bundesministerium für Gesundheit skizzierten Aspekten:

- Nutzung wettbewerblicher Spielräume durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern,
- Schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes sowie
- Sicherung einer angemessenen Investitionsfinanzierung

nimmt der 111. Deutsche Ärztetag in Ergänzung zu den Beschlüssen des 110. Deutschen Ärztetags in folgender Weise Stellung:

1. Nutzung wettbewerblicher Spielräume durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

Die Argumentation des Bundesministeriums für Gesundheit entspricht einer Wiederaufnahme seines im Eckpunktpapier vom Juli 2007 skizzierten Interesses, einzelne angeblich gut planbare Leistungsbereiche aus der derzeit bestehenden Kontrahierungsverpflichtung der Krankenkassen herauszunehmen, um damit angeblich einen Preis- und Qualitätswettbewerb eröffnen zu können.

Die deutsche Ärzteschaft ist unverändert der Auffassung, dass dies keinesfalls ein zielführender Weg zur Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckend hochwertigen Patientenversorgung sein kann. Schon jetzt zeigen sich erhebliche Auswirkungen der wettbewerblichen Bedingungen in der stationären Versorgung, die insbesondere in ländlichen Regionen zu einer Gefährdung einer flächendeckenden Patientenversorgung führen.

Zudem wird die mit einer entsprechenden Ausgliederung von Leistungen verbundene Konzentration und Mengenausweitung an bestimmten Kliniken – verbunden mit entsprechenden Rabattierungsdruck und Preisdumping – in keiner Weise den Versorgungsinteressen der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte, aber auch der politisch Verantwortlichen in den Bundesländern gerecht.

Der Deutsche Ärztetag fordert nachdrücklich, dass die grundgesetzlich verbriefte Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer beibehalten werden muss. Die mit der Ausgliederung entsprechender Leistungen verbundene Übernahme der Steuerungsfunktion von Patientenströmen durch Krankenkassen würde zu einem massiven Unterlaufen der Kompetenz der Bundesländer führen. Nicht zuletzt unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist es für eine langfristige Sicherstellung der Daseinsvorsorge und wohnortnahen stationären Versorgung unverzichtbar, dieser drohenden Fehlentwicklung entgegen zu treten.

Aus ärztlicher Sicht ist hiermit zudem eine erhebliche Gefährdung des freien Wahlrechtes der Patientinnen und Patienten in Abstimmung mit den sie betreuenden Ärztinnen und Ärzten gegeben. Die Auswahl von Kliniken und Fachabteilungen darf auch weiterhin nicht mit einer ökonomisch motivierten Steuerung der Krankenkassen, möglicherweise mit unerwünschten pekuniären Anreizen für betreuende Ärztinnen und Ärzte, verbunden werden. Die Indikationsstellung sowie die im vertrauensvollen Gespräch von Arzt/Ärztin und Patientin/Patient entwickelte Empfehlung zur Auswahl eines Krankenhauses müssen entscheidend für die Inanspruchnahme der Krankenhäuser bleiben.

2. Schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes

Aus Sicht des Deutschen Ärztetages kann die Entscheidung, ob eine schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes einer Beibehaltung von Landesbasisfallwerten in den einzelnen Bundesländern vorzuziehen ist, angesichts der damit verbundenen Finanzdimension nur auf der Basis eingehender Datenauswertungen, Analysen und anschließender Fachdiskussionen getroffen werden. Der 111. Deutsche Ärztetag empfiehlt daher erneut die Durchführung einer entsprechenden zeitnahen Auswertung. Leider ist diese bisher noch nicht veranlasst worden, ebenso wenig wie die gemäß § 17 b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehene Begleitforschung, deren erste Ergebnisse schon Anfang 2006 hätten vorgelegt werden müssen. Auch zu dieser Frage bleibt das Bundesministerium für Gesundheit die Antwort schuldig.

3. Sicherung einer angemessenen Investitionsfinanzierung

In dem parallel zu den Diskussionsvorschlägen des Bundesministeriums für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten (Gutachten Prof. Dr. Rürup) wird ein weiteres Mal deutlich, dass das derzeit erbrachte gesamte Investitionsvolumen der Bundesländer in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro pro Jahr als völlig unzureichend angesehen werden muss, den Investitionsbedarf der Häuser zu decken. Diese Daten werden auch durch eine aktuelle Analyse des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung in Essen (Veröffentlichung Februar 2008) bestätigt. Ob die im Rürup-Gutachten skizzierte notwendige Erhöhung um 2,3 Milliarden Euro auf insgesamt ca. 5 Milliarden Euro Investitionsfinanzierungsmittel bundesweit als ausreichend angesehen werden kann, wird überaus kritisch eingeschätzt. Die demographisch bedingt zu erwartende Steigerung der Fallzahlen von derzeit ca. 16,9 Mio. pro Jahr auf voraussichtlich 19 Mio. pro Jahr im Jahr 2012 und die zunehmende Bedeutung des Gesundheitswesens für die einzelnen Bundesländer lassen eher einen deutlich höheren Finanzbedarf erforderlich erscheinen.

Die im BMG-Konzept intendierte Bereitstellung der Finanzmittel über den Gesundheitsfonds ist selbst bei Überwindung des Widerstands der Bundesländer weder eine ausreichend wirksame noch eine langfristig stabile Finanzierungsbasis für Krankenhausinvestitionsmittel. Zudem wird durch die damit verbundene Übernahme der Steuerung durch die Krankenkassen die Aushöhlung der

Planungskompetenz der Bundesländer in Kauf genommen. Die Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer bleibt jedoch aus Sicht der deutschen Ärzteschaft unverzichtbar ein wesentliches Steuerungselement zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im Sinne der Daseinsvorsorge.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Gesundheitsministerkonferenz im Hinblick auf ihre Sitzung am 2./3. Juli 2008, diese Positionen der deutschen Ärzteschaft nachdrücklich zu unterstützen, fordert aber die Bundesländer auch eindringlich auf, ihrer Verpflichtung zur Krankenhausinvestitionsfinanzierung ausreichend nachzukommen.

2. Hinweis auf Zunahme des Ärztemangels in deutschen Krankenhäusern

Auf Antrag von Herrn PD Dr. med. Lindhorst (Drucksache VI - 39) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 111. Deutsche Ärztetag weist Politik und Bevölkerung ausdrücklich auf den zunehmenden Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern hin.

So besteht jetzt ein Ärztemangel, der durch die im internationalen Vergleich unattraktiven Arbeitsbedingungen (hohe administrative Belastung bei gleichzeitiger Verdichtung der Arbeit, fortgesetzte flächendeckende Nichteinhaltung des Arbeitszeitgesetzes, inzwischen durch den provozierten Mangel an Ärzt/inn/en und niedrige Entlohnung) zu einem erschwerten Behandlungszugang und zu verringerter Fürsorge für den einzelnen Patienten geführt hat.

3. Personalabbau in Krankenhäusern

Der Entschließungsantrag von Herrn PD Dr. med. Lindhorst (Drucksache VI - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 111. Deutsche Ärztetag weist Politik und Bevölkerung ausdrücklich auf den zunehmenden Personalabbau in deutschen Krankenhäusern hin. So sind geschätzt 50.000 Stellen in der Krankenpflege abgebaut worden, qualifizierte medizinisch technische Berufe sind ebenfalls reduziert worden. Dies hat in diesen Berufsgruppen die Arbeitsbelastung für die Beschäftigten so erhöht, dass die Patientensicherheit immer wieder gefährdet wird. Unter diesen Bedingungen ist eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf diese Berufsgruppen nicht mit Verantwortungsbewusstsein möglich, da in diesen Berufsgruppen bereits jetzt keine Zeit- und Qualifikationsreserven mehr vorhanden sind. Auch sind die Ausbildungsvoraussetzungen oft nicht mehr ausreichend eingehalten, so dass die Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf diese Berufsgruppe einer bewussten in Kauf genommenen Patientengefährdung aus ökonomischen Gründen entspricht.

4. Mobbing von ärztlichen Standesvertretern

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Emminger (Drucksache VI - 22) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Mit großer Bestürzung nehmen die Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages Berichte zur Kenntnis, dass erneut Klinikärzte diskriminiert, ausgegrenzt und mit einer Nicht-Verlängerung ihres Arbeitsvertrages bedroht werden, wenn sie sich neben ihrer klinischen Tätigkeit ehrenamtlich in den ärztlichen Körperschaften und Berufsvertretungen engagieren. In diesem Zusammenhang erneuert und bekräftigt der 111. Deutsche Ärztetag einen Beschluss des 90. Deutschen Ärztetags in Karlsruhe: „Für Kollegen, die in standes- und berufspolitischen Gremien tätig sind,

dürfen daraus für ihre Berufstätigkeit keine Nachteile entstehen.“ (Beschluss vom 13.05.1987). Aufsichtsgremien, Klinikdirektionen und Verwaltungen werden aufgefordert, die Diskriminierung berufspolitischen Engagements strikt zu unterlassen.

5. Persönliche pflegerische Weiterbetreuung von Schwerbehinderten im Krankenhaus

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Dipl.-Chem. Nowak, Frau Dr. med. Johna und Herrn Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache VI - 73) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Veränderungen in der personellen Besetzung in den Krankenhäusern führen zunehmend zu einer defizitären Versorgung von Patienten, insbesondere von Schwerstbehinderten, die von sich aus schon eines höheren Pflegeaufwandes bedürfen. Dies hat zur Folge, dass behinderte Patienten deutlich schlechter versorgt werden und sich deshalb potentielle Gefahrenzustände entwickeln. Sozialhilfeträger weigern sich, während des stationären Aufenthalts die Kosten für die persönliche Pflegeperson des Schwerbehinderten zu übernehmen mit der Argumentation, dass das Krankenhaus die Rund-um-Versorgung zu gewährleisten habe. Dadurch kommt es, insbesondere aufgrund der aktuellen Personalsituation in den Kliniken, zu erheblichen Versorgungsdefiziten bei diesen Patientinnen und Patienten.

Der Deutsche Ärztetag erwartet von den Selbstverwaltungspartnern umgehend eine Änderung dieser Situation.

Begründung:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages sind der Auffassung, dass im Krankenhaus durch den Wegfall der persönlichen Assistenz bei Menschen mit schweren Behinderungen regelmäßig Defizite in der umfassenden Versorgung zu beobachten sind, die zu Komplikationen und lebensbedrohlichen Situationen führen. Es handelt sich hier um eine Gruppe von Personen, die wegen ihrer Behinderung für die Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer der Hilfe bedürfen und auf eine persönliche Assistenz angewiesen sind.

Bei einer stationären Behandlung entfällt für den Behinderten die persönliche Betreuung durch die Assistenz für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes. Die Sozialhilfeträger verweigern die Übernahme der Kosten mit der Begründung, dass im Krankenhaus die notwendigen Versorgungsleistungen durch die Pflegekräfte erbracht werden und infolge dessen diese Leistungen auch von den zuständigen Krankenkassen übernommen werden.

Die Personalausstattung der Kliniken im Pflegebereich gewährleistet jedoch lediglich den durch die akute Erkrankung verursachten Versorgungsbedarf. Die speziellen Bedürfnisse von Behinderten im Rahmen der Grundversorgung können von den Krankenschwestern und Pflegern jedoch nicht zusätzlich übernommen werden. Dies führt zu einer Unterversorgung mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit der Behinderten.

Menschen mit Behinderungen haben nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI und SGB XII Anspruch auf umfassende Maßnahmen zur Abwendung von Versorgungsdefiziten, deshalb bedarf es aus unserer Sicht dringend der Absprache zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern, um die persönliche Assistenz für Behinderte in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes zu ermöglichen.

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages plädieren dringend dafür, in Sorge um die Versorgungsqualität bei Behinderten für entsprechende Abhilfe zu sorgen.

6. Weiterbildungssituation im Krankenhaus

Der Entschließungsantrag von Herrn Veelken und Frau Dr. med. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 111. Deutsche Ärztetag stellt mit Sorge fest, dass sich die Situation der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) massiv verschlechtert hat und weiter verschlechtert.

Die Aussage, dass die DRGs die Kosten ärztlicher Weiterbildung enthalten, war de facto schon immer falsch, was sich zunehmend in der Weiterbildungssituation offen zeigt.

Der Ärztetag fordert, für die ärztliche Weiterbildung zusätzliche Mittel in die DRGs einzukalkulieren oder andere Finanzierungsmodalitäten, zum Beispiel durch DRG-Zuschläge für weiterbildende Institutionen zu schaffen und diese politisch auch gegenüber den Financiers, wie etwa den Krankenkassen zu vertreten.

Der Ärztetag betrachtet dies als ein dringend notwendiges, überfälliges Investment in die Weiterbildung junger Fachärzte, um auch in Zukunft eine ausreichende fachärztliche Versorgung sicherstellen zu können.

Begründung:

Bereits auf den Deutschen Ärztetagen in Berlin und Magdeburg wurden ähnliche Beschlüsse gefasst, ohne dass im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer zu diesem Thema besondere Aktivitäten dokumentiert worden wären.

Da die Weiterbildung zum Facharzt mit vier bis sechs Jahren veranschlagt ist, hat bereits eine ganze Generation von Nachwuchsärzten unter einer wirklich unterirdischen Weiterbildungssituation im DRG-Zeitalter zu leiden.

Wie drängend dieses Problem ist, zeigt sich im informellen E-Mail-Verkehr einer chirurgischen Universitätsklinik, in dem von den zur Weiterbildung ermächtigten chirurgischen Professoren diskutiert wird, Nicht-Fachärzte in der Regelarbeitszeit nicht mehr operieren zu lassen, weil dadurch die OP-Zeiten zu lang werden.

Bei einem Preis zwischen 10 und 15 Euro pro OP-Minute in einem üblichen Zentral-OP eines normalen Krankenhauses, ergibt sich bei einer angepeilten Rendite von 2 bis 4 % der umgesetzten DRGs (ein eher moderater Wert, der zur Refinanzierung eines Krankenhauses wohl tatsächlich erforderlich ist) für mittelgroße und große OPs die Notwendigkeit, sieben bis acht dieser Operationen komplikationsfrei in „Facharztgeschwindigkeit“ zu operieren, um dann eine dieser OPs einem Weiterbildungsassistenten zu assistieren, der erfahrungsgemäß zunächst 30 bis 60 % mehr Zeit für eine solche OP unter Supervision benötigt.

Dies führt dann zu einer plus/minus 0 Situation, das heißt die erforderliche Rendite wird selbst in diesem Szenario verfehlt.

Unter diesen Umständen wäre es für die Krankenhausträger – ob öffentlich oder privat – ökonomisch logisch, bei nicht vorhandener Finanzierung Weiterbildung nicht nur nicht zu fördern, sondern sogar zu untersagen.

Schnittstelle ambulant - stationär

1. Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V

Auf Antrag von Vorstand (Drucksache VI - 01) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Deutsche Ärzteschaft fordert aus Sicht der Interessen der Patientinnen und Patienten seit jeher sinnvolle Formen der Integration von ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung. Eine integrierte Patientenversorgung, welche insbesondere bei dem Erfordernis eines häufigen Wechsels zwischen den Versorgungsbereichen von besonderer Bedeutung ist, darf nicht an starren Grenzen der Versorgungssektoren scheitern. Dieser Zielsetzung wird § 116 b SGB V in der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geänderten Fassung nicht gerecht. Die Vorschrift in ihrer jetzigen Konstruktion stellt nur sehr eingeschränkt eine Ergänzungsmöglichkeit dar, seltene Erkrankungen oder Krankheiten mit besonderem Verlauf zugunsten einer hochspezialisierten Patientenversorgung auch durch Krankenhäuser ambulant behandeln zu können. Hierfür ist die pauschale und unspezifische Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen über diesen Weg nicht zweckmäßig. Der gesetzlich vorgegebene Katalog nach § 116 b SGB V enthält keineswegs nur seltene Erkrankungen, sondern auch Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Mit z. B. onkologischen Erkrankungen oder der schweren Herzinsuffizienz betrifft er bedeutende Fallvolumina, so dass eine Richtlinienggebung durch den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss so zu gestalten ist, dass es zu einer sinnvollen Ergänzung der vertragsärztlichen durch die stationäre Versorgung statt zu Parallelstrukturen kommt, welche bestehende Konkurrenzsituationen nur noch verstärken. Eine derartige Ausgestaltung dieses Instrumentes liegt auch insoweit im Interesse des Patienten, als es hilft, häufige Wechsel zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu vermeiden.

Parallelstrukturen hingegen sind nicht im Interesse der Patienten, da hierdurch die Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft erhöht, Schnittstellenprobleme verschärft und eine Optimierung des Ressourceneinsatzes behindert werden. Das Ziel muss vielmehr in einer durch besonderen Versorgungsbedarf begründeten Ergänzung der Versorgung liegen. Hierbei sind insbesondere die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen, die sich in Flächenländern ganz anders darstellen als in Ballungszentren.

Damit die Patienten auch tatsächlich von der zusätzlichen Versorgungsmöglichkeit profitieren können, sind sinnvolle Vorgaben der Qualitätssicherung erforderlich. Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in diesem Zusammenhang verabschiedeten Mindestmengen, die mittels einer prävalenzabhängigen Berechnungsformel eine Pseudo-Evidenz herstellen sollen, sind dazu kein geeignetes Mittel, sondern steigern lediglich die ohnehin schon überzogene Bürokratie. Die Festlegung eines Überweisungsvorbehalts durch den Vertragsarzt ist hingegen ein sinnvolles Steuerungselement. Sichergestellt werden muss darüber hinaus, dass das Primat der Krankenhausplanung der Länder von der Richtlinienggebung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht angetastet wird.

Private Krankenversicherung

1. Änderungsantrag zu VI-6

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. med. Rütz, Frau Haus, Herrn Dr. med. Fischbach und Herrn Stagge (Drucksache VI - 06a) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einfügen nach dem 1. Satz im 1. Absatz von Antrag VI-06:

"Gleichwohl ist der Deutsche Ärztetag der Überzeugung, dass infrage gestellt werden muss, ob über 90 % der Bevölkerung zwangsweise in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sein müssen."

2. Koexistenz von PKV und GKV zum Wohle der gesamten Bevölkerung - Erhalt des bewährten 2-Säulen-Systems

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 06) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 ist davon überzeugt, dass das anerkannt hochstehende Niveau der medizinischen Versorgung in Deutschland nur durch das Zusammenwirken der zwei historisch gewachsenen Säulen, der „Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV) und der privatwirtschaftlich organisierten „Privaten Krankenversicherung“ (PKV) möglich ist. Das deutsche Gesundheitssystem garantiert durch seinen „mittleren Weg“ die Nachteile staatlich gelenkter Gesundheitssysteme (Wartelistenmedizin, Verlust der Patientensouveränität, graue Märkte etc.) wie auch rein marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitssysteme (reale Mehrklassenmedizin) zu vermeiden.

Ein leistungs- und zukunftsfähiges Gesundheitswesen braucht auch zukünftig neben dem vornehmlich durch die GKV bestimmten sozialen und zunehmend staatlich regulierten Bereich ein starkes privates Segment, das durch Vertragsautonomie, Eigenverantwortung, Freiberuflichkeit und Innovationskraft auf hohem Qualitätsniveau bestimmt ist.

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung deshalb auf, die Rahmenbedingungen für die Private Krankenversicherung im Interesse eines langfristig funktionsfähigen und finanzierbaren Gesundheitswesens nachhaltig zu stärken, anstatt sie – wie mit den letzten gesetzlichen Regelungen geschehen – immer weiter zu unterminieren.

3. Einführung eines brancheneinheitlichen Basistarifs in die private Krankenversicherung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 07) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

30 Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die zusammen rund 95 Prozent der Privatversicherten repräsentieren, haben bis zum 31.03.2008 fristgerecht Verfassungsbeschwerde gegen das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingelegt.

Die Verfassungsbeschwerde richtet sich gegen die Gesamtheit der Neuregelungen des GKV-WSG, welche die private Krankenversicherung mittelbar oder unmittelbar betreffen.

Die deutsche Ärzteschaft begrüßt die Initiative der PKV-Unternehmen.

Der Zwang zur Einführung eines Basistarifs, die Einschränkung des Zugangs zur PKV für Angestellte und das Angebot von Wahlтарifen durch die gesetzliche Krankenversicherung werden in der Summe zu erheblichen Belastungen der PKV-Versicherten und zur Abwanderung aus der klassischen PKV-Vollversicherung führen. Der Gesetzgeber verfolgt mit diesen Maßnahmen das Ziel einer Austrocknung des PKV-Systems und Angleichung an das GKV-System. Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft überschreiten diese Maßnahmen die Grenze des grundrechtlich Zulässigen und werden sich zu Ungunsten aller Beteiligten auswirken:

- zu Lasten der PKV-Versicherten, die insbesondere durch die erforderliche Quersubventionierung des nicht risikokalkulierten Basistarifs überproportional belastet werden,
- zu Lasten der Ärzteschaft, da eine Schwächung des PKV-Systems gleichbedeutend ist mit einer Schwächung des für die Ärzteschaft inzwischen unverzichtbaren zweiten wirtschaftlichen Standbeins,
- sowie allgemein zu Lasten der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems, das bislang von dem synergetischen Zusammenwirken von PKV und GKV profitiert hat.

4. Liquidation unter ärztlichen Kolleginnen und Kollegen

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 10) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Anknüpfend an mehrere Beschlüsse vergangener Deutscher Ärztetage appelliert der Deutsche Ärztetag hiermit an die abrechnenden Ärztinnen und Ärzte, bei der Kollegenbehandlung mit besonderem Augenmaß zu liquidieren, um nach Möglichkeit die Prämienentwicklung in der privaten Krankenversicherung der Ärzte zu begrenzen.

5. Öffnungsklausel ablehnen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Junker (Drucksache VI - 38) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In den laufenden Verhandlungen zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wird die Forderung der privaten Krankenversicherungen einer „Öffnungsklausel“ vom Deutschen Ärztetag heftig kritisiert und nachdrücklich abgelehnt.

Die Grundlage der privat(zahn-)ärztlichen Vergütung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient ist dann nicht mehr die vom Gesetzgeber vorgegebene „Amtliche Gebührenordnung für (Zahn-)Ärzte“ (GOZ), sondern von einzelnen (Zahn-)Ärzten oder Gruppen von (Zahn-)Ärzten mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung einzeln ausgehandelte Verträge! Diese Neuregelung im Allgemeinen Teil der GOZ wird jedoch eine nachhaltige Weichenstellung auch für die spätere GOÄ-Novelle bedeuten, da der Allgemeine Teil der GOZ weitgehend

identisch mit dem Allgemeinen Teil der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sein wird. Entsprechende Äußerungen aus dem Bundesministerium für Gesundheit zeigen schon deutlich die Richtung an!

Die Delegierten des Deutschen Ärztetags sehen jedoch Transparenz und Verbraucherschutz durch die von der PKV ersehnte Öffnungsklausel für abweichende Verträge zwischen einzelnen Ärzten und Arztgruppen und den Verbänden der PKV als gefährdet an.

Der Deutsche Ärztetag 2008 stellt dazu fest:

Eine solche Öffnungsklausel würde die Amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte und später die für Ärzte in ihren wichtigen Ordnungsfunktionen:

- Sicherung des Verbraucherschutzes
- Transparenz des Leistungsgeschehens
- Qualitätssicherung durch Vermeidung eines ruinösen Preiswettbewerbes
- Sicherung angemessener Vergütung

wesentlich aushöhlen.

In unserem hoch reglementierten und bürokratisierten deutschen Gesundheitssystem stellt die GOÄ noch eine kleine, restliche Insel für die freiheitliche Gestaltung und der Autonomie des Arzt-Patient-Verhältnisses dar. Wenn auch dies künftig durch Versicherungen reguliert und reglementiert wird, ist eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation zu befürchten! Auch die Patienten verlieren einen wesentlichen Teil ihrer Patientenrechte.

Die Delegierten fordern die Privatversicherern und die Politik eindringlich auf, in den weiteren Verhandlungen zu den Gebührenordnungen der Ärzte und Zahnärzte von einer „Öffnungsklausel“ Abstand zu nehmen!

Begründung:

Mit einer solchen Öffnungsklausel ist eine Vielzahl unübersichtlicher Einzelverträge zu befürchten. Die ungleiche Marktposition zwischen einzelnen Ärzten und Versicherungsunternehmen würde Ärzte durch die marktbeherrschende Stellung privater Krankenversicherungssysteme im Wettbewerb benachteiligen. Auch aus diesem Grunde sind zu Beginn des 20. Jahrhunderts Ärzteverbände gegründet worden! Eine Eskalation würde in jedem Fall wieder den Patienten treffen. Mit dieser Forderung der Privatversicherer würden sich diese ein gewaltiges Eigentor schießen und – doch sicher unbeabsichtigt – den ideologischen Ideen der Gesundheitsministerin und ihrer Berater gewaltigen Vorschub leisten.

6. Anerkennung von Suchterkrankungen

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. med. Krause-Girth (Drucksache VI - 52) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich gemeinsam mit den Landesärztekammern, sowohl bei dem Verband der privaten Krankenversicherungen als auch bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht dafür einzusetzen, dass Suchterkrankungen

(Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen) als „Krankheiten“ vom Umfang der Leistungsverpflichtung der privaten Krankenversicherung (PKV) erfasst werden.

Begründung:

Nach § 5 Abs. 1b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Suchterkrankungen aus der Leistungspflicht ausgeschlossen. Es stellt eine Verletzung der Fürsorgepflicht für den Versichertenkreis dar, wenn im Falle einer Suchterkrankung eine andere Handhabung erfolgt als bei allen anderen Krankheiten.

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse handelt es sich auch bei Erkrankungen aus dem Kreis der Suchtkrankheiten um Krankheiten wie die anderen Erkrankungen auch.

Ein Verweis auf eine selbstverschuldete Situation mit der Konsequenz des Ausschlusses aus der Kostenübernahmepflicht des Versicherers stellt nicht nur eine grobe Benachteiligung des Versichertenkreises von Menschen dar, es ist darüber hinaus auch eine Missachtung entsprechender Rechtsprechung durch Gerichte. Damit wird nicht der aktuelle Stand der Wissenschaft angewendet. Es entstehen Härtefälle und finanzielle Belastungen für die entsprechenden versicherten Menschen.

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) hat bereits empfohlen, im Rahmen einer Heilkostenvollversicherung auch Entziehungsmaßnahmen und Therapien der Suchterkrankung vollständig zu übernehmen. Die geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen stellen eine Erschwernis dar, die mit dem Heilauftrag der Medizin und der Fürsorgepflicht für den Versichertenkreis unvereinbar sind.

Der Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern sollten tätig werden, um diesen unerträglichen Zustand zu beenden.

Prävention

1. *Anerkennung der Prävention als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe*

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 62) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Prävention muss als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe sowohl seitens des Staates als auch in der Medizin anerkannt werden.

Dazu sind zwingend Lehrstühle für Hygiene an allen deutschen Universitäten und Hygieneinstitute in allen Bundesländern (als Institute für den Öffentlichen Gesundheitsdienst) erforderlich bzw. wieder einzurichten.

Begründung:

Der Prävention sowie der Gesundheitsförderung kommt derzeit im Gesundheitswesen nicht die ihnen gebührende Stellung zu.

Das Bundesumweltamt nannte bereits vor fünf Jahren zahlreiche neue Herausforderungen: Lärm, elektromagnetische Strahlung, neue Medikamente und

Chemikalien, neue Krankheiten, die Umwelt- und Gesundheitsschutz-Regelungen infolge der europäischen Einigung u. a. und stellte die Fragen:

„Wer soll die Zusammenhänge zwischen Erregerausbreitung und Umweltbedingungen aufklären, wer den Widerstand der veränderten und neu auftretenden Krankheitserreger gegen Desinfektionsverfahren erforschen? Wer soll die Gesundheitsgefahren, die von Wasser-, Boden- und Luftverschmutzung ausgehen (z. B. Pharmarückstände und -abbauprodukte im Trinkwasser), rechtzeitig erkennen und beseitigen helfen?“

Mit den o. g. Einrichtungen stehen Ansprechpartner für die komplexen Aufgaben zur Verfügung. Zudem würde den Themen Prävention und Gesundheitsförderung auch bereits in der ärztlichen Ausbildung der erforderliche Stellenwert eingeräumt. (Vorwiegend präventiv tätige Ärzte aus den Bereichen Arbeits- und Betriebsmedizin, Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Hygiene und Umweltmedizin würden so stärker in das Gesundheitssystem integriert und könnten die notwendige Verzahnung von Gesundheitsförderung und Prävention mit kurativer und rehabilitativer Medizin gewährleisten.)

2. Präventionsgesetz

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. habil. Schulze (Drucksache VI - 65) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, der Prävention in allen gesellschaftlichen Bereichen eine größere Bedeutung beizumessen und zu diesem Zweck das begonnene Präventionsgesetz mit fachlicher Unterstützung der Ärzteschaft auf den parlamentarischen Weg zu bringen.

Zur Stärkung der Prävention fordert der 111. Deutsche Ärztetag, die Gesundheitsförderung und Prävention auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu stärken sowie weiterzuentwickeln und sowohl über die Sozialversicherungen als auch über Steuermittel und private Zuwendungen in einem gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu finanzieren.

Begründung:

Durch die Förderung der Gesundheit und gezielte Präventionsmaßnahmen lassen sich Krankheiten vermeiden, mögliche Risikofaktoren für Erkrankungen positiv beeinflussen, Erstmanifestationen von Krankheiten rechtzeitig erkennen und behandeln sowie Krankheitsverläufe stabilisieren und verbessern.

Die Gesundheit des Einzelnen kann sowohl durch eine allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen, eine Stärkung des öffentlichen und betrieblichen Gesundheitsschutzes wie auch durch individuumsbezogene Maßnahmen der Prävention verbessert werden. Dazu ist es unabdingbar, Prävention in unserem Gesundheitswesen zu stärken und als eine weitere Säule zu etablieren.

Ein Präventionsgesetz muss bestehende Präventionsprogramme stärken und weiterentwickeln. Das Gesetz muss dazu beitragen, dass bestehende Maßnahmen der Prävention flächendeckend und dauerhaft gestärkt und ergänzende, neue Aufgabenbereiche benannt werden.

Da die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind, lässt sich alles, was dem Erhalt von Leben und der Verbesserung von Lebensqualität dient, unter den Begriff der "Prävention" subsumieren. Umso notwendiger ist es, eine klare

Grenzziehung zwischen dem vorzunehmen, was Aufgabe der Solidargemeinschaft der Versicherten, was Aufgabe des Staates und seiner Organe im Rahmen seiner allgemeinen Fürsorgepflichten gegenüber dem Bürger ist und was darüber hinaus durch Dritte organisiert und finanziert werden soll. Das Präventionsgesetz muss zu einer Klärung der jeweiligen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten beitragen.

Bund und Länder sind verpflichtet, ihre Verantwortung für wichtige präventive Aufgaben außerhalb der Medizin umzusetzen, zum Beispiel in der Bildungs-, Arbeits-, Umwelt- und Verkehrspolitik sowie im Verbraucherschutz.

Wir Ärzte haben die Kompetenz, gesundheitliche Risiken abzuklären, über geeignete Maßnahmen aufzuklären und deren Erfolg zu überprüfen. Dies ist bei der Formulierung eines Präventionsgesetzes zwingend zu berücksichtigen – denn Vorbeugen ist besser als Heilen!

3. Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Bicker, Herrn Dr. med. Czeschinski, Herrn Dr. med. Dipl.-Chem. Nowak und Herrn Dr. med. Wolter (Drucksache VI - 70) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Veränderungen in der Arbeitswelt bringen für die Beschäftigten der Unternehmen neue gesundheitliche Belastungen und Beanspruchungen mit sich. Die demographische Entwicklung macht darüber hinaus eine besondere medizinische Fürsorge notwendig, um die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter vor dem Hintergrund der verlängerten Lebensarbeitszeit zu erhalten.

Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz ist die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, aus dem Arbeitsleben resultierende schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten und Gesundheitsschäden früh zu erkennen sowie eine berufliche Wiedereingliederung nach länger dauerndem krankheitsbedingtem Ausfall zu begleiten. Betriebsärzte wirken bei der Förderung, dem Erhalt und der Wiederherstellung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit mit und beeinflussen die menschengerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit.

Die Arbeitsmedizin hat sich angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen und den Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit zu einer weiteren vorrangig präventiv ausgerichteten Säule im Gesundheitswesen entwickelt.

Der integrative Ansatz im Gesundheitssystem erfordert die Kompetenzen von Betriebsärzten und ihr Wissen um die Wechselbeziehung von Arbeit und Gesundheit. Fachübergreifende Behandlungsmöglichkeiten bringen eine deutliche Verbesserung in der Patientenversorgung; dabei ist es sinnvoll Betriebsärzte, die sich um die arbeitsplatzbezogenen Aspekte kümmern, zu integrieren.

Die arbeitsmedizinische Versorgung der Bevölkerung ist derzeit nicht ausreichend. Es besteht die ernste Gefahr, dass das Niveau des Gesundheitsschutzes vor allem in kleinen und mittleren Betrieben weiter sinkt. Die dringend notwendige Stärkung der Präventionsanstrengungen in der Lebenswelt Betrieb wird einerseits häufig gefordert, gleichzeitig werden die Ressourcen z. B. durch so genannte „alternative Betreuungsmodelle“ ohne ärztliche Beteiligung erheblich reduziert.

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert daher die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, die betriebsärztliche Versorgung zu stärken, die dafür notwendigen Ressourcen mit geeigneten rechtlichen Instrumenten zur Verfügung zu

stellen und die arbeitsmedizinischen Lehrstühle auszubauen, anstatt wegzurationalisieren.

Vergütung

1. Öffnungsklausel § 2a GOZ/GOÄ

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 08) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sieht die Einführung einer sogenannten Öffnungsklausel vor, die den Kostenträgern einen Abschluss von Selektivverträgen mit einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen völlig unabhängig von der GOZ ermöglichen würde. Die Einführung einer solchen Öffnungsklausel in die GOZ stellt ein Präjudiz für die bevorstehende Novellierung der GOÄ dar.

Die Einführung einer solchen Öffnungsklausel wird von der Deutschen Ärzteschaft strikt abgelehnt.

- Die geplante Öffnungsklausel stellt einen weiteren Schritt zur Angleichung der GKV an die PKV dar. An Stelle des Vertragsverhältnisses zwischen Arzt und Patient soll das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Kostenträger treten, ein Übergang vom Kostenerstattungssystem vs. Sachleistungssystem ist vorprogrammiert.
- Durch Einführung von Selektivverträgen mit einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen auf Basis der Öffnungsklausel ist zu befürchten, dass mittel- bis langfristig nur noch für die vertraglich vereinbarten privatärztlichen Leistungen eine angemessene Honorierung gewährleistet ist, während das Honorarniveau für die privatärztlichen Leistungen außerhalb der Selektivverträge absinken dürfte. Die privaten Krankenversicherungen erhalten mit den Selektivvertragsmöglichkeiten ein Instrument, welches ihnen eine stärkere Differenzierung des Preisniveaus für privatärztliche Leistungen mit Spitzenhonoraren für wenige und eine Absenkung des durchschnittlichen Honorarniveaus für die überwiegende Mehrheit der privatärztlichen Leistungen ermöglicht.
- Es ist zu erwarten, dass die Beihilfeträger das Erstattungsniveau im Rahmen der Beihilfe durch die Einführung einer Öffnungsklausel tendenziell absenken werden.
- Die geplante Öffnungsklausel verstößt gegen europäisches Wettbewerbsrecht.

2. Sicherung der psychosomatischen Gespräche in der hausärztlichen und fachgebundenen psychotherapeutischen Praxis

Auf Antrag von Herrn MR Dr. med. Scheerer, Herrn Dr. med. Heister, Frau Dr. med. Groß M.A. und Frau Löber-Kraemer (Drucksache VI - 15) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, auf die Entscheidungsträger (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) 2008 dahingehend Einfluss zu nehmen, dass die psychosomatischen Gespräche mit gesetzlich versicherten Patienten in der Hausarztpraxis und in der fachgebundenen psychotherapeutischen Praxis als

Einzelleistung außerhalb der Versicherten- bzw. Grundpauschale ausreichend honoriert werden.

Begründung:

Die "verbalen Interventionen bei psychosomatischen Krankheitszuständen" werden durch die Aufnahme in die Pauschalisierung nicht mehr ausreichend honoriert. Zumal sie gemäß den Psychotherapie-Richtlinien zeitgebunden sind. Es ist absurd, dass damit psychosomatisch-psychotherapeutische Leistungen, die nur von entsprechend qualifizierten Ärzten erbracht werden dürfen, nicht als spezifische Leistungen außerhalb der Versorgungsroutine anerkannt werden. In Anbetracht eines geringen Qualitätszuschlages als Feigenblatt in der pauschalisierten Vergütung werden die für die heilsamen Begegnungen wichtigen und beziehungsfördernden Gespräche rar werden.

Im Ulmer Papier wird dazu formuliert: "Für die Patientinnen und Patienten steht die individuelle Zuwendung des Arztes im Vordergrund. Sie erwarten nicht nur Fachkompetenz und eine dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechende Anwendung medizinischer Möglichkeiten und Erkenntnisse bei Diagnostik und Therapie in ihrem persönlichen Krankheitsfall, sondern vor allem auch Zeit und Menschlichkeit in ihrer Begegnung mit dem Arzt".

3. *W-Besoldung - Reform der Besoldungsstufen für Universitätsprofessoren und -professorinnen*

Auf Antrag von Frau Dr. med. Borelli (Drucksache VI - 23) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Finanzminister und Wissenschaftsminister der Länder auf, die W-Besoldung (Besoldungsstufen für Universitätsprofessoren und -professorinnen) strukturell zu reformieren und auf ein international konkurrenzfähiges Niveau anzuheben.

Die Anzahl von ausreichend qualifizierten Bewerbern für nach der W-Besoldung von den medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten ausgeschriebene Stellen ist seit Jahren stark rückläufig. Insbesondere für zum Zeitpunkt der Bewerbung klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte stellt die Annahme einer nach der W-Besoldung vergüteten Stelle eine nicht hinnehmbare Verschlechterung ihrer Einkommenssituation dar. Da in vielen vergleichbaren Ländern zudem das ärztliche Einkommen auch in der akademischen Laufbahn höher liegt als in Deutschland, findet kein Austausch von wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten mehr statt, vielmehr wird auch hier der Abwanderung qualifizierter Kolleginnen und Kollegen Vorschub geleistet.

4. *Beamtenbesoldung*

Auf Antrag von Frau Dr. med. Borelli (Drucksache VI - 24) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Verwaltungen der Universitätsklinika und andere Arbeitgeber im Gesundheitswesen auf, als Ärztinnen und Ärzte tätige Beamte adäquat einzugruppieren (Eingruppierung von A13 bis A16). Es ist nicht hinnehmbar oder auch nur verständlich, dass Fachärzte oder Oberärzte in A13 eingeordnet sind, ungeachtet ihrer höheren Qualifikation gegenüber Berufsanfängern. Eine Eingruppierung nach der Qualifikation (Assistenzarzt, Facharzt, Oberarzt, Stellvertreter) analog der vorhandenen vier Stufen bietet

sich an und würde der vergleichswisen Unterbezahlung der beamteten gegenüber den angestellten Ärztinnen und Ärzten Abhilfe schaffen.

Qualitätssicherung

1. Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 02) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag begrüÙt die Weiterentwicklung der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Richtung eines sektorübergreifenden Verfahrens. Aufbauend auf den langjährig mit ärztlichem Sachverstand aufgebauten Strukturen auf Bundes- und Landesebene kann jetzt die Gelegenheit einer Verschlinkung des Verfahrens unter Beachtung von Datensparsamkeit und erweiterter Routinedatennutzung umgesetzt werden. Ziel muss eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung sein, die zugunsten einer optimierten Patientenversorgung den Focus auf Problembereiche lenkt.

Gleichzeitig sind methodische Schlüsselemente für die Qualitätsberichterstattung weiterzuentwickeln, wobei im Bereich der stationären Versorgung die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) mit dem QUALIFY-Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren bereits Maßstäbe gesetzt hat. Im Qualitätswettbewerb wird dem Verfahren der sektorübergreifenden Qualitätssicherung eine Schlüsselfunktion zukommen. Bereits jetzt stellen die Veröffentlichungen der BQS-Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser einen wichtigen Wettbewerbsfaktor dar. Zur Sicherung der eigenen Marktposition wird die Darlegung der eigenen Qualität zukünftig für alle Leistungserbringer unverzichtbar sein.

Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit unter den bisher sektoral zuständigen Einrichtungen auf Bundes- und Landesebene ist vorhanden; es liegt jetzt vor allem in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses, seine Richtlinienkompetenz im Sinne eines produktiven Miteinanders einzusetzen. Ausschließlich akademisch entwickelte Qualitätssicherungsmaßnahmen ohne klinische Expertise sind zu vermeiden, sie werden an der Versorgungsbasis keine Akzeptanz erfahren und vor Ort keinen Nutzen stiften.

2. Öffentliche Veranstaltung zu "Qualität" und "Patientensicherheit" durch Landesärztekammern

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Josten, Frau Dr. med. Gitter, Herrn Dr. med. Jonitz, Herrn Dr. med. Windhorst, Herrn Prof. Dr. med. habil. Schulze und Herrn Prof. Dr. med. Hessenauer (Drucksache VI - 81) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der 111. Deutsche Ärztetag empfiehlt den Landesärztekammern, regelmäßig öffentliche Veranstaltungen zu den Themen "Qualität" und "Patientensicherheit" durchzuführen.

Begründung:

Die derzeit vorwiegend auf politischer und Fachebene durchgeführte Diskussion über diese Themen spiegelt die tatsächliche Versorgungsrealität in allen Bereichen der Patientenversorgung nur höchst unzureichend wider. Gleichzeitig erfreuen sich

beide Themen eines großen öffentlichen Interesses („Ärzt ranking“, „Krankenhausführer“ etc. ...).

Die Landesärztekammern haben durch ihren eigenen Qualitätsbericht bereits einen wesentlichen Beitrag zu mehr und besserer Transparenz geliefert.

Durch die regelmäßige Durchführung öffentlicher Veranstaltungen zu diesen Themen kann diese Diskussion auf regionaler Ebene gestaltet, können tatsächliche Probleme dargestellt, Fehlentwicklungen entgegnet und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die Ärztekammern übernehmen somit einen Teil der Meinungsführerschaft zu diesen Themen und vermeiden defensive Positionen.

3. Weiterentwicklung von Leitlinien

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Windhorst, Frau Dr. med. Bunte, Frau Dr. med. Beiteke, Herrn Prof. Dr. med. Paravicini, Herrn Dr. med. Czeschinski und Herrn Dr. med. Kobes (Drucksache VI - 86) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Validierung von Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und deren Weiterentwicklung soll nachhaltig industrieunabhängig gefördert werden. Um die Implementierung der Leitlinien versorgungsbezogen entscheidend zu intensivieren, bittet der Deutsche Ärztetag die Landesärztekammern, den Betrag von einem Promille des Beitragsaufkommens der Ärztinnen und Ärzte zunächst befristet für fünf Jahre zweckgebunden zur Verfügung zu stellen. Dieser Beschluss kommt nur zur Umsetzung, sofern die Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland verbindlich beschließt, alle Einnahmen, die durch diesen Beschluss erzielt werden, durch eine entsprechende Mittelzuweisung aus Steuermitteln zu verdoppeln. Die Koordination und operative Betreuung sollte das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) übernehmen. Dem Deutschen Ärztetag wird jährlich über die Arbeitsergebnisse berichtet.

Begründung:

Die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien wird von der deutschen Ärzteschaft als ein unverzichtbarer Bestandteil angesehen. Eine adäquate Finanzierung dieser Arbeit erfolgt bislang nicht. Insofern sind es oft die Initiativen einzelner Fachexperten, die letztlich für das Entstehen oder die Überarbeitung einer Leitlinie verantwortlich sind. Eine systematische Bewertung von Leitlinien und eine umfassende Implementierung in die Versorgung hingegen finden schon aufgrund einer fehlenden Finanzgrundlage nicht in ausreichendem Maß statt. Da es sich hierbei auch um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, muss die Bundesregierung sich finanziell im gleichen Umfang wie die Ärzteschaft beteiligen.

Menschenrechte/Asylbewerber

1. Abschiebung ist kein flugmedizinisches Problem - Sicherung ethisch-medizinischer Standards

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 09) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Innenministerkonferenz diskutiert z. Z. die Bildung eines Pools von „Ärzten für Flugmedizin“ um die Flugtauglichkeit abzuschiebender Personen feststellen zu lassen. Sie verspricht sich davon eine „Verbesserung“ des Abschiebeprozesses.

Der 111. Deutsche Ärztetag stellt fest:

- Nicht die allein flugmedizinische Begutachtung oder Betreuung des Einzelnen ist das Entscheidende, sondern die qualifizierte Betreuung von Menschen, die sich mit der Abschiebung in einer schweren Ausnahmesituation befinden.
- Wenn zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse (z. B. eine bestimmte Krankheit kann im Rückführungsland nicht behandelt werden) oder inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse (z. B. das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung führt zu Suizidgefahr) vorliegen, müssen diese in die Beurteilung einfließen. Die Frage, ob der Abzuschiebende im engsten Sinne flugtauglich ist, greift zu kurz.

Für diese Situation wurde 2004 ein Informations- und Kriterienkatalog von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen erstellt. Diesem Katalog ist zu folgen.

Seitens der Bundesärztekammer wurde das Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ entwickelt. Mehrere Landesärztekammern haben entsprechende Fortbildungen angeboten und Ärztinnen und Ärzte geschult. Die Ausländerbehörden sind aufgerufen, sich an dementsprechend qualifizierte Ärzte bzw. an Ärzte und Psychotherapeuten zu wenden, die diese Menschen behandelt haben.

2. Flugreisetauglichkeit

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Prof. Dr. med. Kahlke und Herrn Dr. med. Pickerodt (Drucksache VI - 79) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für die Beurteilung von Flugreisetauglichkeit dürfen ausschließlich speziell qualifizierte Ärzte beauftragt werden. Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Innenminister der Länder auf, den mit der Bundesärztekammer erarbeiteten und im Dezember 2004 verabschiedeten Informations- und Kriterienkatalog einzuführen und der Ärzteschaft zur Kenntnis zu geben. Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm fordert die zuständigen Landesärztekammern auf, berufsrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die die einschlägigen Resolutionen der Ärzteschaft und die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns verletzen.

Hintergrundinformation:

Abgelehnte Asylbewerber werden in der Regel gegen ihren Willen per Flug abgeschoben. Wenn sie dann ein ärztliches Attest vorlegen, in dem ihre Flugreisetauglichkeit bestritten wird, fordern die Behörden ein weiteres Gutachten an. Nach Auffassung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Rückführung („AG Rück“) verhindert dieses Verfahren zu oft eine schnelle Abschiebung und es ist zu teuer. 2007 seien 663 Menschen abgeschoben worden, die Hälfte aller Verfahren sei gescheitert, je Abschiebung entstünden Kosten in Höhe von 1.400 Euro. Um diese Kosten zu senken und die Abschiebungen zu erleichtern, hat jetzt die „AG Rück“ gefordert, Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin mit der Begutachtung zu betrauen. Deren Namen sollen geheim bleiben.

Flugmediziner sind Mediziner mit einer Zusatzausbildung aus unterschiedlichen Fachgebieten. Sie haben fliegendes Personal auf Fliegertauglichkeit hin zu

untersuchen. Das ist aber etwas grundsätzlich anderes als die Feststellung der Flugreisetauglichkeit von „Abschüblingen“.

Auftrag für eine medizinische Einschätzung bei „Abschüblingen“ ist eine psychische Traumatisierung, ein Posttraumatisches Belastungssyndrom, ggf. auch Suizidalität als Folge von Folter, Flucht oder Vertreibung. Nach ärztlich-ethischem Verständnis ist vor einer Abschiebung neben der Flugreisefähigkeit und der Berücksichtigung aller relevanten Krankheitsbilder vor allem die konkrete Gefahr einer Reaktualisierung/Retraumatisierung im Sinne einer erheblichen Gesundheitsverschlechterung zu berücksichtigen. Dies zu beurteilen erfordert erfahrene ärztliche, ggf. psychologisch-psychotherapeutische Sachverständige. Flugmediziner sind dazu ungeeignet. Die Bundesärztekammer (BÄK) verabschiedete im Januar 2005 ein Fortbildungscurriculum zur „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“. Ein von einer AG der BÄK mit Vertretern der Innenministerkonferenz erarbeiteter Informations- und Kriterienkatalog wurde im Dezember 2004 durch das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen als Erlass heraus gegeben. Die nachfolgende Innenministerkonferenz beschloss jedoch, diesen überarbeiteten Informations- und Kriterienkatalog in allen Bundesländern nicht umzusetzen. Er war offensichtlich politisch unerwünscht.

Die verschärfte Einbindung von Ärzten in ordnungs- und polizeirechtliche Maßnahmen halten wir für eine gefährliche Entwicklung. Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin, die das Vertrauen der Behörden genießen, nicht aber das der Patienten, sollen ihre Qualifikation missbräuchlich verwenden. Den Verantwortlichen ist die ethische Problematik offenbar bewusst, denn die Öffentlichkeit soll ausgeschlossen werden, die Namen der Ärzte sollen geheim bleiben.

Ärzte haben im Vergleich zu anderen Berufen besonders große Nähe zu den ihnen anvertrauten Menschen und genießen hohes Vertrauen. Die Patientinnen und Patienten vertrauen ihnen in der Erwartung umfassender Verschwiegenheit Intimstes an. Diese Konstellation bedeutet Macht und damit auch das Risiko des Machtmissbrauchs. Nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte selbst sind Patienten gefährdet. Die Bedrohung kommt auch von staatlichen und anderen Institutionen, die zur Erreichung ihrer Ziele Ärztinnen und Ärzte zum Missbrauch ihrer Macht verleiten.

Die Erkenntnis über diese Zusammenhänge hat schon vor mehr als 2000 Jahren Eingang in den so genannten Hippokratischen Eid gefunden mit der Kernaussage: Nihil nocere – niemals Schaden zufügen. Seit jeher wurde dieses Prinzip nicht nur als Mahnung oder Richtschnur für ärztliches Handeln, sondern als bindende Verpflichtung im Sinne eines Eides verstanden.

Die oben genannten Beispiele aus Deutschland sind ein Indiz dafür, wie gefährlich eine unkritische ärztliche Haltung für die Patienten sein kann. Auch wenn diese Beispiele in Ausmaß und Qualität bei weitem die Menschenrechtsverletzungen bei Folter und Todesstrafe nicht erreichen, so handelt es sich doch um Verletzungen der Berufsordnungen und der Deklarationen des Weltärztebundes.

3. *Ärztlich-ethische Belange im Kontakt mit Flüchtlingen/Asylbewerbern*

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache VI - 78) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern sowie die Ärztinnen und Ärzte auf, dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlich-ethischen Belange und die Deklaration von Genf im Kontakt mit Flüchtlingen gewahrt werden.

Hintergrundinformation:

Zunehmend sind die Menschenrechte von Flüchtlingen/Asylbewerbern als Patientinnen und Patienten in Gefahr, wenn Ärzte vermehrt in ordnungs- und polizeirechtliche Maßnahmen eingebunden werden.

- Es ist bekannt, dass Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin ihre Dienste zur Verfügung stellen, um im Auftrag von Ausländerbehörden bei Flüchtlingen, die ausgewiesen werden sollen, Reisefähigkeit zu bescheinigen und diese ggf. auch auf dem Flug in die Herkunftsländer zu begleiten. Es handelt sich dabei um kranke und in Behandlung stehende Patientinnen und Patienten, bei denen eine Traumatisierung im Raum steht und die durch Krankenhausberichte und ärztlich/psychologisch/psychotherapeutische Stellungnahmen belegt sind.
- Auch bei Flüchtlingen/Asylbewerbern, denen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) nur eingeschränkte Leistungen zustehen, versagen Ärzte im Auftrag von Sozialämtern Patienten manchmal dringend erforderliche Behandlungen und Operationen, so dass die Krankheiten zu Chronifizierung und Sekundärkrankheiten, zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität und zu Schmerzzuständen führen (z. B. defekte und nicht mehr passende Unterschenkelprothese).
- Bei der Altersfestlegung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) lassen sich Ärzte einbinden in Altersfeststellungen, die durch die Behörden erfragt werden. Dabei sind die Festlegungen und damit die Asylverfahrensfähigkeit auf das Alter von 16 Jahren willkürlich, zumal bei dem so bestimmten Alter durch die Rechtsmediziner eine Abweichung von +/- 2 Jahren beschrieben wird. Die körperliche Untersuchung, Inaugenscheinnahme und Nacktfotos bei diesen Kindern und Jugendlichen durch ein Gremium von mehreren Ärzten, Zahnarzt und Fotografen kommt einer Körperverletzung und einer psychischen Schädigung gleich. Zusätzlich geht eine solche Altersfestlegung an der Schutzbedürftigkeit und an möglichen Traumafolgestörungen des Kindes/Jugendlichen vorbei. Die erforderliche psychiatrisch/psychotherapeutische Untersuchung wird so verhindert. Es kann sich um junge Menschen handeln, ggf. um ehemalige Kindersoldaten, die in ihrer Kindheit und auf der Flucht schwerste Gewalterfahrungen und Verluste erlitten haben und deren kindgerechte Entwicklung verhindert wurde.

Weltärztebund

DEKLARATION VON GENF

Verabschiedet von der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes,

Genf, Schweiz, September 1948

und revidiert von der

22. Generalversammlung des Weltärztebundes

Sydney, Australien, August 1968

und revidiert von der

35. Generalversammlung des Weltärztebundes

in Venedig, Italien, Oktober 1983

und revidiert von der

46. Generalversammlung des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994

GELÖBNIS

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Dies alles verspreche ich feierlich, frei und auf meine Ehre.

4. *Ärztliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*

Auf Antrag von Frau Dr. med. Lutz, Herrn Dr. med. Albrecht, MBA und Herrn Janßen (Drucksache VI - 58) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung erneut auf,

1. die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde im Falle der medizinischen Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aufzuheben, um zu gewährleisten, dass diese ihr Recht auf medizinische Behandlung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auch faktisch wahrnehmen können. Alternativ könnten auch alle im Zusammenhang mit Gesundheitsversorgung erhobenen Daten dem Geheimnisschutz unterliegt.
2. Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal herzustellen, dass medizinische Hilfe nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise oder zu illegalem Aufenthalt nach § 96 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) fällt.

Begründung:

Ad 1. Zusätzlich zu den wiederholt vorgebrachten Argumenten der Ärzteschaft sei auf den „verlängerten Geheimnisschutz“ verwiesen. Hierbei wird festgestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht bei öffentlichen Krankenhäusern auch für die Verwaltungs-/Abrechnungsstellen sowie in der Folge für die Sozialämter als Kostenträger gilt. Die Pflicht zur Geheimhaltung bezieht sich dabei auch auf die Identität des Patienten und die Tatsache seiner Behandlung überhaupt.

Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Meldepflicht ihr ordnungsrechtliches Ziel, nämlich den unerlaubten Aufenthalt durch seine Aufdeckung beenden zu können, in den meisten Fällen verfehlt. Die Übermittlungspflicht könnte auf Institutionen beschränkt werden, die originär mit Aufgaben der Gefahrenabwehr betraut sind.

Ad 2. Eine gesetzliche Klarstellung wird vom Bundesinnenministerium bisher abgelehnt und die derzeitige Rechtslage - die Straffreiheit bei ärztlicher Behandlung betreffend - als ausreichend bezeichnet. Die wiederholt vorgetragene Argumentation der Politik, es sei bisher noch nie ein Arzt wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt verurteilt worden, schützt allerdings weder vor der Strafandrohung im Gesetz noch vor Ermittlungsverfahren.

5. Frühzeitige Identifizierung von traumatisierten und von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache VI - 77) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die verantwortlichen Behörden auf, sicherzustellen, dass traumatisierte Flüchtlinge und andere besonders schutzbedürftige Personen durch speziell fortgebildetes medizinisches/psychologisches Fachpersonal zu Beginn des Asylverfahrens als solche identifiziert werden und ihnen eine adäquate Unterbringung und medizinische und psychotherapeutische Behandlung ermöglicht wird.

Hintergrundinformation:

Das Asylverfahren ist nicht geeignet, besonders schutzbedürftige Personen wie z. B. traumatisierte Flüchtlinge, begleitete und unbegleitete Minderjährige, Kindersoldaten, Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, frühzeitig zu identifizieren. Neben den erheblichen Defiziten an Schutz für Bürgerkriegsflüchtlinge und Opfer innerstaatlicher Auseinandersetzungen ist auch deren psychosoziale, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung nicht ausreichend.

Die Schutzbedürftigkeit von Kindern auf der Flucht - u. a. unbegleitete minderjährige jugendliche Flüchtlinge - findet keine ausreichende Berücksichtigung. Eine Identifizierung und deren besondere Förderung und Rehabilitation sofort nach der Einreise sind nicht vorgesehen. Asylsuchende Jugendliche werden ab dem 16. Lebensjahr als asylverfahrensfähig und nicht als Minderjährige behandelt. Entsprechend dem Vorbehalt zur Kinderrechtskonvention (KRK) wird das Kindeswohl nur unzureichend beachtet.

Mit dieser Praxis der Deutschen Bundesregierung werden Geist und Wortlaut der EU-Richtlinie 2003/9/EG (§ 17, 1)¹ unterlaufen. Nach dieser EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten vom 27. Januar 2003 ist die Bundesrepublik Deutschland jedoch verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu treffen, um u. a. besonders schutzbedürftige Personen festzustellen und ihre besondere Problemlage zu berücksichtigen.

Das betrifft u. a. den Zugang zu internationalem Schutz und die Ausgestaltung des Schutzes entsprechend der Qualifikationsrichtlinie².

Diese Richtlinie verfolgt ein menschenrechtlich orientiertes Schutzkonzept. Es besteht ein Anspruch auf Schutz dann, wenn Schutzbedürftigkeit nach Maßgabe der Richtlinie gegeben ist.

Weiterbildung

1. Qualität der Weiterbildung

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Mitrenga, Frau Wagner, Herrn Müller, Frau Dr. med. Gitter und Herrn Dr. med. Voigt (Drucksache VI - 87) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die zur Verbesserung und Vereinheitlichung erforderliche Evaluation unverzüglich umzusetzen.

Angesichts des Ärztemangels sollten – auch in eigenem Interesse - die Träger von Weiterbildungsstätten die Landesärztekammern bei der Umsetzung einer strukturierten und qualitativ hochwertigen Weiterbildung unterstützen.

Daher fordert der Deutsche Ärztetag insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Landeskrankenhausgesellschaften sowie die Krankenhausträger auf, dafür Sorge zu tragen, dass Weiterbildungsstätten vorgehalten werden, in denen die Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern in vorgesehener Struktur und Zeit stattfinden kann.

Die Weiterbildungsbefugten sind dafür von den Trägern mit den notwendigen materiellen und personellen Ressourcen auszustatten. Dabei sind die Vorgaben der Ärztekammern einzuhalten.

¹ Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in Mitgliedstaaten der EU, Abl. EU Nr. L 31, S.18

² Qualifikationsrichtlinie 2004/83/EG des Rates über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Einzelpersonen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes.

Verschiedenes

1. *Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit*

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Botzlar, Herrn Dr. med. Ungemach, Herrn Dr. med. Emminger, Herrn PD Dr. med. Scholz und Herrn Henke (Drucksache VI - 18) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Erfüllung von Verwaltungsaufgaben durch Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern nimmt seit Jahren einen immer größeren Teil der ärztlichen Arbeitszeit in Anspruch. Der Deutsche Ärztetag versteht darunter nicht die notwendige patientenbezogene Dokumentation, sondern vor allem die administrative Dokumentation zu Verwaltungs- und Abrechnungszwecken (Anfragen von Krankenkassen, Ausfüllen von Bescheinigungen und Formularen, Verschlüsseln von Diagnosen und Prozeduren usw.). Auch die Dokumentationen im Rahmen der Qualitätssicherung sind immer aufwändiger geworden.

Insbesondere in einer Zeit zunehmenden Ärztemangels gehen diese Arbeiten vermehrt zu Lasten der Patientenversorgung. Patientinnen und Patienten beklagen zu Recht, dass die Ärztinnen und Ärzte ihnen vielfach zu wenig Zeit für das Gespräch über Krankheit, Lebensperspektive und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen können und ein ständiger Zeitdruck spürbar ist.

Nach einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes bringen 65 % der Krankenhausärztinnen und -ärzte täglich bis zu drei Stunden für patientenferne Verwaltungstätigkeiten auf. 17 % müssen dafür drei bis vier Stunden und 9 % mehr als vier Stunden aufwenden. Dementsprechend groß ist der Wunsch nach Abbau der Bürokratie. Bei der Frage nach möglichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen nimmt für die Klinikärzte ein Abbau der Bürokratie immer wieder einen Spitzenplatz ein.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher:

- Die fatale Entwicklung der zunehmenden Bürokratisierung muss gestoppt werden.
- Die Betriebsleitungen, Krankenkassen und Behörden müssen gemeinsam Rahmenbedingungen schaffen, mit denen Ärztinnen und Ärzte von unnötigem Dokumentations- und Verwaltungsaufwand entlastet werden.
- Jede neue politische Regelung bedarf einer Abschätzung bürokratischer Folgen für den Alltag.
- Die Krankenhausträger müssen durch die Integration von z. B. Medizinischen Dokumentationsassistenten (MDA) in den klinischen Alltag ärztliches Personal von administrativen Dokumentationsaufgaben entlasten.

In diesem Zusammenhang erinnert der Deutsche Ärztetag auch an den Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 01.07.2005, mit dem der Bundesgesetzgeber aufgefordert wurde, bei der Schaffung von neuen Regelungen eine Folgenabschätzung des Bürokratieaufwandes vorzusehen, damit neue Rechtssetzung nicht zu weiterem vermeidbarem Dokumentationsaufwand führt. Insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde aufgerufen, bei seinen Entscheidungen zum Leistungsrecht der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dem Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer und Krankenkassen kritisch zu überprüfen.

2. Arbeitsschutzbestimmungen

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Josten und Herrn Dr. med. Hülkamp (Drucksache VI - 28) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert ein Gesetz zum Schutz derjenigen Hinweisgeber (Whistleblower), die aus Gewissensnot und Zivilcourage auf Missstände und Gefahren hinweisen, die sie am Arbeitsplatz erfahren. Beispielhaft ist hier das Britische Gesetz über Offenlegung im Öffentlichen Interesse (Public Interest Disclosure Act) 1998, welches in seiner Intention insbesondere auf den Öffentlichen Dienst und das Gesundheitswesen abstellt. Im geltenden deutschen Recht ist es für den Hinweisgeber äußerst gefährlich, auf Rechtsverstöße des Arbeitgebers hinzuweisen. Dies gilt auch für die Missachtung der Arbeitsschutzbestimmungen. Es darf nicht weiter zugelassen werden, dass Arbeitgeber gegen den gesetzlich verbrieften Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer verstoßen.

Begründung:

Die Ärztinnen und Ärzte des Universitätsklinikums Bonn verdienen für ihre Zivilcourage Anerkennung, da sie auf die Gefährdung der Versorgung der Patienten und die Gefährdung der Gesundheit der Ärzte öffentlich hingewiesen haben.

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden (BVerfG 1 BvR 2049/00), dass Arbeitnehmer Rechtsverstöße ihres Arbeitgebers zur Anzeige bringen dürfen. Anlass für die Kündigung war, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens gegen seine Arbeitgeberin beziehungsweise deren Geschäftsführer als Zeuge ausgesagt und der Staatsanwaltschaft Unterlagen übergeben hatte. Bislang stand dem die Treuepflicht des Arbeitnehmers entgegen.

Die Entscheidungen des Bundesarbeitsgerichtes vom 03.07.2003 – 2 AZR 235/02 und vom 07.12.2006, 2 AZR 400/05 haben diese Entscheidungen für die Arbeitnehmer einschränkend präzisiert.

3. Gleiche Bewertung ärztlicher Arbeit im Öffentlichen Dienst

Auf Antrag von Frau Dr. med. Bunte, Herrn Dr. med. Czeschinski, Herrn Dr. med. von Zastrow, Frau Dipl.-Med. Albrecht, Frau Künanz und Herrn Dr. med. Dr.-Ing. Rudolph (Drucksache VI - 59 neu) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die öffentlichen Arbeitgeber auf, Ärztetarife für alle im Öffentlichen Dienst tätigen Ärztinnen und Ärzte abzuschließen bzw. den Geltungsbereich bestehender Tarifverträge auf die bisher nicht berücksichtigten Arztgruppen auszudehnen.

Begründung:

Ein wesentlicher Teil der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Dienst fallen aktuell noch nicht unter die in den letzten Jahren abgeschlossenen Ärztetarife. Dieses führt zu einer erheblichen Ungleichheit in der Vergütung ärztlicher Leistung. In der Folge gibt es bereits einen Nachwuchsmangel/unbesetzte Stellen in diesen Bereichen. Betroffen sind z. B. der Öffentliche Gesundheitsdienst, die in Forschung und Lehre tätigen Ärztinnen und Ärzte und die Betriebsärzte der Universitätskliniken und Hochschulen, die im Justizvollzugsdienst, die in Landes- und Bundesanstalten und -behörden oder der Bundesagentur für Arbeit tätigen Ärztinnen und Ärzte.

4. Datentransparenz für ärztliche Körperschaften

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Jonitz, Herrn Dr. med. Koch, Herrn Dr. med. Kaplan, Herrn Prof. Dr. med. Hessenauer und Herrn Dr. med. Crusius (Drucksache VI - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlichen Körperschaften zur Durchführung ihrer Aufgaben wie z. B. Fortbildung, Weiterbildung und Qualitätssicherung ungehindert Zugang zu sozial- und krankheitsbezogenen Daten von Versicherten analog zum § 299 Sozialgesetzbuch V erhalten.

Begründung:

Es ist ein Anachronismus unseres Gesundheitssystems, dass die Kostenträger Zugang zu Sozialdaten haben, wohingegen die verantwortungstragenden ärztlichen Körperschaften von dieser Informationsquelle abgeschnitten sind. Zur konsequenteren Erfüllung der Bereiche Fortbildung, Weiterbildung und Qualitätssicherung ist eine zahlenmäßige Grundlage, z. B. über Häufigkeiten von Krankheiten, Eingriffen und Therapieverfahren notwendig und hilfreich. Die strikte Einhaltung des Datenschutzes ist dabei selbstverständlich.

5. Heilpraktikerwesen

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. med. Johna und Herrn Dr. med. Dipl.-Chem. Nowak (Drucksache VI - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das Heilpraktikerwesen endlich neu zu regeln!

Die Heilpraktiker-Prüfung erfordert nach wie vor keine staatliche Ausbildung. Auch eine formalisierte Ausbildung ist nicht zwingend notwendig. Kenntnisse müssen nur insoweit nachgewiesen werden, als dass eine Gefährdung des Patienten möglichst ausgeschlossen werden soll.

Die hier fehlenden gesetzlichen Regelungen führen zu Gerichtsentscheidungen, die eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis für nichtärztliche Gesundheitsberufe ermöglichen. Konkret kann hier auf die Entscheidung des Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz hingewiesen werden. Hiernach sollen Physiotherapeuten zumindest in Rheinland-Pfalz eine auf die Physiotherapie eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis ohne Prüfung erhalten.

Patienten wird auf diese Weise verschleiert, dass eine echte Qualifikation nicht zugrunde liegt. Selbst eine vom Staat vorgegebene formalisierte Ausbildung zu diesem Beruf kann kein Ersatz für ein medizinisches Studium sein. Ein Heilpraktiker kann keinesfalls alle Facetten der Diagnostik und Therapie beherrschen.

Der Gesetzgeber muss sich endlich dazu bekennen, dass das Heilpraktikergesetz vom 17.02.1939 restlos veraltet ist und den Erfordernissen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in keiner Weise mehr entspricht.

6. Einrichten von Kinderkrippen

Auf Antrag von Frau Dr. med. Borelli (Drucksache VI - 25) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen auf, endlich zeitnah bedarfsgerecht arbeitszeitkompatible und arbeitsplatznahe Kinderbetreuungseinrichtungen für die Kinder ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch der ärztlichen Mitarbeiter zu schaffen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind zur Betreuung ihrer Kinder in besonderem Maße auf Krippen und Kindergärten mit arbeitszeitkompatiblen Öffnungszeiten angewiesen, da die meisten im Schichtdienst arbeiten oder auch an Feiertagen die Versorgung kranker Menschen gewährleisten.

Insbesondere vor dem Hintergrund eines zunehmenden Ärztemangels und einer gleichzeitigen Zunahme des Frauenanteils in der Ärzteschaft, kann es sich das Gesundheitssystem in Deutschland nicht mehr leisten, dass hoch qualifizierte ärztliche und andere Mitarbeiter und vor allem Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen mangels adäquater Kinderbetreuung ihrer Tätigkeit nicht nachgehen können.

Zu Punkt VII der Tagesordnung:

BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2006/2007 (01.07.2006-30.06.2007)

1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007)

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V., Münster.

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007) wird gebilligt.

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

ENTLASTUNG DES VORSTANDS DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2006/2007 (01.07. 2006-30.06.2007)

1. Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007)

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Ensink (Drucksache VIII - 01) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 - 30.06.2007) Entlastung erteilt.

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

**HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR
2008/2009 (01.07.2008-30.06.2009)**

1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009)*

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) in Höhe von EUR 15.269.000,00 wird genehmigt.

Zu Punkt X der Tagesordnung:

**WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 113. DEUTSCHEN
ÄRZTETAG 2010**

1. *Wahl des Tagungsortes für den 113. Deutschen Ärztetag 2010*

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache X - 01) beschließt der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Als Tagungsort für den 113. Deutschen Ärztetag vom 11. bis 14.05.2010 wird Dresden bestimmt.

Für die Richtigkeit
Berlin, 23. Mai 2008

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Jana Köppen

Petra Schnicke

Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft

-- Ulmer Papier --

-- Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008 --

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	2
PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN	4
• <i>Die gute Patient-Arzt-Beziehung</i>	4
• <i>Die Arbeit der Ärzte</i>	4
• <i>Geschädigtes Vertrauensverhältnis durch politische Administrierung und Rationierung</i>	5
• <i>Erwartungen der Patienten an eine gute Medizin</i>	6
TEIL A - VERSORGUNG	8
1. ROLLE VON STAAT, MARKT UND SELBSTVERWALTUNG IM GESUNDHEITSWESEN NEU AUSRICHTEN	8
• <i>Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung</i>	8
• <i>Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken</i>	9
• <i>Attraktivität des Arztberufes erhöhen</i>	9
• <i>Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festlegen</i>	11
2. NEUE PRIORITÄTEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUM ABBAU VON UNTERVERSORGUNG	12
• <i>Präventionsmaßnahmen ausbauen und vernetzen</i>	12
• <i>Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen</i>	12
• <i>Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen</i>	13
• <i>Gesundheit im Alter fördern</i>	14
• <i>Palliativversorgung stärken</i>	15
• <i>Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens</i>	16
3. BEDARFSGERECHTE VERSORGUNGSSTRUKTUREN BEREITSTELLEN	16
• <i>Wohnortnahe ambulanten Versorgung sicherstellen</i>	16
• <i>Integrierte Versorgung konsequent ausbauen</i>	17
• <i>Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern</i>	17
• <i>Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen</i>	18
• <i>Öffentlichen Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken</i>	20
4. MIT MITTELKNAPPHEIT VERANTWORTUNGSBEWUSST UMGEHEN.....	20
• <i>Budgetmedizin ist zu beenden</i>	20
• <i>Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren</i>	21
• <i>Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen</i>	21
• <i>Positivliste einführen</i>	22
• <i>Einrichtung eines Gesundheitsrats</i>	23
5. VERSORGUNGSQUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT IN EINEM MARKTORIENTIERTEN GESUNDHEITSSYSTEM ERHALTEN	23
• <i>Qualitätswettbewerb fördern</i>	23
6. EIGENVERANTWORTUNG DER PATIENTEN STÄRKEN.....	24
7. MEDIZINISCHE VERSORGUNG LEISTUNGSGERECHT VERGÜTEN	25
• <i>Vergütung privatärztlicher Leistungen durch GOÄ-Novelle sichern</i>	25
• <i>Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen</i>	26
• <i>Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb missbrauchen</i>	27
TEIL B - FINANZIERUNG	29
8. FINANZIERUNG EINER PATIENTENGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG	29
8.1 PRÜFKRITERIEN	29
• <i>Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag</i>	29
• <i>Kriterien im Einzelnen</i>	29
• <i>Kritische Bewertung</i>	31
• <i>Folgerungen</i>	31
8.2 KURZFRISTIGE UND SYSTEMIMMANENTE WEITERENTWICKLUNG DER FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	32
• <i>Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV</i>	32
• <i>Missbrauch der GKV durch die Politik beenden</i>	32
• <i>Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen</i>	33

- *Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile.....* 33
- *Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern.....* 33
- *Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demographie-bezogener
Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner* 33
- *Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV* 34

EPILOG..... 35

PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN

Im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen, beschließt der 111. Deutsche Ärztetag die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft, das „Ulmer Papier“.

Das deutsche Gesundheitswesen ist seit vielen Jahren wiederkehrend Gegenstand von Reformen und Kostendämpfungsgesetzen. Sie hatten und haben zum Teil erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und auf die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung.

Die nachfolgenden grundsätzlichen Erläuterungen und Definitionen sollen dem Verständnis der beruflichen Situation der Ärzteschaft dienen und konstruktive Gestaltungsvorschläge für ein funktionsfähiges, freiheitlich gestaltetes Gesundheitswesen aufzeigen.

- **Die gute Patient-Arzt-Beziehung**

Der Erfolg ärztlicher Bemühungen hängt ganz entscheidend davon ab, dass das ärztliche Handeln am sozialen Umfeld und an der Individualität der gesunden und erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl der prophylaktischen Maßnahmen, der Diagnostik als auch der Therapie.

Die politischen Versuche, das Gesundheitswesen zu regulieren und zu steuern, gehen aus Sicht der Ärzteschaft von einer falschen Vorstellung des medizinischen bzw. heilkundlichen Geschehens aus. Nahezu allen Reformgesetzen ist eine eher mechanistische Vorstellung des therapeutischen Geschehens zu eigen; eine Vorstellung, die von einem relativ naiven Verständnis des Herstellens und Wiederherstellens von Gesundheit in der Verantwortung des Arztes ausgeht.

Da Gesundheit aber weder angeordnet noch hergestellt werden kann, weil sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängig ist, kann diese Begegnung nicht standardisiert erfolgen.

- **Die Arbeit der Ärzte**

Die Medizin ist keine exakte Naturwissenschaft, die nur streng kausalen Regeln folgt und deren Ergebnisse in einer festen Versuchsanordnung jederzeit reproduzierbar sein müssen. Medizin ist vielmehr eine praktische, eine Erfahrungswissenschaft, die sich naturwissenschaftlicher Methoden ebenso bedient wie der Erkenntnisse der Psychologie, der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, allgemein der Geisteswissenschaften und im bestimmten Umfang auch der Theologie. Ärztinnen und Ärzte müssen – je nach Fachgebiet unterschiedlich ausgeprägt – mit einem nur erfahrungsgemäß richtigen Wissen umgehen, das zudem in Forschung und Entwicklung zumeist relativ kurze Halbwertszeiten aufweist.

Zudem spielen bei allen Entscheidungsprozessen in der Medizin neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch Wertungen und Haltungen eine wichtige Rolle.

Dabei ist die Therapiefreiheit von grundsätzlicher, sehr hoher Bedeutung für Patienten und Ärzte. Jeder Arzt ist für seine Therapie verantwortlich. Er entscheidet gemeinsam mit dem Patienten, inwieweit er dabei die Ergebnisse evidenz-basierter Leitlinien in seine Therapie einfließen lässt. Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit, wie etwa schematische Standardisierungen, können sich nur destruktiv auf die Vertrauensbeziehung von Patient und Arzt auswirken: Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der Unabhängigkeit seines Arztes.

Aus der Individualität jeder Erkrankungssituation und aus der Notwendigkeit einer auf jeden einzelnen Menschen ausgerichteten Form der Begegnung resultiert eben die Notwendigkeit der Freiberuflichkeit, da nur der in Fragen der Therapie freie Arzt die jeweils angemessene Therapieform wählen kann.

- **Geschädigtes Vertrauensverhältnis durch politische Administrierung und Rationierung**

Ärztinnen und Ärzte hatten bisher diese Therapiefreiheit – eingeschränkt nur durch das seit jeher in der GKV bestehende Gebot, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die jahrzehntelange Kostendämpfungspolitik hat nun darüber hinaus zunehmend Rationierungen zur Folge: Leistungen für die Patienten können nicht mehr im medizinisch gebotenen Umfang und/oder nicht zum gebotenen Zeitpunkt erbracht werden; der Gesetzgeber hat den Ärztinnen und Ärzten aus ökonomischen Gründen zunehmend Leistungsbeschränkungen zugemutet. Er hat damit die tradierte Patient-Arzt-Beziehung beschädigt, zumindest empfindlich gestört.

Der Gesetzgeber sah es als notwendig an, in Deutschland einen bisher nicht vorhandenen Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, seine Implementierung zu organisieren und seine Einhaltung in Bezug auf die Indikation und die Qualität der Erbringung zu kontrollieren.

Den Leistungsumfang festzulegen obliegt nunmehr dem Bundesgesundheitsministerium und dem unter seiner Rechtsaufsicht stehenden „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (G-BA). Der G-BA erlässt Richtlinien für den Inhalt der gesundheitlichen Versorgung, die für alle Beteiligten rechtsverbindlich sind.

Damit hat sich die tradierte Entscheidungskette in der Patientenbetreuung, an deren Spitze bisher die individuelle Patient-Arzt-Beziehung stand, in ihr Gegenteil verkehrt. Nach der heutigen Rechtslage (Sozialgesetzbuch V) ist die Frage „Wer definiert den ärztlichen Behandlungsauftrag?“ deshalb wie folgt zu beantworten:

1. der Gesetzgeber durch Bestimmungen über den Leistungskatalog,
2. der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien,
3. die Vertragspartner (gesetzliche Krankenversicherung und Leistungserbringer) durch Kataloge und Verträge (z. B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Diagnose-bezogene Fallpauschalen, dreiseitige Verträge),

4. die gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (z. B. in der integrierten Versorgung),
5. der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung durch seine Wahlentscheidungen,
6. und erst zum Schluss der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis.

Die Ärzteschaft in Deutschland wendet sich gegen Rationierung im Gesundheitswesen. Sie fordert, dass es bei der Unverletzlichkeit der Patienten-Arzt-Beziehung bleibt.

- **Erwartungen der Patienten an eine gute Medizin**

Für die Patientinnen und Patienten steht die individuelle Zuwendung des Arztes im Vordergrund. Sie erwarten nicht nur Fachkompetenz und eine dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechende Anwendung medizinischer Möglichkeiten und Erkenntnisse bei Diagnostik und Therapie in ihrem persönlichen Krankheitsfall, sondern vor allem auch Zeit und Menschlichkeit in ihrer Begegnung mit dem Arzt.

Gute Medizin ist kein Industrieprodukt, sondern eine individuelle Dienstleistung, deren Ergebnis maßgeblich von der Interaktion zwischen den beiden Akteuren Patient und Arzt bestimmt wird – basierend auf dem Vertrauen des Patienten in den Arzt sowie der Empathie des Arztes für den Patienten.

Die legitimen Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine individuelle qualifizierte gesundheitliche Betreuung können die Ärzte nur unter fairen Rahmenbedingungen erfüllen.

Der Schutz des Staates für den Erwerb und die Aufrechterhaltung der beruflichen Kompetenz, für die Therapiefreiheit, die Wahrung des Patientengeheimnisses und für die Rolle des Arztes als Anwalt seiner Patienten darf nicht eingeschränkt, sondern muss eher noch ausgebaut werden. Der Staat darf keine Finanzstrukturen vorgeben (z. B. Bonus-Malus-Regelungen), die bei Patientinnen und Patienten die Vorstellung erwecken könnten, dass für ärztliche Entscheidungen auch eigennützige materielle Aspekte bedeutend sein könnten.

Vor allem aber sollten alle staatlichen Organe nicht den sachlich unzutreffenden Eindruck erwecken, das bisher gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der GKV könne bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleichheit aufrechterhalten bleiben. Damit werden die Ärzte und Angehörigen anderer Heilberufe bei ihrer Begegnung mit den Kranken vor kaum lösbare Probleme gestellt. Denn sie sind es, die die Leistungsbeschränkungen ihren Patienten zu erklären haben und dabei oft auf deren Unverständnis stoßen. Der Staat ist daher zur Aufrichtigkeit aufgefordert.

Wissenschaftlicher und technischer Fortschritt haben zu einer seit Jahren und Jahrzehnten anhaltenden Ausweitung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen geführt. Das macht es grundsätzlich möglich, den Patienten immer wirkungsvollere Methoden von Diagnostik und Therapie zu eröffnen. Diese Erfolge der modernen Medizin haben wesentlich zum ständigen Anstieg der Lebenserwartung beigetragen, der „Gesellschaft des langen Lebens“.

Im internationalen Vergleich zählt das deutsche Gesundheitssystem bisher zu den leistungsstärksten, weil es den Patienten eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau bietet. Die gesetzliche Krankenversicherung ist, wie die anderen sozialen

Sicherungssysteme auch, einem enormen Veränderungsdruck ausgesetzt. Durch den demographischen und epidemiologischen Wandel ist ein steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen zu erwarten, durch medizinisch-technische Innovationen ist die Behandelbarkeit von Erkrankungen kontinuierlich verbessert worden. Dem stehen begrenzte Ressourcen gegenüber.

Um die Errungenschaften unseres Gesundheitswesens jedoch zu erhalten und weiterzuentwickeln, ist es erforderlich, alle Dimensionen des Gesundheitswesens - Einnahmen- und Ausgabenseite, den Versorgungsbedarf der Zukunft sowie die dazu erforderlichen Versorgungsstrukturen - in den Blick zu nehmen.

Eine Reduktion politischer Entscheidungsprozesse allein auf Kostensenkung mit der Folge zwanghafter Rationierung kann den großen sozialen Herausforderungen unserer Gesellschaft des langen Lebens nicht gerecht werden.

Verantwortliches Handeln setzt ehrliche Analyse und soziale Kompetenz voraus.

TEIL A - VERSORGUNG

1. Rolle von Staat, Markt und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen neu ausrichten

- **Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung**

Das deutsche Gesundheitswesen braucht eine ordnungspolitische Neuausrichtung. Diese muss basieren 1.) auf einer klaren Rollenverteilung von Staat und Selbstverwaltung, 2.) auf einer Neukonzeption der Versorgungsebenen, die eine Sicherstellung der Versorgung auch bei zunehmendem, sektorübergreifendem Vertragswettbewerb gewährleistet, sowie 3.) auf Wettbewerbskriterien, die sich am Primat des Patientenwohls, das heißt, an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit ausrichten.

Im Rahmen der ordnungspolitischen Neuausrichtung muss sich der Gesetzgeber auf eine subsidiäre Rolle zur Sicherung der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen rückbesinnen und der Selbstverwaltung wieder mehr Gestaltungsspielraum lassen. Ökonomischen Fehlanreizen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen lässt sich nicht durch mehr Bürokratie begegnen.

Unabhängig von der jeweiligen Koalitionszusammensetzung treibt der Gesetzgeber eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens voran. Dieser Neuausrichtung fehlt jedoch eine stabile Ordnung.

Auf die drohenden Fehlentwicklungen des Wettbewerbs hat der Gesetzgeber bisher mit einer Flut von einzelgesetzlichen Regelungen reagiert. Die Regulierungstiefe der Sozialgesetzgebung hat ständig zugenommen und das Bundesministerium für Gesundheit zur Letztentscheidungsinstanz aufgewertet. Die Grenze zwischen Rechts- und Fachaufsicht gegenüber der Selbstverwaltung verschwimmt.

Um die Kontrolle über den Wettbewerb zu erleichtern, werden immer mehr Kompetenzen der Landes- auf die Bundesebene verlagert. Die Gemeinsame Selbstverwaltung wurde in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neu organisiert und muss den Auftrag übernehmen, die Vielzahl der gesetzlichen Einzelregelungen in Richtlinien umzusetzen. Hiermit soll unter den Rahmenbedingungen von Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsdruck zumindest ein Mindeststandard an Versorgungsqualität auch in Zukunft gewährleistet bleiben.

Diese Entwicklung hat zu einer Überregulierung bzw. Überbürokratisierung unseres Gesundheitswesens bislang unbekanntes Ausmaßes geführt. Als negativste Auswirkungen sind für die Patienten die Verschlechterung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Versorgung und zunehmende Schnittstellenprobleme zu nennen.

- **Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken**

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. Dieser steht für Eigenverantwortung, Unabhängigkeit, hoch qualifizierte Sachkunde und das Bekenntnis zu humanen Werten.

Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens zu übernehmen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: 1. Transparenz über die Verantwortung für die derzeitige Mittelknappheit im Gesundheitswesen, 2. verantwortungsbewusster Umgang aller Partner im Gesundheitswesen mit den knapper werdenden Ressourcen, 3. Schaffung von beruflichen Perspektiven, die auch wirtschaftliche Selbstständigkeit umfasst, insbesondere für die nachwachsende Ärztesgeneration, sowie 4. professionelle Autonomie.

Professionelle Autonomie und Selbstverwaltung der Ärzteschaft orientieren sich am Primat des Patientenwohls und schließen gegebenenfalls auch eine Positionierung gegenüber dem Staat ein.

Das Vertrauen des Patienten in das fachliche Können und in die Unabhängigkeit des Arztes ist die notwendige Basis für den Erfolg bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeit. Dem Schutz dieses Vertrauensverhältnisses dienen die Therapiefreiheit, der persönliche Einsatz bei der Berufsausübung, das Gebot der altruistischen Berufseinstellung und die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Ausbildung.

Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen konterkarieren jedoch Einsatz- und Verantwortungsbereitschaft. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, Rahmenbedingungen zu gewährleisten, innerhalb derer das ärztliche Berufsethos nicht länger instrumentalisiert wird, sondern auch von den politischen Entscheidungsträgern wieder Wertschätzung erfährt.

In Zeiten zunehmender Marktorientierung bis hin zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist eine im ärztlichen Selbstverständnis der Profession verankerte Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unverzichtbar, wenn weiterhin eine humane medizinische Versorgung gewährleistet bleiben soll. Der Patient benötigt eine von Eigeninteressen freie Betreuung und individuelle Unterstützung in seiner krankheitsbedingten Bedürftigkeit.

- **Attraktivität des Arztberufes erhöhen**

In Deutschland entscheiden sich immer mehr ausgebildete Mediziner gegen eine kurative ärztliche Tätigkeit und wandern in alternative Berufsfelder oder ins Ausland ab. Sowohl die Tätigkeit als Krankenhausarzt als auch der Einstieg in die Praxis als niedergelassener Arzt hat im Vergleich zu anderen Arbeitsfeldern viel an Attraktivität verloren.

Nicht der Arztberuf ist unattraktiv, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er ausgeübt werden muss.

Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen darf nicht länger vernachlässigt werden; dies gilt für alle Gesundheitsberufe. Besonders dringend sind der Abbau der überall im ärztlichen Alltag spürbaren Überbürokratisierung und wirksame Schritte gegen die chronische Unterfinanzierung der Leistungen.

Während krankenhauserfahrene Patienten vor allem über einen Mangel an menschlicher Zuwendung und die unverkennbare Überlastung der Ärzte und des Pflegepersonals klagen, werden die Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben der Ärzte immer umfangreicher. Die Ärzte wehren sich gegen den wachsenden Papierkrieg, der sie von den Patienten fernhält.

Der ökonomische Druck in den Krankenhäusern hat zu einer erheblichen Aufgaben- und Leistungsverdichtung geführt. Dazu kommen die immer noch ungelöste Überstundenproblematik und die Missachtung der Vorgaben des Arbeitszeitrechts. All das belastet die Ärzte bis in den Bereich der Partnerschaften und Familien.

Ebenso bedeutsam sind die unzureichende Vergütung und im Vergleich zum Ausland krasse Unterbewertung der ärztlichen Arbeit im Krankenhaus. Durch den Wechsel ins Ausland gelingt es praktisch regelmäßig, ein deutlich höheres Einkommen zu erzielen.

Ambulante Versorgungsengpässe sind am dramatischsten in der hausärztlichen Versorgung, doch auch die Arztlentwicklung in der fachärztlichen Versorgung ist rückläufig. Verantwortlich für diese Entwicklung sind neben der Arbeitsbelastung und der chronischen Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen auch hier die Überbürokratisierung des Versorgungsgeschehens, die die Patientenbehandlung zum Nebenschauplatz ärztlicher Tätigkeit gemacht hat, und der damit einhergehende Verlust an ärztlicher Handlungsautonomie. Die Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit sind massiv.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, die ärztliche Arbeit wieder attraktiv zu machen.

Im einzelnen Krankenhaus sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierzu zählt an vorderster Stelle ein im ärztlichen Alltag spürbarer Bürokratie-Abbau. Bei den Arbeitsbedingungen muss das gültige Recht auch tatsächlich angewandt werden. Das gilt für das Arbeitszeitrecht, für die Arbeitszeiterfassung und für den Vergütungsanspruch bei Überstunden.

Die Ärzteschaft unterstützt die Regelung der Arbeitsbedingungen und wettbewerbsfähiger Vergütungen in arzt-spezifischen Tarifverträgen.

Für die nachwachsende Ärztegeneration ist der Arztberuf nicht nur deshalb unattraktiv, weil sich die wirtschaftliche Perspektive im Vergleich zur freien Wirtschaft schlechter darstellt, sondern weil der eigentlich freie Arztberuf selbst bei der Ausübung seiner Kernkompetenzen zunehmend eingeengt wird. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung muss auch in Zukunft gewährleistet sein.

Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, dass Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen auf die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern eingehen. Explizit ist hier die Einrichtung von Kinderkrippen für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten gemeint. Da der Frauenanteil bei den Ärzten immer höher wird, ist es zwingend nötig, Ärztinnen im Beruf zu halten. Durch die Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen

im ärztlichen Berufsrecht und entsprechende Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind bessere Voraussetzungen für ärztliche Berufsausübung in Teilzeit als Praxisinhaber oder im Angestelltenverhältnis sowie für den Wiedereinstieg in den Beruf geschaffen worden. Insbesondere die Krankenhäuser müssen ihre Anstrengungen noch deutlich intensivieren, um familienfreundlichere, mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Zur besonderen Förderung der Allgemeinmedizin schlägt die deutsche Ärzteschaft einen Maßnahmenkatalog vor, der einen zielgenaueren Einsatz der Fördermittel, Förderung der Verbundweiterbildung sowie Vorschläge zur Förderung der Allgemeinmedizin schon in der Ausbildung umfasst.

- **Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festlegen**

Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen.

Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen sowie Positionen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen entwickelt.

Aus Gründen der Patientensicherheit darf mit den Modellvorhaben weder die Einheitlichkeit der Heilkundeausübung gefährdet, noch der Schutzgedanke, der dem Prinzip des Arztvorbehalts innewohnt, geschwächt werden.

In Regionen mit lokalem zusätzlichem Versorgungsbedarf ist eine Sicherstellung der Versorgung durch verstärkte ärztliche Kooperation und arztunterstützende bzw. arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter sinnvoll. Für Patienten, die wie Pflegebedürftige einen komplexen Versorgungsbedarf haben, ist eine Verbesserung der Gesamtversorgung durch multiprofessionelle Kooperation im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen möglich.

Demgegenüber würden mit der Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe im Primärversorgungsbereich konkurrierende Strukturen errichtet, die absehbar zu einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und fraglichen Auswirkungen auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität führen werden.

2. Neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung zum Abbau von Unterversorgung

- **Präventionsmaßnahmen ausbauen und vernetzen**

Prävention muss vernetzt und gemeinsam durch die in ihr tätigen Akteure und Einrichtungen erfolgen. Sie muss das private und berufliche Lebensumfeld des Patienten einbeziehen. Ärzte haben diesen Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen und müssen deshalb in die inhaltliche Entwicklung von Präventionsprogrammen einbezogen werden.

Ärzte spielen für den Bürger in der Gesundheitsberatung und der Krankheitsfrüherkennung eine zentrale Rolle. Durch sie lassen sich auch sozial und gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen gut erreichen.

Die den meisten chronischen Erkrankungen zugrunde liegenden Faktoren lassen sich gut identifizieren und frühzeitig beeinflussen. Ärzte leisten dabei in ihrer täglichen Arbeit durch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (Gesundheitsförderung), die Aufklärung über gesundheitliche Risiken (Primärprävention), die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) und die Verhinderung von Rezidiven (Tertiärprävention) einen wichtigen Beitrag.

Prävention ist somit integraler Bestandteil ärztlichen Tuns. Sie lässt sich nicht von der Behandlung der Patienten abkoppeln. Die Grenzen zwischen der Therapie von Krankheiten, der Behandlung von Frühsymptomen und der Gesundheitsberatung sind fließend. Impfen, Seuchenprophylaxe, Früherkennung von Krankheiten, Vorsorgeuntersuchungen und die Betreuung Schwangerer sind traditionelle ärztliche Präventionsaufgaben.

Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie vom Patienten als Chance zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität wahrgenommen und durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gefördert wird. Durch ärztliche Information und Unterstützung wird die individuelle Handlungskompetenz in der Prävention gestärkt. Letztlich muss dem Einzelnen die Entscheidung über sein Gesundheitsverhalten im Sinne eines informierten Einverständnisses überlassen bleiben. Positive Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten sind Malussystemen vorzuziehen.

- **Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen**

Kinder und Jugendliche in Armut haben nachweislich ein höheres Risiko für eine ungünstige Gesundheitsbiographie. Es bedarf einer Intensivierung der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen auf dem Gebiet der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Die Ärzteschaft trägt durch ihre Initiativen insbesondere auf Ebene der Ärztekammern maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bei.

Studien zeigen, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren verschlechtert hat. Kinder und Jugendliche sind immer häufiger von chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen betroffen. Dabei zeigt sich, dass der Gesundheitsstatus von Kindern eng mit der Einkommens- und Erwerbssituation der Eltern

zusammenhängt. Familien mit Kindern in Deutschland haben ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko. Jedes sechste Kind lebt in Armut. Viele Eltern sind in der Betreuung ihrer Kinder überfordert und bedürfen einer Unterstützung.

Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund ist eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen unverzichtbar:

Dazu gehören:

- Das bisherige System der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V muss erweitert werden. Die Inhalte der Vorsorgeuntersuchungen müssen überarbeitet und die Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeit, Vernachlässigung und Misshandlung erweitert werden. Die Elternkompetenz muss gestärkt werden. Die Teilnahme der Kinder an Früherkennungsuntersuchungen ist eine Elternpflicht. Familien mit psychosozialen Risiken benötigen Hilfen durch aufsuchende soziale Dienste und somit Unterstützung bei der Betreuung ihrer Kinder.
- Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen sind aus- statt abzubauen. Ihre Ergebnisse sind auszuwerten und für wirksame Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention sowie des Kindeswohls zu nutzen. Programme zur Stärkung des gesundheitsbewussten Verhaltens von Kindern in Kindergärten und Schulen und zur Gesundheitsförderung unter Einbeziehung von Ärzten und Ärztinnen sind zu fördern und weiter auszubauen.
- Projekte zur Förderung der Gesundheit sozial belasteter Familien (z. B. Netzwerke von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen Diensten, Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern und -pflegern, Kindergärten und Schulen) sind flächendeckend und nachhaltig auszubauen. Hierbei engagieren sich Ärzte und Ärztinnen aktiv bei der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von belasteten Familien, der Identifikation von Familien mit psychosozialen Risiken und der Erschließung von Hilfsangeboten, der Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern, wobei auch migrantenspezifische Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden müssen.
- Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Sozialpädiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrische Praxen müssen nicht nur beibehalten, sondern gestärkt werden.

- **Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen**

Die Behandlung chronisch Kranker muss verbessert werden; die Weiterentwicklung der Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten muss den Aspekt der Multimorbidität berücksichtigen. Gleichzeitig müssen Maßnahmen zur Prävention chronischer Erkrankungen intensiviert werden.

Strukturierte Behandlungsprogramme sollten auf Basis der Nationalen Versorgungsleitlinien als spezialisierte Versorgungsangebote für Hochrisiko-Patienten entwickelt und vor einer flächendeckenden Einführung zunächst regional erprobt werden. Sie müssen unter dem Primat medizinischer Versorgung und nicht unter dem der Systemfinanzierung weiterentwickelt werden. Auch muss der Patient im Behandlungsprogramm Individuum bleiben.

Da viele chronische Krankheiten in engem Zusammenhang mit gesundheitsgefährdenden Lebensgewohnheiten stehen, sind Prävention und frühzeitige Erkennung von Krankheitsrisiken zu verstärken. Die Suchtmedizin muss gestärkt werden. Dazu sind die rechtlichen Rahmenbedingungen der suchtmmedizinischen Anforderung anzupassen.

Da die Kosten für die Behandlung chronisch kranker Patienten in Deutschland und anderen EU-Staaten zwischen 70 und 80 Prozent der Gesundheitsausgaben ausmachen, ist ihre Behandlung inzwischen zum Gegenstand gesetzgeberischer Initiative geworden. Ob die im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 eingeführten Disease Management Programme zu einer Senkung der durch chronische Erkrankungen verursachten Krankheitslast und der damit verbundenen Gesundheitsausgaben beitragen, ist jedoch fraglich. Dies liegt zum einen an dem ökonomischen Fehlanreiz, der von der Kopplung zwischen Disease Management Programmen und Risikostrukturausgleich ausgeht. Der hohe Verwaltungsaufwand und die Einschreibung „gesunder“ Chroniker verfehlen das ursprüngliche Ziel, eine große Zahl an Patienten besser zu führen. Darüber hinaus wird die auf eine einzige Erkrankung fokussierte Anlage der Behandlungsprogramme den in vielen Fällen multimorbiden Patienten nicht gerecht.

- **Gesundheit im Alter fördern**

Eine Gesellschaft des langen Lebens stellt auch die medizinische Versorgung vor neue Herausforderungen. Diesen Herausforderungen muss mit mehr persönlicher Zuwendung begegnet werden, denn es geht um die Stärkung der aktiven Ressourcen des alternden Menschen, den Erhalt der Selbstbestimmung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In einer Gesellschaft des „langen Lebens“ gewinnt die Behandlung älterer und alter Patienten, die meist zugleich multimorbide, chronisch krank und zumindest zeitweise oder partiell pflegebedürftig sind, zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig brechen soziale, familiäre Strukturen weg; die Zahl älterer Menschen in Einpersonenhaushalten nimmt zu. Ältere Menschen ziehen ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt der Heimversorgung vor.

Im Falle von Behandlungspflege oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit ist es aus Sicht älterer Patienten nicht wünschenswert, wenn sie im Übergang zwischen den Versorgungssektoren oder bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit von verschiedenen Koordinatoren oder Case-Managern unterschiedlicher Institutionen begleitet und beraten werden.

Um ihre kontinuierliche Versorgung und Betreuung sicherzustellen, müssen auch medizinische Versorgungsstrukturen stärker als bisher auf eine Vernetzung von Prävention und akuter Behandlung einerseits und ambulanter, teil- bzw. stationärer geriatrischer Rehabilitation andererseits ausgerichtet werden. Die hausärztliche Koordinierungsfunktion, unterstützt durch das Praxisteam, muss sich auch auf die fachärztliche und pflegerische Versorgung sowie begleitende Hilfen erstrecken. In diesem Zusammenhang sind die medizinischen Standards für geriatrische Einrichtungen im Sinne einer interprofessionellen leitliniengestützten Versorgung weiterzuentwickeln.

Eine Hauptursache für den steigenden Pflegebedarf und die damit steigenden Gesundheitskosten im Alter stellen die Demenzerkrankungen dar. Demenz entwickelt sich zu einer Volkskrankheit.

Ca. 25 % der Demenzkranken werden von ihren Familienangehörigen versorgt, die ohne ausreichende Unterstützung auf Dauer hiermit häufig überfordert sind und selbst ausbrennen und erkranken. Die veränderte Lebenssituation - auch der pflegenden Angehörigen - bedeutet häufig eine Zunahme der sozialen Isolation.

Bei der Einstufung von Pflegebedürftigkeit müssen Demenz und eingeschränkte Alltagskompetenz stärker berücksichtigt werden. Rahmenkonzepte der integrierten Versorgung von Demenzerkrankten zur Verbesserung der vernetzten ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Versorgung sind auszubauen. Ziel muss es bleiben, den Eintritt und das Fortschreiten von Demenz-Erkrankungen durch frühzeitige Diagnose und medizinische Maßnahmen zu verzögern.

Neben der pflegerischen Versorgung verdient die ambulante geronto-psychiatrische Versorgung ein besonderes Augenmerk. Entlastungs- und Rehabilitationsangebote müssen ausgebaut werden.

- **Palliativversorgung stärken**

Menschen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen benötigen eine möglichst reibungslose Versorgungskette mit einer optimalen interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit nach dem Vorbild der Palliative Care Teams.

Insofern ist das neue Versorgungsangebot der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu begrüßen. Qualitätsanforderungen, Finanzierung und Versorgungsanspruch müssen jedoch noch konkretisiert werden.

Vor allem der Ausbau der Kinder-Palliativmedizin ist dringend notwendig.

In einer alternden Gesellschaft müssen Palliativversorgung und humane Sterbebegleitung ein stärkeres Gewicht erhalten.

Jedem Menschen sollte es ermöglicht werden, so zu sterben, wie er es sich wünscht, ob zu Hause, auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz – nicht einsam, sondern geborgen und in Würde.

Die Einführung des Anspruchs auf ambulante Palliativversorgung für GKV-Versicherte stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar, nicht zuletzt deshalb, weil dies den Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung, zu Hause sterben zu können, aufgreift. Dies trifft derzeit jedoch nur für schätzungsweise jeden Dritten der Sterbenden zu.

Von einer flächendeckenden ambulanten Palliativversorgung ist das deutsche Gesundheitswesen weit entfernt.

Die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Die Bundesärztekammer hat mit ihren „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ und den „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ Hilfestellungen für Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht und Orientierung gegeben.

Die zeit- und betreuungsintensive Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen wird aber häufig durch Rahmenbedingungen belastet, die eine angemessene Versorgung in häuslicher Umgebung am Lebensende schwer oder unmöglich machen. Vor dem Hintergrund der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems (DRG) und der dadurch zu erwartenden schnelleren Verlegung von besonders schwer kranken und

sterbenden Menschen in ihre häusliche Umgebung ist der konsequente Aufbau leistungsfähiger ambulanter Strukturen der palliativmedizinischen Versorgung geboten.

- **Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens**

Die Versorgungsforschung in Deutschland ist unterentwickelt und muss dringend weiter ausgebaut werden. Sie kann wesentlich dazu beitragen, konkrete Probleme der gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren und Vorschläge zu deren Behebung zu entwickeln bzw. zur Verbesserung der Versorgungssituation zu generieren.

Die Ärzteschaft setzt sich für eine Stärkung der Versorgungsforschung ein, um beispielsweise einer sektoralen Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu begegnen und neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung auf der Basis wissenschaftlich fundierter Daten zu setzen.

Die Zielsetzungen im Gesundheitssystem – hohe Qualität, Kosteneffektivität und Sicherung des faktisch chancengleichen Zugangs zu allen Gesundheitsleistungen – implizieren erhebliche Herausforderungen an das Gesundheitswesen. Um die dabei widerstreitenden Zielsetzungen zu lösen, sind strukturelle Reformen auf den verschiedensten Ebenen notwendig. Die vielfältigen Probleme der Kranken- und Gesundheitsversorgung verlangen dazu die interdisziplinäre Entwicklung, Weiterentwicklung, Erprobung und Bewertung tragfähiger Problemlösungen. Die Kernaufgaben sind der Transfer von medizinischen, biotechnischen oder psychosozialen Erkenntnisfortschritten in die Versorgungspraxis und die Überprüfung von medizinischen Verfahren, Technologien oder Versorgungsformen unter Alltagsbedingungen. Wesentliche interdisziplinäre Schritte dieses wissenschaftlichen Evaluationsprozesses werden heute unter dem Begriff der „Versorgungsforschung“ zusammengefasst. Diese gewinnt in der öffentlichen und in der privat finanzierten Forschungsförderung zwar zunehmend an Bedeutung, bedarf jedoch einer breiteren Fundierung und Anwendung.

Die Förderinitiative der Bundesärztekammer darf nicht als singuläre Maßnahme verhalten. Sie muss vielmehr einen wesentlichen Impuls für eine breit getragene Weiterentwicklung der Versorgungsforschung geben.

Das wichtigste Ziel eines Gesundheitssystems muss in der sachgerechten medizinischen Behandlung aller Bevölkerungsgruppen gesehen werden. Die Versorgungsforschung ist hierbei ein unverzichtbares Instrument.

3. Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen bereitstellen

- **Wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen**

Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung und einen angemessenen Zugang zur Behandlung nach Facharztstandard.

Die Sicherstellung ist heute schon in strukturschwachen Regionen spürbar gefährdet. Die Ärzteschaft schlägt als erste Antwort Modellvorhaben vor, in denen die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen durch Medizinische Fachangestellte im Rahmen der Delegation erprobt wird und die Kooperationen mit Fachärzten gezielt gefördert werden.

- **Integrierte Versorgung konsequent ausbauen**

Integrierte Versorgung ist als sinnvolle Ergänzung, nicht als Alternative zu der im Kollektivvertragssystem erbrachten Versorgung zu betrachten. Die Teilnahme an integrierten Versorgungskonzepten muss grundsätzlich allen Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, also auch den Kassenärztlichen Vereinigungen, möglich sein.

Über die Qualität der im Rahmen integrierter Versorgungsverträge erbrachten Versorgung muss mehr Transparenz hergestellt werden. Die im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen sind in die extern vergleichende, sektorübergreifende Qualitätssicherung einzubeziehen. Bei der Entwicklung neuer integrierter Versorgungskonzepte sollten sektorübergreifende Versorgungspfade auf Basis qualitativ hochwertiger Leitlinien zugrunde gelegt werden. Da die Entwicklung evidenzbasierter interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Versorgungsleitlinien langwierig ist, muss das Leitlinien-Clearingverfahren mit einer modifizierten Zielsetzung wieder aufgenommen werden, die nicht mehr auf Disease Management Programme allein fokussiert ist.

Integrierte Versorgungskonzepte müssen sich durch ein patientenorientiertes Schnittstellenmanagement auszeichnen. Grundlage hierfür sind eine gemeinsame Qualitätsphilosophie der Partner und ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem.

- **Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern**

Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare staatliche Aufgabe bleiben, aus der sich der Staat nicht zurückziehen darf. Eine umfassende stationäre Versorgung der Patienten setzt eine vielfältige Krankenhauslandschaft voraus. Deshalb tritt die Ärzteschaft für eine Pluralität der Trägerschaft ein, bei der öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Anbieter gleichrangig nebeneinander stehen.

Insgesamt herrscht auch im stationären Sektor der Trend zur wettbewerblichen Ausrichtung und dezentralen Koordination zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und der Nachfrage der Patienten vor. Dieser Kurs ist politisch gewollt bzw. „Ausdruck eines gewandelten Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat zukünftig weniger eine Erfüllungsverantwortung als eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt“ – so der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In einigen Bundesländern werden ein Rückzug aus der dualen Finanzierung der Krankenhäuser und die „Selbstbegrenzung“ auf eine Rahmenplanung diskutiert.

Mit Blick auf die politische Debatte zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab 2009 muss aus Sicht der deutschen Ärzteschaft die

Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrags und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben. Eine Beschleunigung und Entbürokratisierung der bisher häufig schwerfälligen Planungsprozesse sind allerdings unabdingbar.

Die seit langem überfällige, in einigen Bundesländern bereits eingeleitete Neuausrichtung der Krankenhausplanung von der bislang vor allem bettenzentrierten Planung auf eine stärker leistungsbezogene Rahmenplanung mit der Möglichkeit der Anpassung an landesspezifische Besonderheiten und Erfordernisse wird befürwortet. Hierfür ist jedoch die Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse als unmittelbar Beteiligte mit Strukturverantwortung notwendig. Die Neuausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung vor Ort darf angesichts des steigenden Bedarfs nicht gefährdet werden. Ebenso muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben.

Sowohl die bisherige duale als auch eine monistische Finanzierung sind nur dann eine tragende Grundlage, wenn die erforderlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen. Eine Einführung der Monistik darf jedoch keinesfalls zu einer Übernahme der Steuerung des Leistungsgeschehens durch die Krankenkassen und zur Aushöhlung der Planungskompetenz der Länder führen. Die im Rahmen der Neuordnungsdebatte erörterte Aufhebung des Kontrahierungszwangs der gesetzlichen Krankenkassen mit den im Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern durch Einzelverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird strikt abgelehnt.

Die Anwendung der gesetzlichen Mindestmengen-Regelungen für medizinische Leistungen in Krankenhäusern mit einschneidenden Restriktionen für die Leistungserbringung muss aus Sicht der Ärzteschaft so verantwortlich gehandhabt werden, dass die weiteren, teils maßgeblicheren Einflussfaktoren auf das jeweilige Versorgungsergebnis nicht unberücksichtigt bleiben. Keinesfalls darf die Leistungsmenge zum alleinigen Zugangskriterium für die Zulassung von Krankenhäusern und deren Ärzten zur Durchführung einer bestimmten Behandlung werden. Mindestmengen-Regelungen sind kein „Zauberinstrument“ der Qualitätssicherung und können über dadurch bedingte Konzentrationsprozesse zu Gefahren für die Gewährleistung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung führen. Dies gilt in diesem Zusammenhang ebenso für die z. T. ausufernde, nicht immer nur auf Versorgungs- und Qualitätsaspekte ausgerichtete Zentrenbildung.

Bund und Länder nehmen eine falsche Weichenstellung vor, wenn sie die stationäre Versorgung Marktgesetzen unterwerfen. Der Markt kann das Sozialschutzziel – die Sicherstellung einer flächendeckenden stationären Versorgung auf hohem Niveau – nicht erreichen. Ausgedünnte Versorgung und Risikoselektion sowie eine Reduzierung des Angebots an stationären Einrichtungen auf lediglich gewinnbringende Einrichtungen wären das Ergebnis.

- **Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen**

Auf der Grundlage des Kollektivvertrags werden sektorenübergreifende Strukturen geschaffen. Die sektorale Trennung wird aufgehoben, da niedergelassene Ärzte gleichzeitig am Krankenhaus arbeiten, konsiliarisch Leistungen mit dem Krankenhaus abrechnen und die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen.

Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.

Das Belegarztsystem wird im Kollektivvertrag verbleiben und gefördert.

Außerdem sollen Fachärzte insbesondere in der Versorgung von Patienten mit hochspezialisierten Leistungen sowohl ambulant als auch stationär behandeln können. Gerade in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung muss zukünftig der einzelne Arzt/die Ärztin sowohl ambulant als auch stationär behandeln können, entweder als angestellte/r Arzt/Ärztin eines Krankenhauses oder auch als (gleichzeitig) niedergelassene/r Vertragsarzt/ärztin.

Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Dabei muss sowohl für die hausärztliche als auch für die fachärztliche Regelversorgung eine wohnortnahe individuelle Betreuung gewährleistet sein. Die bewährte haus-/fachärztliche Arbeitsteilung wird auch zukünftig Bestand haben. Die Patienten behalten den direkten Zugang sowohl zum wohnortnahem Hausarzt als auch zum wohnortnahen Facharzt ihrer Wahl.

Die Hausärzte und die Fachärzte im Vertragsarztbereich organisieren sich in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Ärztehäusern, Teilgemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Apparategemeinschaften oder anderen vom Gesetzgeber erlaubten Kooperationsformen. Sie arbeiten dabei selbstständig freiberuflich oder angestellt je nach ihrer individuellen Lebenssituation und -planung.

Durch Umsetzung der erweiterten Kooperationsformen ergeben sich bessere Versorgungsmöglichkeiten durch effektivere gemeinsame Nutzungen von Ressourcen für moderne diagnostische und therapeutische Verfahren.

Ein Teil der Fachärzte einer Fachgruppe bietet spezialisierte Leistungen an, wobei diese Ärzte im Vertragsarztbereich meist auch an der Regelversorgung dieser Fachgruppe beteiligt sind. Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern garantieren die Einheitlichkeit der Fachgebiete und, dass sowohl die Regelversorgung als auch die spezialisierte Versorgung durch die Ärzte dieser Fachgruppe in hoher Qualität erbracht werden.

Eine weitere Verbesserung der Patientenversorgung und Reduktion der Schnittstellenverluste wird durch eine engere Verzahnung der Vertragsärzte und der Kliniken ermöglicht. Dabei werden auf der Grundlage des Kollektivvertrags sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel genutzt.

Neben einem ärztlich geleiteten Entlassungs- und Versorgungsmanagement zur Überwindung der stationär/ambulant Schnittstellenproblematik ist es sinnvoll, Überbrückungsstationen einzurichten mit einer Versorgung von Patienten durch ihren Arzt unter stationären Bedingungen, bevor diese in die ambulante Versorgung entlassen werden.

Die Betreuung sehr seltener Krankheiten erfolgt durch Spezialisten aus Kliniken und aus Praxen in Spezialambulanzen, wobei dies unter gleichen finanziellen Bedingungen unabhängig von dem Ort und der Struktur der Erbringung erfolgen muss.

Spezialisierte Fachärzte müssen künftig auch außerhalb des Belegarztsystems vermehrt die Möglichkeit haben, sowohl ambulant als auch stationär zu behandeln. Gerade im hochspezialisierten Bereich wird eine durchgängige ambulante und stationäre Versorgung ohne

strukturbedingte Arztwechsel eine Verbesserung der Versorgung darstellen. Außerdem können notwendige, meist teure Infrastrukturen intensiver genutzt werden.

Darüber hinaus könnte die Integration von Fachärzten (einschließlich Fachärzten für Allgemeinmedizin) in eine sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung der Patienten gerade in ländlichen Regionen eine effiziente Alternative für die flächendeckende und wohnortnahe stationäre und ambulante Grundversorgung darstellen.

Praxisnetze stellen für eine schnittstellenarme, fach- und sektorenübergreifende Versorgung im Sinne der Integration eine sinnvolle Versorgungsform dar.

- **Öffentlichen Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken**

In der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst unentbehrlich. Er übernimmt vorwiegend bevölkerungsmedizinische Aufgaben. Mit der Gesundheitsberichterstattung, der Epidemiologie, dem Infektionsschutz, dem gesundheitlichen Umweltschutz, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst oder auch der Sozialmedizin und der amtsärztlichen Begutachtung erfüllt er vorsorgende, überwachende und beratende Aufgaben. Gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist es in der aktuellen Situation wichtig, die ärztliche Kompetenz zu erhalten und zu stärken.

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst muss wieder die Personal- und Sachausstattung zukommen, die seiner zentralen Bedeutung als dritte Säule des Gesundheitswesens entspricht. Die weitere Reduzierung im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich Stellenabbau und Ungleichbehandlung bei der Bezahlung der Ärzte führt zwangsläufig dazu, dass zentrale Aufgaben des Staates nicht mehr im vollen Umfang wahrgenommen werden können. Besonders prekär kann die Situation dann werden, wenn es um die Erfüllung koordinierender Aufgaben, z. B. bei der Bewältigung von Seuchen, geht.

4. Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

- **Budgetmedizin ist zu beenden**

Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.

Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Rationierung findet statt. Dabei geht es nicht allein um die unzureichende Bereitstellung von Finanzmitteln. Unter Budgetbedingungen mangelt es auch an Zeit für ein aufklärendes Gespräch, an ärztlicher Zuwendung und an Ruhe, z. B. Sterbende angemessen zu begleiten. Es besteht kein Zweifel, dass die Mittelknappheit im Gesundheitswesen so ausgeprägt ist, dass sie nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch Optimierung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden kann. Die demographische Entwicklung, die gestiegene Lebenserwartung, die steigende Zahl

chronisch Kranker und multimorbider Menschen werden die Mittelknappheit noch verschärfen. Zugleich ist die Dynamik des klinischen Fortschritts nicht aufzuhalten. Der aber ist erfahrungsgemäß kostensteigernd.

Vor diesem Hintergrund ist das Grundverständnis der deutschen Ärzteschaft, die Patientenversorgung so auszugestalten, dass die noch vorhandenen, wenn auch knappen Mittel im Interesse der Patienten möglichst nutzbringend und effektiv eingesetzt werden. Qualitätsmanagement und nationale Versorgungsleitlinien können der Optimierung von Strukturen, Prozessen und Abläufen dienen. Sie reichen jedoch sicher nicht aus, um die Mittelknappheit zu überwinden.

- **Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren**

Der Leistungsumfang der GKV hat sich nach dem Versorgungsbedarf der Patienten zu richten und nicht nur nach der Finanzierbarkeit.

Die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre hat sich zunehmend in Richtung einer Standardmedizin zu Dumpingpreisen entwickelt. Unter dem Primat der Kostendämpfung sind bei der Nutzenbewertung von GKV-Leistungen sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf ein evidenzbasiertes Vorgehen festgelegt.

Diese Methode stößt an Grenzen: Sie ist abhängig vom Vorhandensein von Studien und von klinischer Expertise. Medizinischer Fortschritt und Innovation lassen sich so kaum erfassen. Kosten-Nutzenbewertungen stoßen auf methodische Schwierigkeiten, weil der Gesamtnutzen aller medizinischen Leistungen zu bewerten ist und nicht nur der innerhalb des GKV-Systems erzielte Nutzen. Auch ist mit dem Instrument der Evidenzbasierung das Verhältnis von Kollektivnutzen zu Individualnutzen nicht zu klären. Darüber hinaus kann eine Kosten-Nutzenbetrachtung im Einzelfall dem Interesse des einzelnen Patienten völlig zuwiderlaufen und unärztlich sein, wenn z. B. mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig oder unheilbare Krankheiten vorliegen. Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung hat nur dann ihren Wert, wenn es um die Effizienz des Mitteleinsatzes geht, d. h. um Rationalisierung.

Die Ärzteschaft entwickelt mithilfe des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) eigene Versorgungsleitlinien, die wissenschaftlichen Ansprüchen allein genügen und nicht dem Primat der Beitragssatzstabilität unterworfen sind. So wird die Differenz erkennbar zwischen den politisch gewollten Versorgungsstandards nach Kassenlage und den eigentlich notwendigen Standards auf wissenschaftlicher Grundlage.

Nur durch die Beschreibung dieser Differenz wird die heute schon stattfindende Rationierung transparent.

- **Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen**

Unter den Bedingungen der Mittelknappheit wird es für Ärztinnen und Ärzte immer schwieriger, ihrer Verantwortung für die Patientenversorgung gerecht zu werden, da sie gleichzeitig verschiedenen Rechtskreisen unterworfen sind: Nach dem Haftungsrecht werden sehr hohe Sorgfaltsstandards verlangt, die jedoch unter den Budgetbe-

dingungen des Sozialrechts nicht eingehalten werden können. Sorgfaltsstandards stehen oft unvereinbar im Widerspruch zu Budgets und zur Rationierung.

Die Einheit der Rechtsordnung muss vom Gesetzgeber wiederhergestellt werden.

Der Zielkonflikt zwischen ärztlicher Sorgfaltspflicht und Wirtschaftlichkeitsdruck belastet das Patient-Arzt-Verhältnis inzwischen in einem unerträglichen Ausmaß. Die Ärzteschaft lehnt es strikt ab, gesetzliche Rationierungsentscheidungen wie das AVWG auf die individuelle Ebene der Patient-Arzt-Beziehung zu verlagern. Dies gilt gleichermaßen für die ständigen Regressandrohungen.

Wenn der Gesetzgeber nicht gewillt ist, die für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erforderlichen Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen und weiterhin auf eine Steuerung der Gesundheitsausgaben durch Budgets setzt,

- muss das Haftungsrecht angepasst werden,
- muss der Gesetzgeber die Verantwortung für einen Leistungskatalog unter dem Primat allein der Beitragssatzstabilität übernehmen,
- muss der Gesetzgeber die Absenkung von Versorgungsstandards verantworten und
- muss er sich letztlich zur expliziten Priorisierung und Rationierung bekennen.

Diese Klarstellung würde die bisherige Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen mit heimlicher und implizierter Rationierung beenden. Der Gesetzgeber könnte dann nicht länger Rationierung als mangelnde Qualität darstellen.

- **Positivliste einführen**

Die deutsche Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber auf, die Rechtsgrundlagen für die Erstellung einer Positivliste wiederherzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die Erstellung dieser Positivliste unter Einbeziehung der Bewertung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stattfindet. Die Einführung einer Positivliste darf die Therapiefreiheit im Patient-Arzt-Verhältnis nicht einengen.

Vor dem Hintergrund steigender Arzneimittelkosten stellt sich die Frage, wie diese zukünftig finanziert werden können. Die Arzneimittelversorgung sollte deshalb mithilfe neutraler und rasch zugänglicher Informationen hinsichtlich möglicher Therapieformen, der Kosten-Nutzen-Relation sowie möglicher Alternativen zur medikamentösen Intervention konzipiert werden. Für die nachhaltige Versorgung mit Arzneimitteln müssen leitlinien-gestützte Therapieformen zusammen mit einer am jeweiligen aktuellen Wissensstand orientierten Liste verordnungsfähiger Arzneimittel implementiert werden. Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sehen weiterhin in einer unter nachvollziehbaren Kriterien konsequent erstellten Positivliste für Arzneimittel ein wirkungsvolles Instrument für eine rationale Arzneimitteltherapie.

Der 102. Deutsche Ärztetag 1999 hatte sich erneut für eine am jeweiligen aktuellen Wissensstand orientierte Liste verordnungsfähiger Arzneimittel zur Unterstützung einer rationalen Arzneimitteltherapie in der Praxis ausgesprochen. Diese Positivliste führt nicht nur zu einer effektiveren und effizienteren Arzneimittelversorgung, sondern sie schafft auch für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Sicherheit im Dialog mit den Patienten. Sie ist

aus Sicht der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ein nützliches Instrument für die Qualitätssicherung und entspricht einer institutionalisierten Bewertung der therapeutischen Wertigkeit von Innovation, auch im Hinblick auf ihre Kosten und Erstattungsfähigkeit.

Die deutsche Ärzteschaft regt an zu überprüfen, ob Komponenten aus dem französischen Erstattungsmodell für Arzneimittel für eine Übernahme in das deutsche Erstattungssystem geeignet sind. In Frankreich müssen die Hersteller von Arzneimitteln für die Festlegung der Erstattungsfähigkeit einen Antrag an die staatliche Arzneimittelbehörde stellen. Voraussetzung für die Aufnahme des Arzneimittels in die Positivliste ist die Feststellung des therapeutischen Nutzens durch eine Transparenzkommission. Diese formuliert die entsprechenden Empfehlungen für das Gesundheitsministerium, das die Entscheidung für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Positivliste trifft.

- **Einrichtung eines Gesundheitsrats**

Die deutsche Ärzteschaft fordert die Einrichtung eines Gesundheitsrats, der gesundheitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet.

Der Gesundheitsrat muss institutionell unabhängig unter enger Einbindung von Ärzteschaft, Politik und Patientenvertretern im vorpolitischen Raum arbeiten. Seine Aufgabe ist es, Schwerpunkte für die Gesundheitsversorgung zu definieren und Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten. Eine solche Priorisierung kann nur auf der Basis ärztlicher, ethischer, medizinisch-wissenschaftlicher und sozialer Kriterien erfolgen und sollte vor allem Ergebnisse der Versorgungsforschung berücksichtigen. Die Priorisierungsentscheidungen müssen von der Politik transparent und öffentlich nachvollziehbar getroffen werden.

5. Versorgungsqualität und Patientensicherheit in einem markt-orientierten Gesundheitssystem erhalten

- **Qualitätswettbewerb fördern**

Die für unser Gesundheitswesen erforderliche ordnungspolitische Neuausrichtung muss auf Wettbewerbskriterien basieren, die sich am Primat des Patientenwohls und an Qualitätskriterien ausrichten und Versorgungssicherheit gewährleisten.

Die Instrumente, Methoden und Standards für „Qualitätswettbewerb“ - Qualitätsindikatoren, Patienteninformationen, Zertifizierungsverfahren etc. - müssen strikt patientenorientiert, frei von wirtschaftlichen Interessen und unter Einbeziehung der Expertise der im Gesundheitswesen tätigen Professionen entwickelt werden.

Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, sich mit ihrer Expertise in den notwendigen Prozess der Entwicklung von wettbewerbsfesten Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren einzubringen, wenn sie hierbei adäquat, d. h. nicht nur fachlich beratend, sondern mitgestaltend beteiligt wird.

Die Forderungen nach Qualitäts- statt Preiswettbewerb und mehr Transparenz im Gesundheitswesen stammen typischerweise aus marktorientierten Gesundheitssystemen wie dem

in den USA. Wie die Erfahrung dort zeigt, erzeugt die Schaffung von Transparenz nicht automatisch mehr Qualität: Unter dem Druck der Öffentlichkeit ist die Versuchung groß, schlechte Ergebnisse zu unterdrücken. Lernen vom Besten und eine Verbesserung des Gesamtsystems können damit sogar behindert werden. Um eine solche Fehlentwicklung zu vermeiden, wurde die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in Deutschland bislang im sog. geschützten Raum durchgeführt. Dies gilt auch für die vielfältigen Qualitätsförderungs- und -sicherungsprojekte im ambulanten Bereich.

Auch die Kopplung der Vergütung an Qualität (Pay-for-Performance) ist nicht automatisch qualitätsfördernd, da solche Verträge einen Anreiz zur Risikoselektion bilden können.

In Deutschland hat die sogenannte Qualitäts- und Transparenz-Offensive des Gesetzgebers bislang zu einem Wildwuchs von Qualitätsberichten und Krankenhausführern, Zertifizierungsverfahren, Gütesiegeln etc. geführt. Der Informationsgewinn für die Patienten oder die einweisenden Ärzte ist mehr als fraglich, obwohl die dafür zu leistenden Dokumentationsaufwände zum Teil erheblich sind.

Qualitätswettbewerb muss in erster Linie der Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Hieran soll sich auch das Verfahren der sektorübergreifenden Qualitätssicherung orientieren und damit eine wichtige Funktion übernehmen. Bei Qualitätssicherungsverfahren und Qualitätsberichten (z. B. der Krankenhäuser) ist zwingend zu berücksichtigen, ob die gesetzlichen Arbeitszeitgrenzen eingehalten werden.

Zu allen Einzelbausteinen eines Qualitätswettbewerbs besteht noch erheblicher Entwicklungs- oder Evaluationsbedarf. Die Ärzteschaft kann in dieser Hinsicht auf umfangreiche Vorleistungen und auf neue Pilotprojekte verweisen, da die Qualitätssicherung des eigenen Handelns zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft zählt.

6. Eigenverantwortung der Patienten stärken

Gesundheits- und Sozialpolitik müssen die persönliche Verantwortlichkeit und Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen für die eigene Lebensführung fördern und ihr zur Entfaltung verhelfen. Gesundheitspolitische Aktivitäten des Staates müssen den Menschen vor nachteiliger Beeinflussung von außen bewahren und ihm die Chance zur individuellen Entfaltung geben. Aus dem Vorrang der gesundheitlichen Verantwortung des Einzelnen vor der Verantwortlichkeit der Gesellschaft und des Staats ergibt sich eine abgestufte Verantwortung nach dem Subsidiaritätsprinzip.

Voraussetzung für gesundheitsbewusstes Verhalten sind Information und Aufklärung.

Die Stärkung von Eigenverantwortung durch Eigenbeteiligungen darf nicht zu Unterversorgung ausgerechnet der finanzschwachen Bevölkerungsgruppen führen.

Versicherte müssen ihrer eigenen Verantwortung für sich und die Solidargemeinschaft nachkommen, indem sie z. B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Die behutsame Etablierung von Eigenverantwortung verbunden mit Kostentransparenz kann mittelfristig zu mehr gesundheitsbewusstem Verhalten anreizen. Voraussetzung für die Übernahme von Eigenverantwortung bildet der leichte Zugang zu

Informationen sowie Aufklärung. Diese sollte bereits in den Kindergärten und Schulen mittels eines Fachs Gesundheitskunde erfolgen.

Da ein Großteil der modernen Zivilisationskrankheiten wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Schlaganfall etc. lebensstil- und somit auch ernährungsbedingt sind, fordert die deutsche Ärzteschaft als kurzfristig zu ergreifende Maßnahme eine Abgabe auf sowie Kennzeichnung von gesundheitsschädlichen Substanzen sowie deren spezifische Kennzeichnung.

Bei der Einführung von Selbstbeteiligungen in die GKV ist zu beachten, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in starkem Maße vom jeweiligen sozioökonomischen Status der Versicherten abhängt. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind kränker und verhalten sich weniger gesundheitsbewusst. Da alle GKV-Versicherten mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen sollen, müssen in Abhängigkeit von Krankheitslast und sozioökonomischem Status hierzu jeweils unterschiedliche Strategien für die verschiedenen Versichertengruppen entwickelt werden.

Eine sozialverträgliche prozentuale Selbstbeteiligung fördert die Kostentransparenz. Um notwendige Härtefallregelungen implementieren und die Abwicklung der Zahlung in der Praxis vereinfachen zu können, ist die prozentuale Selbstbeteiligung von der Krankenkasse beim Versicherten zu erheben.

7. Medizinische Versorgung leistungsgerecht vergüten

- **Vergütung privatärztlicher Leistungen durch GOÄ-Novelle sichern**

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte bildet als Rechtsverordnung die Referenzgrundlage für alle deutschen ärztlichen Gebührenordnungen oder Vergütungsregelungen. Sie dient dem Interessenausgleich zwischen Patient und Arzt und hat damit eine wichtige ordnungspolitische Funktion.

Eine Erfüllung dieser ordnungspolitischen Funktion setzt eine regelmäßige Anpassung der GOÄ an den medizinisch-technischen Fortschritt sowie an die wirtschaftliche Entwicklung voraus. Die Ärzteschaft hat klare Vorstellungen zur Novellierung der GOÄ entwickelt, die politisch aufzugreifen sind.

Als staatliche Gebührenordnung stellt die GOÄ ein eigenständiges Bewertungs- und Preissystem für ärztliche Leistungen dar. Sie fußt auf den - für Angehörige eines Freien Berufs - spezifischen Charakteristika der qualifizierten persönlichen Leistungserbringung in fachlich unabhängiger Eigenverantwortung und wirtschaftlicher Selbstständigkeit. Direkter Arztbezug und persönliche Leistungserbringung sind Ausdruck ärztlicher Verantwortung auf Basis einer individuellen Patient-Arzt-Beziehung. Patient und Arzt bestimmen individuell die zu erbringenden Leistungen im Rahmen eines privatrechtlichen Behandlungsvertrags und eines darauf basierenden Vertrauensverhältnisses.

Der GOÄ liegt ein Rechtsverhältnis zwischen Patient und Arzt i. S. eines Dienstleistungsvertrags zugrunde. Davon getrennt bestehen zwischen Versichertem und Privater Krankenversicherung ein Versicherungsvertrag bzw. zwischen Beihilfe und Beihilfeberechtigtem

gesetzliche Fürsorgebestimmungen. Die GOÄ muss deshalb als Amtliche Gebührentaxe - unabhängig sowohl von Versicherungs-, Tarif- oder Erstattungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung als auch von Leistungsbegrenzungen der Beihilfe - die Vergütung frei vertraglich vereinbarter ärztlicher Leistungen gewährleisten.

Die derzeitige GOÄ stammt im Wesentlichen aus dem Jahre 1982 und wird ihrer ordnungspolitischen Aufgabe - der Herstellung eines Interessenausgleichs zwischen Patient und Arzt - immer weniger gerecht. Das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt wird durch unnötige Auseinandersetzungen belastet, zunehmender Verwaltungsaufwand beeinträchtigt Verfahrensabläufe und Finanzierbarkeit des Systems.

Eine Novellierung der GOÄ und Erfüllung der ihr zugeordneten Schutzfunktion für Patient und Arzt ist umso dringlicher, als der private Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren an Bedeutung zunehmen wird. Je restriktiver der GKV-Leistungskatalog ausgestattet wird, desto mehr Leistungen fließen in den privaten Gesundheitsmarkt ab. Gleichzeitig ist das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung gestiegen; immer mehr GKV-Versicherte sind bereit, privat in Vorsorgeleistungen und besonderen Komfort, den die GKV nicht mehr leisten kann, zu investieren. Auch diese Leistungen brauchen eine transparente und rechts-sichere Abrechnungsgrundlage.

- **Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen**

Die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgegebene umfassende Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung kann den Patienten, den Vertragsärzten und den Mitarbeitern in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nur dann nutzen, wenn die damit verbundenen politischen Zusagen zur Behebung der gegebenen Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung auch eingelöst werden.

Die neue Systematik der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ist daher so zu gestalten, dass es den Vertragsärzten wieder ohne wirtschaftlichen Nachteil möglich wird, ihre Patienten angemessen, krankheitsgerecht und mit der notwendigen Zuwendung zu versorgen.

Die mit den geplanten Euro-Gebührenordnungen angestrebte Vereinheitlichung der regional bisher sehr unterschiedlichen Vergütungsregelungen darf nicht zu weiteren vertragsärztlichen Honorarminderungen führen. Die überregionale Homogenisierung des Mangels darf nicht das Ergebnis der Vergütungsreform werden. Daher muss der durch den Erweiterten Bewertungsausschuss mit seiner Beschlussfassung zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2008) festgestellte Aufwertungsbedarf der vertragsärztlichen Leistungsvergütungen allerorts endlich auch honorarwirksam umgesetzt werden. Weiterhin muss auch der versorgungsbeeinträchtigende Unterschied zwischen EBM-Bewertungsrealität (kalkulatorischer Punktwert: 5,11 Cent) und EBM-Vergütungsrealität (durchschnittlicher Auszahlungspunktwert: 3,7 Cent) dringend überwunden werden. Bei der Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Vergütungen müssen die versorgungsbereichsspezifischen Erfordernisse gleichberechtigt ihre angemessene Berücksichtigung finden.

Die vorgesehene umfassende Pauschalierung der vertragsärztlichen Vergütung muss mit Bedacht umgesetzt werden und darf weder zur Fehlabbildung des krankheitsbezogenen Behandlungs- und Zuwendungsbedarfs der Patienten noch zum Verlust der fachlichen und qualitativen Identität der haus- und fachärztlichen Versorgung führen. Über eine sinnvolle

Pauschalierung erreichte Vereinfachungen der Abrechnung dürfen nicht durch einen begleitend verstärkten Kontrollbürokratismus wieder zunichtegemacht werden.

Unter dem durch Selektivverträge sowie die ambulante Öffnung der Krankenhäuser zunehmenden Wettbewerb in der ambulanten Versorgung müssen systematische Benachteiligungen durch ungleiche Bedingungen der Zulassung, Finanzierung, Innovation und Qualitätssicherung vermieden werden.

- **Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb missbrauchen**

Die Ärzteschaft fordert von Bund und Ländern ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung darf angesichts ihres steigenden Bedarfs nicht weiter gefährdet werden. Die im Rahmen der Neuordnungsdebatte erörterte Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Gesetzlichen Krankenkassen mit den im Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern wird abgelehnt, da sie die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gefährden würde.

Ebenso muss die Mitverantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen erhalten bleiben und diese Leistung finanziert werden.

Schon heute gibt es erhebliche Finanzierungslücken im stationären Sektor. Ein Sofortprogramm muss die Deckelung der Budgets beenden, eine realistische Refinanzierung der Aufgaben - orientiert an den tatsächlichen Kosten der Krankenhausleistungen einschließlich der Tarifentwicklung - ermöglichen, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhalten und die Investitionskraft der Krankenhäuser stärken.

Ferner muss spätestens mit dem Ende der Konvergenzphase zum 01.01.2009 die Abschaffung der Grundlohndeckelung des Krankenhausbudgets erfolgen. Bei mehr oder weniger Leistungen müssen für die Krankenhäuser in einem leistungsorientierten Vergütungssystem auch volle Mehr- oder Mindererlöse möglich sein. Unabhängig hiervon müssen die Ergebnisse von Tarifabschlüssen in die Vergütungen der Krankenhäuser einfließen.

Bei der erforderlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Systems als Basis der Vergütung stationärer Leistungen ist von dem anfänglich politisch geforderten 100%-Abbildungsansatz aller Diagnosen und Prozeduren zu Recht faktisch Abstand genommen worden. Die von allen Beteiligten bislang uneingeschränkt konsentierete Nichteinbeziehung der Psychiatrie etc. in die Fallpauschalensystematik muss im Sinne der besonderen Schutzwürdigkeit weiterhin Bestand haben. Einer zukünftigen Nutzung des DRG-Systems für Rabattierung und Preisdumping wird seitens der Ärzteschaft eine klare Absage erteilt.

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt unverzichtbares Vergütungsinstrument für ärztliche Wahlleistungen und für die Mitarbeiterbeteiligungen im Krankenhaus. Sie ist dem wissenschaftlichen Fortschritt laufend anzupassen.

Die Zukunft für eine qualifizierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine strukturierte Weiterbildung gewährleistet werden. Die ärztliche Weiterbildung muss durch zusätzliche Mittel finanziert werden.

Teil B - Finanzierung

8. Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung

8.1 Prüfkriterien

- **Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag**

Es ist Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien. Dies bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für die Wahl seiner Gesundheitsversorgung ebenso wie seine Eigenverantwortung Ausgangspunkt der Zielsetzungen sein müssen.

Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes. Die Regeln, die die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten. Behandlungsbedarf des Patienten und Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung sind nach den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

Die Politik drückt sich vor der Verantwortung, eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens anzugehen. Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein:

- Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung.

Dies ist der Maßstab, an dem die Ärzteschaft die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen muss.

- **Kriterien im Einzelnen**

Die nachfolgenden Maßstäbe gehen von einem Rahmen aus, der mindestens folgende Gestaltungsprinzipien erfordert:

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes
- Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen

- Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum.

In diesem Rahmen ist Folgendes zu fordern:

a) Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

- Arztwahlfreiheit für den Patienten
- Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten
- Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapieoptionen
- Transparenz unvermeidlicher Rationierung
- „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung.

b) Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen
- Räumlich nahe hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen unter Berücksichtigung des Primats "ambulant vor stationär"!

Im Übrigen ist zu fordern:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall ausgestattet sein.
- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

c) Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

- Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u. a. durch Versorgungsleitlinien)
- Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung.

d) Vertragsebene

- Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter
- Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen.

e) Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

- Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden.
- Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden.
- Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die demographischen Herausforderungen reagieren.

- **Kritische Bewertung**

Werden die genannten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden, ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung unter Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und unter Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.

Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst und wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche Integration der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin anerkannte Lösung war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem Ausschluss vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte in der kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende, qualitätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dieses Modells in ein Versorgungsmodell mit Behördencharakter, welches von der ursprünglichen Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.

- **Folgerungen**

Werden die hier niedergelegten Kriterien der Ärzteschaft beachtet, muss die künftige Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht nehmen.

Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft ihren Beitrag leisten.

Wenn die gesellschaftspolitische und gesetzgeberische Entscheidung einer Niveaubestimmung des sozialen Schutzes diejenige einer „Grundversorgung“ sein soll, ist es unausweichlich, dass die Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage ihres Rechts zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder auch

müssen, die über den sozialen Schutz hinausgehen. Ob eine sogenannte Basisversorgung noch dem Verfassungsauftrag eines sozialen Krankenversicherungsschutzes entspricht, muss hier ausdrücklich bezweifelt werden. Je flexibler das Finanzierungsmodell im Hinblick auf diese Möglichkeit ist, umso eher wird es den individuellen Bedürfnissen der Bürger gerecht. Ein mit impliziter Rationierung verbundenes Versicherungssystem, welches den Versicherten vor die Wahl stellt, als Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch nehmen zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen Selbstbestimmung und der notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht gerecht.

Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik und das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil dies Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten Versorgung der Patienten erforderlich, dass

- Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten,
- Freiheit in der Wahl des Arztes und
- vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von Versicherten bestehen.

Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr Erfolg versprechend; patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.

8.2 Kurzfristige und systemimmanente Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

- **Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV**

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmehasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmehasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommensteuerrecht herangezogen werden.

- **Missbrauch der GKV durch die Politik beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige ("Verschiebebahnhöfe") die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milli-

arden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

- **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinanderstehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, indem sie z. B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität angemessene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrags durch individuellen Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistungen oder Beitragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

- **Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile**

Die generell beitragsfreie Ehegattenmitversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

- **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern**

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist allerdings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

- **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demographiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**

Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt, weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen. Die Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd. Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen "Gesundheitssoli" sukzessive reduziert werden.

- **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den notwendigen demographischen Faktor basiert, darf nicht den Finanzierungsnöten der gesetzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.

EPILOG

„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“

Diese eigentlich rhetorisch gemeinte Frage des Medizinhistorikers Hermann Kerschensteiner (1873 - 1937), gestellt Anfang des 20. Jahrhunderts, ist durch die Gesundheitspolitik in Deutschland seit Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts zumindest vorläufig beantwortet:

Wissenschaft und Handwerk haben zwar erfolgreich überlebt, Kunst und Liebestätigkeit aber sind weitgehend zurückgedrängt, das Geschäft ist durch den Siegeszug der Gesundheitswirtschaft sogar in den Mittelpunkt gerückt. Die Krankheiten der Patienten sind zum Geschäftsgegenstand geworden und Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der anderen Gesundheitsberufe zu Gliedern einer Wertschöpfungskette. Dabei ist der merkantile Gewinn und nicht etwa die Genesung der Erkrankten das eigentliche Ziel der Wertschöpfung.

Durch die Zentralisierung medizinischer Entscheidungsprozesse bei staatlichen und substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrufung des Preiswettbewerbs unter den Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht.

Die in diesem „Ulmer Papier“ vom 111. Deutschen Ärztetag beschlossenen Leitsätze und Anregungen sollen helfen, patientenfeindliche Fehlentwicklungen zu korrigieren.

Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss wieder der kranke Mensch stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose.

Nur dann besteht die Chance, auch unter den Bedingungen einer verschärften Mittelknappheit, gute Patientenversorgung und ärztliche Berufszufriedenheit herzustellen. Dann werden Ärztinnen und Ärzte sowohl ihre Kompetenz, als auch Empathie und Zuwendung für Patientinnen und Patienten noch umfangreicher einbringen können.

* * * * *

Zitat

„Die armen Kranken zwang man, sich von einem von oben her bestimmten Arzt behandeln zu lassen. ... Die Ärzte zwang man durch eine maßlose Konkurrenz eine Stellung anzunehmen, welche ihnen den ihrer Anstrengungen würdigen Lohn vorenthielt. ... Diese Verhältnisse mussten notwendig die Armen und die Ärzte erbittern; beide mussten allmählich mehr und mehr von der Überzeugung durchdrungen werden, dass sie Opfer falscher gesellschaftlicher Grundsätze waren. ...

Nicht genug, dass die Armen und die Ärzte in die politisch-soziale Opposition gedrängt wurden, es gestaltete sich auch ihr gegenseitiges Verhältnis oft genug sehr ungünstig. Die armen Kranken stellten an den Arzt, den man ihnen aufgezwungen ... hatte, Forderungen.

... verlangten sie doch von ihm jede Aufopferung bei Tag und Nacht, jede Hingebung des Körpers und des Geistes.

Der Arzt, seinerseits, mit Geschäften und wohl auch mit ... Sorgen belastet, ohne hinreichende Mittel zur wirklichen Pflege der Kranken, fast ohne Aussicht auf persönliche Anerkennung seiner Mühen, abgespannt und missmutig, kam nur zu leicht dazu, seine Pfleglinge zu vernachlässigen, ihren übertriebenen Forderungen kaltes Phlegma entgegenzusetzen, und in einer dankbareren und einträglicheren Praxis Ersatz für seine Entbehrungen zu suchen. Was war einfacher und natürlicher?

Und welches war das Resultat für den Staat? Die Zahl der Siechen vermehrte sich, wie die Zahl der Armen überhaupt stieg. ... Mochte immerhin in den Händen Einzelner größerer Reichtum aufgehäuft werden, der National-Wohlstand im Ganzen erhielt immer schwankendere Grundlagen."

Rudolf Virchow, Der Armenarzt, aus: Die Medizinische Wochenschrift, 3. November 1848

**Positionen zum Einsatz von Telematik im
Gesundheitswesen**

-- Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008 --

Zusammenfassung	4
1 Informations- und Kommunikationstechnologien (Telematik) im Gesundheitswesen	6
2 Ärztliche Sicht und Prinzipien	6
2.1 Vertraulichkeit – Grundlage für Vertrauen zwischen Patient und Arzt.....	7
2.2 Therapiefreiheit – Voraussetzung für den Erfolg ärztlichen Handelns	7
2.3 Gespräch zwischen Patient und Arzt – Mittelpunkt der Kommunikation im Gesundheitswesen	8
3 Anwendungsgebiete und Rahmenbedingungen für Telematik	9
3.1 Anwendungsgebiete	10
3.1.1 Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (Elektronischer Arztbrief).....	10
3.1.2 Elektronische Patientenakten	10
3.1.3 Telemonitoring	11
3.2 Technisch-organisatorische Rahmenbedingungen	11
3.2.1 Standardisierung.....	11
3.2.2 Absicherung elektronischer Kommunikation.....	12
4 Anforderungen der Ärzteschaft an den Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen	13
4.1 Möglicher Nutzen für die Patientenversorgung.....	14
4.2 Mögliche Risiken für die Patientenversorgung	15
4.2.1 Sicherheit und Schutz vor Datenmissbrauch.....	15
4.2.2 Auswirkungen der Telematik auf die Patient-Arzt-Beziehung.....	16
4.2.3 Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Telematik	17

5	Prüfsteine für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a SGB V	19
5.1	Keine Gefährdung sensibler Patientendaten	20
5.2	Keine Zwangsanbindung an die Telematikinfrastruktur	21
5.3	Neukonzeption des Projektes Gesundheitskarte	21
5.4	Kritische Begleitung durch die Ärzteschaft	22

Zusammenfassung

Ärztliche Sicht und Prinzipien

Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt ist von grundlegender Bedeutung für eine gute Medizin und den Heilungserfolg als Ziel ärztlichen Handelns. Ihre Grundlagen sind die Kompetenz und Verschwiegenheit des Arztes, die Berücksichtigung der individuellen Belange, Werte und Einstellungen des Patienten und der verantwortungsbewusste Umgang mit Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Dem steht das zunehmende Interesse Dritter an Behandlungsdaten zum Zwecke der Steuerung des Behandlungsgeschehens entgegen. Trotz aller Veränderungen muss das Gespräch zwischen Patient und Arzt auch zukünftig im Mittelpunkt der Kommunikation im Gesundheitswesen stehen.

Telematik im Gesundheitswesen

Die sich verändernden Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens haben die zunehmende Nutzung elektronischer Informationstechnologien in Form einer sicheren, elektronischen Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, elektronischer Patientenakten und neuer Formen der Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten (Telemonitoring) zur Folge. Für einrichtungs- und sektorübergreifende Patientenakten bestehen keine allgemein anerkannten und technisch realisierten sowie rechtlich abschließend bewerteten Konzeptionen. Viele technische wie auch rechtliche Fragen sind noch ungeklärt. Die Nutzbarkeit des Telemonitorings wurde für verschiedene Erkrankungen gezeigt. Die Vielzahl von technischen Lösungen wirkt sich häufig als hindernd und kostspielig für die Anwender aus. Eine einheitliche Infrastruktur mit der Möglichkeit zur sicheren Netzanbindung und der für das Gesundheitswesen notwendigen Verfügbarkeit von Verschlüsselungs-, Authentifizierungs- und Signaturtechniken auf Basis von Chipkarten fehlt.

Anforderungen der Ärzteschaft an den Einsatz von Telematik

Die Ärzteschaft steht den Möglichkeiten, die sich durch den Einsatz von Telematik in Form elektronischer Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, einer elektronischen Patientenakte und des Telemonitorings bei Patienten mit chronischen Erkrankungen ergeben, aufgeschlossen gegenüber. Unabdingbare Voraussetzung für die Nutzung telematischer Verfahren in der Medizin ist der Schutz der sensiblen Patientendaten vor dem Zugriff Dritter. Neben dem rechtlichen Schutz ist auch der dauerhaft wirksame technische Schutz der Daten vor einem Zugriff durch Kostenträger, den Staat oder andere „Dritte“ zu gewährleisten. Für den Aufbau einer sicheren Kommunikationsinfrastruktur muss sich der Staat auf die Schaffung sicherer rechtlicher Rahmenbedingungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen beschränken. Die Entscheidung über die Einführung und den Einsatz telematischer Behandlungsverfahren für Patienten und Ärzte muss freiwillig sein. Die Auswirkungen des Einsatzes

von Telematik im Gesundheitswesen auf die Patient-Arzt-Beziehung müssen verstärkt wissenschaftlich untersucht werden.

Prüfsteine für die elektronische Gesundheitskarte nach § 291a SGB V

Der Deutsche Ärztetag erhebt folgende Forderungen für die Neukonzeption des Projektes:

- Medizinische Daten sind so zu schützen, dass auch ggf. erfolgende Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.
- Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern.
- Umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.
- Erstellung und Veröffentlichung eines Sicherheitsgutachtens durch unabhängige Experten vor der flächendeckenden Einführung.
- Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung.
- Freiwillige Entscheidung von Ärzten und Patienten über die Nutzung von elektronischen Patientenakten.
- Wenn Ärzten kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen entsteht, sind die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten.
- Keine Einführung des elektronischen Rezepts.
- Die Notfalldaten sind durch eine auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte zu speichernde „Klinische Basisinformation“ zu ersetzen.
- Der sichere elektronische Arztbrief muss allen Ärzten mit Beginn der Online-Phase zur freiwilligen Nutzung zur Verfügung stehen.
- Die Konzepte für Arzneimitteldokumentation und elektronische Patientenakte sind neu aufzusetzen.

Die Ärzteschaft macht ihr Mitwirken in der gematik GmbH und an den Tests in den Regionen von der Beachtung der von ihr formulierten Prüfsteine und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig.

1 Informations- und Kommunikationstechnologien (Telematik) im Gesundheitswesen

Telematik im Gesundheitswesen hat in den verschiedensten Bereichen in ihrer Tragweite heute noch nicht abschließend erkenn- und abschätzbare Auswirkungen auf die Arbeitsweise von Ärzten und ihre Beziehungen zu den Patienten. Vertraulichkeit sensibler Patientendaten ist durch möglichen Datenmissbrauch gefährdet. Mit der Standardisierung beim Einsatz von IT droht eine „durchnormierte“ Medizin. Es stellen sich neue, zu klärende Rechtsfragen sowie Probleme einer ungleichen und daher auszugleichenden Verteilung von Kosten und Nutzen zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern. Weiterhin wird es zu Veränderungen der Arbeitsabläufe in der Patientenvorsorgung kommen.

Mit dem vorliegenden Dokument legt die Deutsche Ärzteschaft ihre Positionen zur Telematik im Gesundheitswesen vor und formuliert damit die Prüfsteine für ihren Einsatz. Diese gelten insbesondere auch für das von staatlicher Seite initiierte Projekt der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte und einer Telematikinfrastruktur nach den §§ 291a und b SGB V.

2 Ärztliche Sicht und Prinzipien

Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt ist von grundlegender Bedeutung für eine gute Medizin und den Heilungserfolg als Ziel ärztlichen Handelns.

Grundlagen sind die Kompetenz und Verschwiegenheit des Arztes, die Berücksichtigung der individuellen Belange, Werte und Einstellungen des Patienten und der verantwortungsbewusste Umgang mit Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Dem steht das zunehmende Interesse Dritter an Behandlungsdaten zum Zwecke der Steuerung des Behandlungsgeschehens entgegen.

Trotz aller Veränderungen muss das Gespräch zwischen Patient und Arzt auch zukünftig im Mittelpunkt der Kommunikation im Gesundheitswesen stehen.

Das Erfolgskriterium guter Medizin ist eine funktionierende, durch Vertrauen geprägte Beziehung zwischen Patient und Arzt. Die Einführung und verstärkte Nutzung von elektronischer Kommunikation und Telematik im Gesundheitswesen dürfen diese Vertrauensbeziehung nicht gefährden. Die Prinzipien ärztlicher Tätigkeit müssen unverändert Bestand haben. Die Grundlagen eines dem Wohl des Patienten verpflichteten ärztlichen Handelns dürfen keine Einengung erfahren.

Gute Medizin ist kein Industrieprodukt, dessen Qualität durch unreflektierte Wiederholung schematisierter diagnostischer und therapeutischer Leistungen gesichert werden kann. Die Qualität der erbrachten Leistungen wird vielmehr maßgeblich bestimmt von der Interaktion zwischen Patient und Arzt. Die Rolle des Patienten reicht dabei von der des informierten und kritischen Versicherten bis hin zu der des Schwerkranken, dessen Autonomie und Entscheidungsfreiheit stark eingeschränkt ist.

2.1 Vertraulichkeit – Grundlage für Vertrauen zwischen Patient und Arzt

Vertrauen zwischen Patient und Arzt kann nur auf der Grundlage der Gewissheit des Patienten entstehen, dass der Arzt die Informationen, von denen er im Rahmen der Behandlung Kenntnis erlangt, vertraulich behandelt und diese nur demjenigen zur Kenntnis bringt, dem sie nach dem Willen des Patienten zugänglich gemacht werden sollen. Auch wenn Patienten und Ärzte grundsätzlich verbesserte Informationsflüsse im Gesundheitswesen befürworten und sich davon Chancen für eine verbesserte Behandlung erhoffen, zeigen alle Untersuchungen, dass nicht nur Ärzte, sondern auch Patienten der Vertraulichkeit ihrer sensibelsten und persönlichsten Daten uneingeschränkt höchste Priorität einräumen.

Vor dem Hintergrund eines stetig zunehmenden Interesses Dritter an Behandlungsdaten muss hinter der Forderung nach Transparenz allzu oft weniger der Wunsch nach Förderung der Patientenautonomie oder verbesserter Versorgung als vielmehr der Wunsch nach dem gläsernen Patienten wie auch dem gläsernen Arzt – letztlich also einer gläsernen Patient-Arzt-Beziehung – zum Zwecke der Steuerung des Behandlungsgeschehens vermutet werden. Eine so verstandene Transparenz wird von der Ärzteschaft strikt abgelehnt. Die Ärzteschaft begrüßt daher ausdrücklich das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 27. Februar 2008, mit dem festgestellt wurde, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht das Grundrecht auf Gewährleistung der Vertraulichkeit und Integrität informationstechnischer Systeme umfasst.

2.2 Therapiefreiheit – Voraussetzung für den Erfolg ärztlichen Handelns

Die Therapiefreiheit von Patient und Arzt, die der Individualität des Patienten in seiner spezifischen Situation angemessen ist, ist unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg ärztlicher Tätigkeit. Vom Gesetzgeber in den letzten Jahren über das Sozialgesetzbuch durchgesetzte Maßnahmen zur Steigerung der Behandlungsqualität gehen meist nicht nur mit der Erfassung und Sammlung großer Datenmengen einher, sondern erweisen sich in der Realität meist allenfalls als Werkzeuge zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung, die sich dann als verdeckte Rationierung von Leistungen auswirkt.

2.3 Gespräch zwischen Patient und Arzt – Mittelpunkt der Kommunikation im Gesundheitswesen

Das ärztliche Gespräch dient nicht nur dem Aufbau der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Anamnese und körperliche Untersuchung bleiben auch unter den Bedingungen einer hoch technisierten und konsequent an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten Medizin die wichtigsten Informationsquellen des Arztes. Ärztliche Tätigkeit ist es, alle Informationsquellen im Kontext des erworbenen Wissens und Könnens und unter Beachtung der Präferenzen des Patienten zu bewerten, zu gewichten und einzuordnen. Ein Mehr an Information führt keineswegs auch zu einem Mehr an Wissen oder gar automatisch zur Verbesserung der Grundlagen für die zu treffenden Entscheidungen.

Ärztliche Erfahrungen im Umgang mit zusätzlichen Informationsquellen zeigen, dass gut strukturierte Informationen insbesondere zu Sachverhalten, die der Patient im Detail oft nur unzureichend wiedergeben kann, geeignet sind, das Gespräch und die körperliche Untersuchung sinnvoll zu ergänzen. Der Wunsch von Patienten, dass solche Informationen gerade dann zur Verfügung stehen, wenn Patienten an verschiedenen Stellen des Gesundheitswesens behandelt werden, wird von der Ärzteschaft anerkannt. Eine unübersichtliche Datensammlung kann allerdings zu einer Klärung der wirklich notwendigen Maßnahmen im Sinne der Heilung des Patienten oft nur wenig beitragen.

Ärzte sind durch geeignete Maßnahmen bereits in der Ausbildung und kontinuierlich in der Fortbildung zu befähigen, medizinische Telematik ein- und umzusetzen, kritisch zu begleiten, zu evaluieren und gegenüber Kollegen und Patienten zu kommunizieren.

3 Anwendungsgebiete und Rahmenbedingungen für Telematik

Die sich verändernden Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens haben die zunehmende Nutzung elektronischer Informationstechnologien in Form einer sicheren, elektronischen Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, elektronischer Patientenakten und neuer Formen der Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten (Telemonitoring) zur Folge.

Für einrichtungs- und sektorübergreifende Patientenakten bestehen keine allgemein anerkannten und technisch realisierten sowie rechtlich abschließend bewerteten Konzeptionen. Viele technische wie auch rechtliche Fragen sind noch ungeklärt. Die Nutzbarkeit des Telemonitorings wurde für verschiedene Erkrankungen gezeigt.

Die Vielzahl von technischen Lösungen wirkt sich häufig als hindernd und kostspielig für die Anwender aus. Eine einheitliche Infrastruktur mit der Möglichkeit zur sicheren Netzanbindung und der für das Gesundheitswesen notwendigen Verfügbarkeit von Verschlüsselungs-, Authentifizierungs- und Signaturtechniken auf Basis von Chipkarten fehlt.

Durch gesetzgeberische Maßnahmen der vergangenen Jahre wie auch durch geänderte Rahmenbedingungen (z. B. medizinischer Fortschritt, demografischer Wandel) ist die ärztliche Tätigkeit starken Veränderungen unterworfen.

Neue Versorgungsformen (z. B. integrierte Versorgungsstrukturen, Ärztenetze, ortsübergreifende Praxen) und zunehmende Anforderungen an die Dokumentation erfordern den Einsatz von elektronischer Datenverarbeitung und eine elektronische Vernetzung. Die neuen Aufgaben sind mit den herkömmlichen Methoden der Informationsübermittlung (Brief, Fax, Telefon) nicht oder nur noch unter erheblichen Schwierigkeiten effektiv zu bewältigen. Auch diese Kommunikationsformen (insbesondere der Faxversand) bergen Sicherheitsrisiken.

Einer direkt adressierten¹, interkollegialen, elektronischen Kommunikation als Ersatz oder auch Ergänzung für herkömmliche Übermittlungsformen (z. B. in Form des „Elektronischen Arztbriefes“) sowie einer patientenbezogenen, einrichtungs- und sektorübergreifenden Kommunikation und Dokumentation („Elektronische Patientenakte“) gilt das besondere Interesse der Ärzteschaft.

¹ Eine direkte Adressierung muss nicht personenbezogen erfolgen. Es kann u. a. auch eine bestimmte Einrichtung (z. B. ein bestimmtes Krankenhaus, eine bestimmte Arztpraxis) adressiert werden.

Neue Formen der Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch Telemonitoring stellen eher eine neue Art der Patientenversorgung als eine neue Kommunikationsform dar.

3.1 Anwendungsgebiete

3.1.1 Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (Elektronischer Arztbrief)

Eine als Punkt-zu-Punkt-Kommunikation bezeichnete, direkt adressierte, elektronische Kommunikation erfolgt an vielen Stellen im Gesundheitswesen bereits heute, z. B. in Form des elektronischen Arztbriefes. Die Etablierung sicherer Kommunikationsinfrastrukturen erweist sich jedoch für alle Partner immer wieder als ein Problem. Es fehlen allgemein anerkannte und zertifizierte Sicherheitslösungen für die Anbindung an das Internet bei unterschiedlichster IT-Ausstattung der Beteiligten.

Obwohl die benötigten Sicherheits- und Kommunikationstechnologien bereits seit über zehn Jahren verfügbar sind und gesetzliche Rahmenbedingungen² für den rechtssicheren elektronischen Austausch von Dokumenten existieren, konnte bisher – auch seitens der Industrie – kein einheitlicher Standard für eine im deutschen Gesundheitswesen nutzbare Lösung für eine sichere, elektronische Punkt-zu-Punkt-Kommunikation etabliert werden.

3.1.2 Elektronische Patientenakten

Bei den im Gesundheitswesen immer häufiger nur noch elektronisch vorliegenden Informationen stellt die Verwendung von Papier zunehmend – nicht nur aufgrund der Medienbrüche – eine Hürde dar. Viele Versorgungsstrukturen schaffen bereits eigene elektronische Lösungen für so genannte Netzsakten oder ähnliche Anwendungen (vgl. Projekt elektronische Fallakte der Krankenhäuser oder Gesundheitsakten gem. § 68 SGB V).

Elektronische Kommunikations- und Speichermedien bieten prinzipiell die Möglichkeit, patientenbezogene einrichtungs- und sektorübergreifende Formen der elektronischen Dokumentation aller eines Patienten betreffenden medizinischen Informationen zu realisieren. Diese so genannte elektronische Patientenakte oder eine Teillösung (wie z. B. der Notfalldatensatz oder die Arzneimitteldokumentation) kann grundsätzlich nach drei verschiedenen Konzepten erfolgen:

1. Die (verschlüsselten) Daten sind in einer „zentralen“ Infrastruktur abgelegt und werden mit Zustimmung des Patienten von Ärzten bei der Behandlung abgerufen oder

² Gesetzgebung zur elektronischen Signatur 2001 (Signaturgesetz SigG, Signaturverordnung SigV)

2. Ärzte und andere Leistungserbringer öffnen ihre technischen Systeme mit Zustimmung des Patienten für den Zugriff durch andere berechnigte Ärzte oder
3. Die Patienten (als „Herren ihrer Daten“) tragen die Daten auf einem Speichermedium bei sich. Berechnigte Ärzte können mit Zustimmung des Patienten diese im Behandlungsfall von dem Speichermedium auslesen.

Für die Realisierung elektronischer Patientenakten hat sich bisher weder international noch in Deutschland ein Standard etabliert. Es existieren unterschiedlichste Konzepte, die sowohl ausgehend von eher theoretisch-wissenschaftlichen Überlegungen als auch aus der Weiterentwicklung von kommerziellen Lösungen entstanden sind.

Im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen bestehen noch große Unsicherheiten bezogen auf die durch elektronische Patientenakten potenziell drohende Informationsüberflutung und die Problematik einer umfassenden Würdigung dieser Informationen durch Ärzte. Der Einsatz elektronischer Patientenakten durch Industrieunternehmen oder Krankenkassen wirft darüber hinaus noch zu klärende Fragen zur Einsichtnahme oder sogar weitergehenden Nutzung der Daten durch diese Anbieter oder gar Dritte auf.

3.1.3 Telemonitoring

Die kontinuierliche oder periodische Überwachung von Vitalparametern wie z. B. EKG oder Körpergewicht bei Patienten in deren häuslichem Umfeld (Telemonitoring) befindet sich zunehmend im klinischen Einsatz. Die technische Einsatzfähigkeit der Systeme wurde für verschiedene Erkrankungen gezeigt. Insbesondere im Bereich der Kardiologie gibt es deutliche Hinweise auf Vorteile des Telemonitorings aus medizinischer aber auch aus ökonomischer Sicht, z. B. durch die Verringerung der (Re-)Hospitalisierungsrate. Die größere Unabhängigkeit der Patienten von medizinischen Versorgungseinrichtungen legt eine Verbesserung der Lebensqualität nahe.

3.2 Technisch-organisatorische Rahmenbedingungen

3.2.1 Standardisierung

Der Einsatz elektronischer Kommunikation und Dokumentation macht eine weitere Standardisierung sowohl der verwendeten technischen Lösungen als auch der jeweils übermittelten Inhalte notwendig. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt durch eine unübersehbare Zahl an Lösungen, die die elektronische Kommunikation unterschiedlicher Partner stark erschwert. Das Fehlen von einheitlichen Standards wirkt sich häufig als hindernd und für die Anwender kostspielig aus. Auch von der Industrie betriebene Standardisierungsprojekte waren bisher nicht erfolgreich.

3.2.2 Absicherung elektronischer Kommunikation

Die sichere, elektronische Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, der Aufbau und die Nutzung einrichtungübergreifender elektronischer Patientenakten und auch der Einsatz von Telemonitoring-Verfahren in der Medizin setzen eine sichere Übertragung und Speicherung von Daten voraus. Aus technischer und datenschutzrechtlicher Sicht ist eine Absicherung von Patientendaten, die sich außerhalb der physischen Verfügbarkeit von Patienten oder Ärzten und anderen Leistungserbringern befinden, nur mit Verfahren der Verschlüsselung (Kryptographie) zu gewährleisten. Diese Voraussetzungen sind bei Nutzung des so genannten freien Internet nicht gegeben. Die Konzepte machen jedoch erhebliche organisatorische wie auch technische Anstrengungen insbesondere dann erforderlich, wenn die Sicherheit der Daten auf (lebens-)lange Sicht gewährleistet sein muss. Technische und organisatorische Grundsatzfragen sind bisher noch ungeklärt.

Sicheres Kommunikationsnetz für das Gesundheitswesen

Der elektronische Austausch medizinischer Daten setzt für die Anwender die Möglichkeit zur sicheren Netzanbindung durch sichere Anbieter voraus, die besonderen Anforderungen genügen. Durch eine solche Anbindung muss insbesondere verhindert werden, dass die auf den Systemen der Anwender liegenden Daten von Dritten eingesehen oder sogar manipuliert werden. In Deutschland fehlen für das Gesundheitswesen bisher allerdings detaillierte technische Vorgaben wie auch Zertifizierungsverfahren durch staatliche Genehmigungsbehörden wie das Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Elektronische Verschlüsselung, Authentifizierung und Signatur

Unabhängig von der sicheren Anbindung an Netzinfrastrukturen muss beim elektronischen Austausch medizinischer Daten sichergestellt werden, dass diese ausschließlich von einem berechtigten Empfänger gelesen werden können. Weiterhin müssen beim Zugriff auf elektronische Patientenakten oder der Anmeldung in einem Datennetz Personen eindeutig identifizierbar sein und ihre Zugriffsberechtigung nachweisen können (Authentifizierung). Nutzernamen und Passworte sind nach einhelliger Auffassung von Datenschützern und IT-Sicherheitsexperten nicht geeignet, das notwendige, sehr hohe Schutzniveau für medizinische Daten zu gewährleisten. Auch so genannte qualifizierte elektronische Signaturen³, die

³ Der Begriff qualifizierte Signatur entstammt dem deutschen Signaturgesetz (SigG) und beschreibt elektronische Signaturen, die nach deutschem Recht die gleiche Beweiskraft wie eine Unterschrift auf Papier haben. Die Erstellung qualifizierter Signaturen ist an eine Reihe von technischen und organisatorischen Bedingungen geknüpft, die

es – vergleichbar zur Unterschrift auf dem Papier – ermöglichen, elektronische Dokumente beweisbar und rechtssicher zu „unterschreiben“, werden bisher im Gesundheitswesen kaum genutzt.

Die Aufgaben der elektronischen Verschlüsselung, Authentifizierung und Signatur sind auf dem für das Gesundheitswesen zu fordernden hohen Sicherheitsniveau an die Verwendung von Kryptoprozessorchipkarten geknüpft. Das bedeutet, dass zur langfristigen sicheren Etablierung von elektronischer Datenverarbeitung im Gesundheitswesen eine Ausstattung mit solchen Werkzeugen unumgänglich ist, wie dies der 110. Deutschen Ärztetag 2007 für die Ärzte in Form des elektronischen Arztausweises bestätigt hat.

4 Anforderungen der Ärzteschaft an den Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen

Die Ärzteschaft steht den Möglichkeiten, die sich durch den Einsatz von Telematik in Form der sicheren elektronischen Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, einer elektronischen Patientenakte und des Telemonitorings bei Patienten mit chronischen Erkrankungen ergeben, aufgeschlossen gegenüber.

Unabdingbare Voraussetzung für die Nutzung telematischer Verfahren in der Medizin ist der Schutz der sensiblen Patientendaten vor dem Zugriff Dritter. Neben dem rechtlichen Schutz ist auch der dauerhaft wirksame technische Schutz der Daten vor einem Zugriff durch Kostenträger, den Staat oder andere „Dritte“ zu gewährleisten.

Für den Aufbau einer sicheren Kommunikationsinfrastruktur muss sich der Staat auf die Schaffung sicherer rechtlicher Rahmenbedingungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen beschränken.

Die Entscheidung über die Einführung und den Einsatz telematischer Behandlungsverfahren für Patienten und Ärzte müssen freiwillig sein.

Die Auswirkungen des Einsatzes von Telematik im Gesundheitswesen auf die Patient-Arzt-Beziehung müssen verstärkt wissenschaftlich untersucht werden.

Telematik im Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck. Maßstab für die Bewertung der neuen

in SigG und Signaturverordnung (SigV) beschrieben sind und u. a. die Verwendung von staatlich zugelassenen technischen Komponenten erfordern.

Technologien aus ärztlicher Sicht muss der Nutzen für den Patienten und seine medizinische Versorgung sein.

4.1 Möglicher Nutzen für die Patientenversorgung

Die Ärzteschaft stellt fest, dass die Telematik eine Vielzahl neuer Chancen zur Verbesserung des Informationsaustausches zwischen den Sektoren und den sich immer stärker spezialisierenden Leistungsbereichen des Gesundheitswesens eröffnet.

Die sichere elektronische Punkt-zu-Punkt-Kommunikation und der Aufbau der benötigten Infrastruktur, die allen Behandlungseinrichtungen deren hoch verfügbare, kostengünstige, sichere und benutzerfreundliche Nutzung ermöglicht, wird von der Ärzteschaft begrüßt. Der verstärkte Einsatz elektronischer Kommunikation sowie einrichtungs- und sektorübergreifender Elektronischer Patientenakten können im Behandlungsfall dazu beitragen, die oft zeitraubende Beschaffung von Vorinformationen zu vereinfachen und zu beschleunigen. In einer durch Mobilität geprägten Gesellschaft und einem zunehmend durch Hochspezialisierung gekennzeichneten Gesundheitswesen können sich Ärzten neue Möglichkeiten eröffnen, auf die bereits an anderen Stellen vorhandenen Daten eines Patienten zuzugreifen. Dies kann von besonderem Wert bei der Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen sein.

Der Erfolg des Einsatzes von elektronischen Patientenakten hängt von den Rahmenbedingungen der Einführung ab. Das Digitalisieren und Verfügbarmachen medizinischer Daten gewährleistet alleine noch keine Verbesserung der medizinischen Versorgung. Untersuchungen zeigen, dass unter enger Einbeziehung der Anwender und zugeschnitten auf die in verschiedenen Versorgungsbereichen bestehenden Anforderungen zunächst mit einfachen, übersichtlichen Lösungen gearbeitet werden muss, die stufenweise geplant, getestet und erweitert werden müssen⁴.

Besonders im Bereich der Arzneimitteltherapie können sich durch eine sinnvoll gestaltete Dokumentation der von unterschiedlichen Ärzten verordneten und der vom Patienten selbst eingenommenen Arzneimittel verbesserte Möglichkeiten ergeben, potenzielle Wechselwirkungen auszuschließen, notwendige Dosisanpassungen zu erkennen und damit unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden.

⁴ Blumenthal D, Glaser JP: Information technology comes to medicine. N Engl J Med. 2007 Jun 14;356(24):2527-34.

Das Telemonitoring bietet aus Sicht der Ärzteschaft verbesserte Möglichkeiten zur Behandlung chronischer Erkrankungen. Durch seinen Einsatz kann Patienten eine größere Mobilität ermöglicht und diese auch in höherem Lebensalter länger erhalten bleiben. Die Verschlimmerung bestimmter chronischer Erkrankungen kann früher erkannt und dadurch wirksamer behandelt werden und die Zahl und Dauer stationärer Aufenthalte verringert werden.

4.2 Mögliche Risiken für die Patientenversorgung

Dem potenziellen Nutzen der Telematik stehen erhebliche Risiken gegenüber. Besondere Risiken bestehen für die Bewahrung der durch Vertrauen und Vertraulichkeit geprägten Patient-Arzt-Beziehung, für die Patientenautonomie und für die ärztliche Therapiefreiheit als Voraussetzungen für eine individuelle und an den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Diagnostik, Therapie und Beratung sowie für den sorgsam und verantwortungsbewussten Umgang mit den knappen finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens. Daher muss eine maßvolle und schrittweise Einführung der Telematik unter geordneten Rahmenbedingungen ermöglicht werden.

4.2.1 Sicherheit und Schutz vor Datenmissbrauch

Die Ärzteschaft stellt fest, dass die große Zahl unterschiedlicher, heute von der Industrie den Ärzten und Einrichtungen des Gesundheitswesens angebotenen Lösungen ein potenzielles Risiko für die Sicherheit von Patientendaten auf den Systemen der Anwender wie auch auf den elektronischen Transportwegen und den ggf. eingesetzten zentralen Diensten darstellt. Die Anbindung von Einrichtungen des Gesundheitswesens an elektronische Kommunikationsnetze setzt die Schaffung einer einheitlichen und sicheren Infrastruktur voraus, deren Aufbau von der Ärzteschaft grundsätzlich begrüßt wird. Die Ärztekammern werden das Projekt elektronischer Arztausweis weiter vorantreiben und fordern staatliche Genehmigungsbehörden und die Industrie auf, zeitnah dessen Einsatz auf Grundlage der von den Leistungsträgern im Gesundheitswesen entwickelten technischen Spezifikationen zu ermöglichen.

Die Ärzteschaft stellt mit Sorge fest, dass weltweit tätige IT-Unternehmen aber auch Krankenversicherungen angekündigt oder bereits begonnen haben, elektronische Patientenakten zu schaffen. Der Aufbau solcher Strukturen erfolgt häufig unter nicht klar erkennbaren datenschutzrechtlichen Bedingungen und teilweise nicht optimaler technischer Absicherung, zum Teil mit dem erklärten Ziel, die Daten der Patienten kommerziell verwerten zu wollen. Die Ärzteschaft stellt sich im Interesse der Patienten entschieden gegen solche Bestrebungen seitens der Industrie und auch der Kostenträger im Gesundheitswesen. Versuche der Kostenträger, an medizinische Daten ihrer Versicherten – z. B. im Rahmen der Finanzierung von Gesundheitskaten nach § 68 SGB V – zu gelangen, dürfen gesetzlich nicht zulässig sein.

Für den Aufbau elektronischer Patientenakten ist ein sicherer rechtlicher Rahmen zu schaffen und sind von Seiten der Industrie sichere technische Lösungen anzubieten, die sich nicht nur auf die im Rahmen der SGB V zu schaffenden Lösungen beschränken. Eine Nutzung der Patientendaten durch Kostenträger, staatliche Stellen, Industrieunternehmen oder andere „Dritte“ muss gesetzlich verhindert und technisch sicher und dauerhaft ausgeschlossen werden. Weder eine angeblich mangelnde Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens noch die mögliche Gefährdung der inneren Sicherheit dürfen als Argumente missbraucht werden, um den Zugriff auf die Daten nachträglich zu „legalisieren“.

Die Lösungen für elektronische Patienten- und Gesundheitsakten müssen so gestaltet sein, dass alle technischen Alternativen der Speicherung von Patientendaten geprüft und, wenn praktikabel, auch angeboten werden. Patienten und Ärzten muss ermöglicht werden, auch Lösungen zur Nutzung von Datenträgern in der Hand des Patienten zu erproben und ggf. einzusetzen.

4.2.2 Auswirkungen der Telematik auf die Patient-Arzt-Beziehung

Durch den Einsatz von Telematik sind erhebliche Auswirkungen auf die Patient-Arzt-Beziehung zu erwarten.

Die Entscheidung darüber, ob der Einsatz von Telematik geeignet ist, Nutzen für einen Patienten zu stiften und die Behandlung des Arztes zu unterstützen, hängt daher von vielfältigen, häufig nur in der individuellen Behandlungssituation gemeinsam von Patient und Arzt bewertbaren Faktoren ab. Der Einsatz von Telematik ist weder für jeden Patienten, noch für jede Behandlungssituation, noch für jedes Fachgebiet der Medizin gleichermaßen geeignet und muss daher für Patienten wie auch für Ärzte freiwillig sein.

Gerade der Einsatz elektronischer Patientenakten kann unter bestimmten Voraussetzungen für Diagnose und Therapie hilfreich sein. Er nützt dem Patienten aber nicht in allen Fällen. Es bestehen große Unsicherheiten hinsichtlich der potentiell drohenden Informationsüberflutung und der notwendigen umfassenden Würdigung dieser Informationen durch Ärzte. Verschärft werden die Probleme durch das in der Mehrzahl der Konzepte realisierte „Löschrecht“ des Patienten wie auch der Tatsache, dass eine elektronische Patientenakte von mehreren Ärzten geführt wird. Potenziell entstehen unklare Verantwortlichkeiten. Einmal festgelegte Diagnosen können nur schwerer revidiert werden. Die vorgenannten Unsicherheiten finden ihren Niederschlag nicht zuletzt in vielen haftungsrechtlichen Fragen, deren Klärung unabdingbar ist.

Die Ärzteschaft stellt fest, dass unter dem großen ökonomischen Druck im Gesundheitswesen Tendenzen zu einer immer weiter um sich greifenden Standardisierung und Industriali-

sierung der ärztlichen Tätigkeit erkennbar sind. Die Nutzung von IT ist in besonderem Maße geeignet, solchen Tendenzen zusätzlich Vorschub zu leisten. Der Einsatz von Telematik darf daher nicht zu einer Einschränkung des Anspruchs der Patienten auf eine angemessene und individuelle Behandlung führen, indem mit technischen Verfahren z. B. Behandlungsleitlinien zwingend durchgesetzt und so ärztliches Entscheiden und Handeln durch das Abarbeiten von Algorithmen ersetzt werden.

Für das Telemonitoring besteht aufgrund möglicher Kosteneinsparungen und des in diesem Bereich stark ausgeprägten Engagements kommerzieller Anbieter die Gefahr, dass Patienten zukünftig verstärkt aus ökonomischen Gründen gedrängt werden, das Telemonitoring als Verfahren zu akzeptieren. Auch wenn das Telemonitoring chronisch erkrankten Menschen in vielen Fällen eine größere Unabhängigkeit ermöglichen kann, macht die damit verbundene Kontrolle die Ambivalenz der neuen Technologie deutlich. Die Ärzteschaft fordert daher, dass gerade für den Einsatz von Technologien, die dem Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin entstammen und klassisch der Überwachung akut lebensbedrohlich erkrankter und häufig bewusstloser Patienten dienen, die Wahrung der Entscheidungshoheit von Patienten gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten zu gewährleisten ist. Patienten, die Telemonitoring ablehnen, darf aus ihrer Ablehnung dieser Behandlungsmethode kein Nachteil erwachsen. Gemeinsame und individuelle Entscheidungen von Patienten und Ärzten und nicht etwa vorwiegend ökonomische Erwägungen müssen daher Triebfeder der weiteren Entwicklung auch beim Telemonitoring sein.

Die Auswirkungen des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien und auch von Telemonitoring-Verfahren auf die Patient-Arzt-Beziehung und in besonderem Maße auf die ärztliche Entscheidungsfindung sind bisher nur unzureichend untersucht. Die Ärzteschaft begrüßt und fordert daher die Förderung wissenschaftlicher Forschung im Bereich der Telematik im Gesundheitswesen und der Telemedizin. Sie unterstützt diese auch finanziell u. a. durch die Schwerpunktsetzung Telemonitoring im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer. Sie bekräftigt ihre Forderung, eine umfassende Evaluation von Telematikprojekten gerade auch unter den oben genannten Aspekten vorzunehmen, wobei die Kriterien einer solchen Evaluation vorher bekannt und festgelegt sein sollten.

4.2.3 Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Telematik

Alle Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens sind unter den Bedingungen der sich stetig verschärfenden Finanzierungskrise darauf angewiesen, in hohem Maße auch unternehmerisch zu handeln. Bei der Bewertung, ob Telematik in der medizinischen Versorgung zum Einsatz kommen soll, müssen daher immer auch die jeweils spezifischen Rahmenbe-

dingungen der ärztlichen Leistungserbringung unter Kosten- und Nutzensgesichtspunkten berücksichtigt werden.

Weiterhin steht fest, dass sich die durch den Einsatz von Telematik erhofften Verbesserungen in der Versorgung nicht allein durch Technologie werden verwirklichen lassen. Einführung und Einsatz erfordern Zeit der Ärzte und der Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Dieser zusätzliche Zeitaufwand ist angemessen zu vergüten. Vor der Einführung ist die Kostenfrage für Investitionen und Betriebskosten abschließend zu regeln.

Vor diesem Hintergrund kann nur die für die einzelnen Versorgungsbereiche jeweils unter spezifischer Abwägung von Kosten und Nutzen freiwillige und nach eigener Überzeugung erfolgende Nutzung von Telematik die Gewähr dafür bieten, dass ein auch unter Kostenaspekten für das Gesamtsystem verantwortungsvoller Einsatz erfolgt und die Verschwendung dringend benötigter finanzieller Ressourcen des Gesundheitswesens unterbleibt. Durch ein solches Vorgehen kann auch weitgehend gewährleistet werden, dass Investitionen und Betriebskosten, denen für den einzelnen Versorgungsbereich und dessen Leistungserbringer ggf. kein Nutzen gegenübersteht, durch den Nutznießer refinanziert werden.

5 Prüfsteine für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a SGB V

Die Ärzteschaft erkennt die Chancen des Projektes elektronische Gesundheitskarte für eine sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen. Sie erhebt jedoch folgende Forderungen für eine Anpassung und Neukonzeption des Projektes:

- Medizinische Daten sind so zu schützen, dass auch ggf. erfolgende Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.
- Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern.
- Umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.
- Erstellung und Veröffentlichung eines Sicherheitsgutachtens durch unabhängige Experten vor der flächendeckenden Einführung.
- Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung.
- Freiwillige Entscheidung von Ärzten und Patienten über die Nutzung von elektronischen Patientenakten.
- Wenn Ärzten kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen entsteht, sind die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten.
- Keine Einführungen des elektronischen Rezepts.
- Die Notfalldaten sind durch eine auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte zu speichernde „Klinische Basisinformation“ zu ersetzen.
- Der sichere elektronische Arztbrief muss allen Ärzten mit Beginn der Online-Phase zur freiwilligen Nutzung zur Verfügung stehen.
- Die Konzepte für Arzneimitteldokumentation und elektronische Patientenakte sind neu aufzusetzen.

Die Ärzteschaft macht ihr Mitwirken in der gematik GmbH und an den Tests in den Regionen von der Beachtung der von ihr formulierten Prüfsteine und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig.

In Deutschland sollen auf Grundlage der §§ 291 a und b SGB V die elektronische Gesundheitskarte und eine einheitliche Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen eingeführt werden. Hierhin können Möglichkeiten für die Unterstützung heute bereits bestehender und von Ärzten genutzter Telematikanwendungen liegen. Die Ärzteschaft hat jedoch deutlich

gemacht, dass sie das Projekt in der ursprünglich konzipierten Form ablehnt und dass seine Umsetzung nur unter bestimmten Bedingungen akzeptabel ist.

5.1 Keine Gefährdung sensibler Patientendaten

Die Kritik der Ärzteschaft richtet sich zu allererst gegen die mögliche Gefährdung sensibler Patientendaten und die damit drohende Zerstörung der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Es wird anerkannt, dass auf Basis der mit dem § 291a SGB V geschaffenen rechtlichen Grundlage ein missbräuchlicher Zugriff auf die Patientendaten dauerhaft ausgeschlossen werden soll. Vor dem Hintergrund der Bedrohung der ärztlichen Schweigepflicht durch das Telekommunikationsüberwachungsgesetz und auch anderer staatlicher Eingriffe in ursprünglich gesetzlich geschützte Datenbestände (z. B. im Bereich des Steuer- und Finanzwesens sowie der LKW-Maut) werden von der Ärzteschaft folgende Forderungen erhoben:

- Die im Gesundheitswesen zukünftig ggf. auch außerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens abgelegten Daten müssen technisch wirksam so vor Zugriffen des Staates wie auch anderer Stellen geschützt werden, dass auch zukünftige Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.
- Die Ärzteschaft fordert im Projekt elektronische Gesundheitskarte die Konzeption, Untersuchung und Erprobung aller technischen Alternativen zur Speicherung von Daten auf zentralen Servern. Hierbei sind die elektronische Gesundheitskarte selbst wie auch andere Speichermedien unter direkter Kontrolle des Patienten mit einzubeziehen.
- Das Projekt elektronische Gesundheitskarte ist umfassend dauerhaft zu evaluieren. Eine „Alibi-Evaluation“ nur auf der Grundlage von Erfahrungsberichten der Testteilnehmer und Beteiligten an diesem Projekt wird abgelehnt. Die Evaluationsergebnisse müssen jeweils vor Beginn einer neuen Testphase öffentlich zugänglich gemacht werden und vor dem Beginn der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vollständig vorliegen.
- Die bisher von der gematik GmbH erstellten technischen Konzepte für die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur müssen durch ein öffentlich finanziertes Sicherheitsgutachten unabhängiger Experten untersucht werden. Die Ergebnisse müssen vor dem Beginn der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur vorliegen und einer öffentlichen Diskussion zugeführt werden.

5.2 Keine Zwangsanbindung an die Telematikinfrastruktur

Die auf staatlicher Grundlage erfolgende Einführung von elektronischer Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur ist ein massiver Eingriff in alle Abläufe des Gesundheitswesens. Trotz hohen Aufwandes erwächst die Gefahr mangelnden medizinischen Nutzens, der Behinderung statt Unterstützung von Praxisabläufen sowie einer erheblichen finanziellen Belastung von Ärzten, anderen Leistungserbringern und des gesamten Gesundheitswesens, denen kein adäquater Nutzen gegenüber steht.

- Die Ärzteschaft fordert, dass es der freiwilligen Entscheidung der einzelnen Ärzte und Einrichtungen überlassen wird, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang sie die elektronische Gesundheitskarte über ihre Funktionen als Ersatz der bisherigen Krankenversicherungskarte hinaus einsetzen und wann eine Online-Anbindung im Rahmen des Projekts erfolgt. Eine „Zwangsanbindung“ wird von der Ärzteschaft abgelehnt. Die Freiwilligkeit darf auch nicht durch Vorgaben der jeweiligen KVen unterhöhlt werden.
- Patienten dürfen von keiner Seite zu ihrer Zustimmung zu elektronischer Speicherung oder gar zur kommerziellen Auswertung ihrer Daten gedrängt werden. Verfahren der dauerhaften Speicherung medizinischer Daten im Sinne elektronischer Patientenakten werden in hohem Maße nicht nur unter dem Aspekt der Sicherheit der Daten, sondern auch unter medizinischen wie haftungsrechtlichen Aspekten aus ärztlicher Sicht kritisch hinterfragt. Die Forderung nach dem freiwilligen Einsatz wird von der Ärzteschaft daher gerade für diesen Einsatzbereich erhoben.
- Entsteht bei Anwendungen und Prozessen den Ärzten und anderen Leistungserbringern kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen, sind die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten.

5.3 Neukonzeption des Projektes Gesundheitskarte

Die folgenden, unmittelbar auf die geplanten Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (nach § 291a Abs. 3 SGB V) bezogenen Anpassungen des Projektes müssen vollzogen werden:

- Das **elektronische Rezept** (nach § 291a Abs. 2 Nr. 1 SGB V) bringt weder medizinische Vorteile für Patienten noch Nutzen für die Ärzte. Seine Einführung als erste Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte wird daher abgelehnt.
- Die bisher vorgesehene Speicherung von **Notfalldaten** (nach § 291a Abs. 3 Nr. 1 SGB V) auf der elektronischen Gesundheitskarte hat aus ärztlicher Sicht nur einen be-

grenzten medizinischen Wert. Sie ist zu ersetzen durch die Speicherung einer „Klinischen Basisinformation“ auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte, die Dauerdiagnosen und -medikation beinhaltet und von Ärzten sowohl in der Regelversorgung als auch in Notfällen gleichermaßen genutzt werden kann. Die Informationslage der Ärzte kann so bei unbekanntem Patienten mit einer datenschutzfreundlichen Lösung erheblich verbessert werden.

- Der **elektronische Arztbrief** (nach § 291a Abs. 3 Nr. 2 SGB V) ist im Sinne einer sicheren, Ende-zu-Ende-verschlüsselten Punkt-zu-Punkt-Kommunikation der Ärzte und anderen Leistungserbringer auszugestalten. Diese Funktionalität muss von den Ärzten in den Testregionen mit Beginn der Online-Phase und von allen Ärzten und Leistungserbringern mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte genutzt werden können – aber nicht müssen.
- Die derzeitigen Konzeptionen zur **Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit** (nach § 291a Abs. 3 Nr. 3 SGB V) und zur **elektronischen Patientenakte** (nach § 291a Abs. 3 Nr. 4 SGB V) sind neu aufzusetzen. Auf dem Weg zu problemadäquaten Lösungen für das Gesundheitswesen können nur die prozesshafte Weiterentwicklung und die sorgfältige Evaluierung der bereits an vielen Stellen und von verschiedenen Akteuren angestoßenen Entwicklungen zielführend sein.

5.4 Kritische Begleitung durch die Ärzteschaft

Das Projekt elektronische Gesundheitskarte nach § 291a SGB V vollzieht sich auf gesetzlicher Grundlage und wurde von einer großen parlamentarischen Mehrheit beschlossen. Mit ihm soll eine einheitliche Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen eingeführt werden. Die Ärzteschaft erkennt die Chancen, die in einer solchen, durch rechtliche Vorgaben abgesicherten Infrastruktur im Gegensatz zu einer drohenden Dominanz ausschließlich kommerzieller Angebote liegen. Aber mit dem von staatlicher Seite initiierten und vorangetriebenen Projekt sind erhebliche Risiken verbunden, wenn das Projekt fortwährend durch unrealistische Zeitvorgaben belastet wird und eine umfassende Evaluation nicht erfolgt. Die Ärzteschaft ist bereit, das Projekt weiter kritisch zu begleiten und mit zu gestalten und so ihre Verantwortung für den Erhalt der Grundlagen für die freie Berufsausübung und einer guten Patientenversorgung wahrzunehmen.

Die Ärzteschaft wird durch ihre Mitwirkung in der gematik GmbH und an den Tests in den Regionen weiter darauf drängen, dass ärztliche Anforderungen im Projekt elektronische Gesundheitskarte umgesetzt werden. Sie macht ihr Mitwirken jedoch von der Beachtung der

von ihr formulierten Prüfsteine und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig.

Eine bundesweite Telematikinfrastuktur mit der verpflichtenden Online-Anbindung und der Speicherung von Krankheitsdaten in einer zentralen Serverstruktur wird abgelehnt: Eine Neukonzeption des gesamten Projektes ist erforderlich.