

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 Maß 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 elektronischen 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. □

IT im Gesundheitswesen

Bei Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zum Themenkreis „IT im Gesundheitswesen“ sind die jeweiligen Autoren verpflichtet, Interessenkonflikte, 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. □

Datenschutz bei Krankenhaus-Informationssystemen (KIS)

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 Patientenbehandlungen auch durch fachfremde Ärzte ermög-

licht werden (Stichwort Bettenpool) – dies sollte aber ausschließlich auf den Notfall beschränkt bleiben. Klinikträger verstoßen damit gegen den Datenschutz und stellen die individuelle Patient-Arzt-Beziehung infrage.

Auch zukünftig dürfen behandlungsbezogene Patientendaten in den Kliniken nur den mit der Behandlung befassten Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt werden. KIS müssen diesen Anforderungen angepasst werden. □

Datenschutz im Krankenhaus

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. □

Datenspeicherung/Serverlöschung

Sollte es bei der weiteren Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu einer Sammlung der Patientendaten in Form einer Serverlöschung 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. □

ENTSCHLIESSUNGEN ZUM TAGESORDNUNGSPUNKT V

Sachstandsbericht zur (Muster-) Weiterbildungsordnung

Einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Landesärztekammern

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. bestehenden erheblichen

Unterschiede in der Weiterbildung zwischen einzelnen Kammerbereichen einerseits sowie die teilweise Nichtumsetzung europarechtlicher Vorgaben in der Weiterbildung werden 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. □

ENTSCHLIESSUNGEN ZUM TAGESORDNUNGSPUNKT VI

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Förderung Allgemeinmedizin

Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

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) so-

wie Deutschem Hausärzterverband 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 Prozent (in den neuen Bundesländern bis zu 50 Prozent) 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 qualitative gewünschte hochwertige hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Die ärztliche Selbstverwaltung muss hier durch die Umsetzung o. g. Handlungsempfehlungen einen entscheidenden Beitrag leisten. □

Förderung Allgemeinmedizin

Der drohende Mangel an medizinischer Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte macht es notwendig, die Attraktivität des Berufswegs 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 Weiterbildungsverbände 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 Weiterbildungsstands vergütet werden können. Eine Erhöhung der Zuschüsse um 2 000 Euro – wie zum Beispiel im Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen vorgesehen – ist daher dringend bundesweit erforderlich. □

Keine Studiengebühren im Examensemester

Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten und die Bundesländer auf, eine einheitliche Regelung zur Studiengebührenbefreiung für Medizinstudierende im Examensemester (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 Examensemester 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 Fachhochschule 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. □

Vergütung im praktischen Jahr

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 Maß 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. □

Ausbildungspauschale für Medizinstudierende im praktischen Jahr

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

Lehrstühle für Geriatrie einrichten

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

Approbationsordnung/ Hammerexamen

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 Stoffs von sechs klinischen Semestern zur Examensvorbereitung innerhalb des praktischen Jahres nicht möglich ist. Durch ein Examen vor dem praktischen Jahr kann das Examensemester als Vorbereitungszeit genutzt werden, wie dies nach der alten Approbationsordnung der Fall war. □

Ausbildung – Schnellstmögliche Abschaffung des Hammerexamens

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. □

Medizinische Ausbildung

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 orientie-

ren. Sie dürfen nicht dazu missbraucht werden, die Zahl der Studierenden zur Vereinfachung der Lehre zu dezimieren.

Arzneimittel/Betäubungsmittel/ Medizinprodukte

Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Substitution Opiatabhängiger

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 je 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 Begebrauchskontrollen 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. □

Zur Substitutionsbehandlung

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 Verordnungsweisen 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 substitionsbegünstigte 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 un-

geeignet als Instrumente einer medizinischen Behandlung. Hinderungsgrund für die jetzige Blockade der Apotheker ist die Angst um die Aufweichung des ihnen zustehenden Dispensierrechts (§ 43 Arzneimittelgesetz). □

Arzneimittel – Wirkstoffnamen

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 Generikname 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. □

Arzneimittel – Anwendungsbeobachtungen

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. □

Arzneimittel – Aufzahlungen durch Patienten

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 Vorge-

hen ist aber derzeit wegen der Rabattgestaltung für die Hersteller nicht möglich.

Diese Möglichkeit würde viele Diskussionen in Arztpraxen und Apotheken erübrigen. □

Verpflichtung zur Kennzeichnung neuer Arzneimittel

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. □

Unabhängige Arzneimittelinformation durch europäische Normsetzung gewährleisten

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 aufrechtzuerhalten, 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. □

Patienteninformation durch die Pharmaindustrie

Der 111. Deutsche Ärztetag lehnt den Gesetzesentwurf der Europäischen Kommission zu einer Veränderung der Patienteninformation auf rezeptier-

pflichtige Arzneimittel ab. Demzufolge wäre vorgesehen, die Pharmaindustrie als ein Teil des Informationssystems mit einzubeziehen. Dazu sollen Rahmenbedingungen erstellt werden, innerhalber der 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 Laienwerbverbots für rezeptpflichtige Medikamente (§ 10 des Heilmittelwerbverbots) 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 orientierte“ künftige 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-Ärzt-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. □

Todesfälle durch Arzneimittel-unverträglichkeit – Öffentliche Positionierung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

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, so lange 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. □

Versorgungsforschung zur Auswirkung von Rabattverträgen

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

Stärkere Berücksichtigung der geriatrischen multimorbiden Patienten in Therapieempfehlungen und Leitlinien

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 demografische Trend in Deutschland macht die Entwicklung von praxisorientierten Leitlinien für geriatrische multimorbide Patienten erforderlich. □

Medizinproduktegesetz

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

Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG

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 essenzieller Bedeutung. Die Kosten-Nutzen-Bewertung darf nicht als willkürliches Instrument einer bloßen Kostensenkung missbraucht werden.

Im Zuge des GKV-WSG wurde der Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) von der Nutzen-Bewertung erweitert zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und Untersuchungs- und Behandlungsvorfahren. 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 offengelegt 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 potenziell 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 potenziell 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 offengelegt und gegenüber den Betroffenen auch im Hinblick auf die Bewertungsmethodik des IQWiG nachvollziehbar begründet werden, um eine indirekte verdeckte Rationierung zu vermeiden. □

Ablehnung einer Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen

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. □

Rechtswidriges Verhalten der Krankenkassen

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 Abrechnungsbetrags 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. □

Einforderung einer Stellungnahme von Frau Ministerin Schmidt

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 zwölfjähriger 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 (Personal-mangel, 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 bis 30 Prozent 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. □

Keine Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte für Rationierung

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm möge öffentlich feststellen, 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 („Petzparagraf“) durch einen Arzt zur Begrenzung der therapeutischen Möglichkeiten unärztlich ist und kategorisch von den deutschen Ärztinnen und Ärzten abgelehnt wird. □

Keine Beeinflussung der Therapieentscheidung durch Sanktionen und Vergünstigungen

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 Honorareinbußen 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 Vorteilnahme zulasten ihrer Patienten zu bringen. □

Nachhaltige und ausreichende Finanzierung des Gesundheitswesens

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 Entgeltsystem 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. □

Erhalt einer handlungsfähigen ärztlichen Selbstverwaltung

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 infrage 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

Suchtkranke Ärzte therapieren statt sanktionieren

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 entzo-

gen werden. Daher ist die starre Fünfjahresfrist 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 Krankensicherter nicht erteilt oder entzogen, wenn eine Suchterkrankung vorliegt. Demnach beseitigt auch eine Heilung der Sucht durch suchttherapeutische 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 Nichttherapierbarkeit 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 infrage gestellt. Inzwischen haben die Landesärztekammern Interventionsprogramme für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte erstellt, die eine suchtbezogene 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. □

Flächendeckende, wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen – kein verpflichtendes Primärarztmodell

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 ange-

messenen 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. □

Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

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-WStG) 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, zu anderen werden aber diese Leistungen, die über die RLV hinaus erbracht werden, mit einem abgestuften 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 grundlohnsommerorientierte 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, sondern fortgeführt. □

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen

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 Jahr 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.

Essenziell für eine behindertengerechte Versorgung sind:

- Ärztinnen und Ärzte mit entsprechenden Qualifikationen
- Barrierefreiheit der medizinischen Einrichtungen
- ein niedrigschwelliger 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 Mehraufwands 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. □

Ambulante Ethikberatung

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 Ethikberatung aufgrund der medizinischen Möglichkeiten und der juristischen Unsicherheiten gerade für moralische Alltagsprobleme im Hausarztbereich zugenommen. Eine vernetzte ambulante Ethikberatung sowie eine spezielle Weiter- und Fortbildung 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 Ethikkommissionen),
- Veröffentlichung von ethischen Entscheidungen im Deutschen Ärzteblatt
- Koordination von Weiter- und Fortbildung zu ethischen Themen konzentrieren.

Eine Beratung könnte in ambulanten Problemsituationen zum einen durch die Einholung einer standesrechtlich autorisierten fachlichen Zweitmeinung erfolgen, wo die Behandlungsentscheidung eigent-

lich 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 Ethikkomitee 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. □

Ergänzung des § 119 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

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 aufwendig ist und außerhalb der Versorgung in Sozialpädiatrischen Zentren mit den derzeit zur Verfügung stehenden pauschalierten Vergütungen nicht abgedeckt ist, was zu einer Unterversorgung dieser Patientengruppe führt. □

Sicherung ambulanter ärztlicher Psychotherapie

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, nachhaltig der Entschließung 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 Kontingenzplätze (40 Prozent der Psychotherapeutenplätze stehen derzeit für Ärzte zur Verfügung) im Fall 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 Fachs. 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 Weiterbildungsmächtigten 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. □

Abschaffung der Praxisgebühr/ Notfallpraxisgebühr

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 zulasten 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. □

Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses

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

Abschaffung der CD-ROM-Version des Tätigkeitsberichts

Die CD-ROM-Version des Tätigkeitsberichts 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 Tätigkeitsberichts 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 Euro. □

Anträge des Vorstands

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. □

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

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 Vorstands 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. □

Änderung der Geschäftsordnung

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

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

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 da-

mit 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 entsprechendem 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 demografischen Entwicklung ist es für eine langfristige Sicherstellung der Daseinsvorsorge und wohnortnahen stationären Versorgung unverzichtbar, dieser drohenden Fehlentwicklung entgegenzutreten.

Aus ärztlicher Sicht ist hiermit zudem eine erhebliche Gefährdung des freien Wahlrechts 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 Bundesbasisfallwerts

Aus Sicht des Deutschen Ärztetages kann die Entscheidung, ob eine schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwerts 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 Instituts für Wirtschaftsforschung in Essen (Veröffentlichung Februar 2008) bestätigt. Ob die im Rürup-Gutachten skizzierte notwendige Erhöhung um 2,3 Milliarden Euro auf insgesamt ca. fünf Milliarden Euro Investitionsfinanzierungsmittel bundesweit als ausreichend angesehen werden kann, wird überaus kritisch eingeschätzt. Die demografisch bedingt zu erwartende Steigerung der Fallzahlen von derzeit ca. 16,9 Millionen pro Jahr auf voraussichtlich 19 Millionen 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. □

Hinweis auf Zunahme des Ärztemangels in deutschen Krankenhäusern

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 Arzt[inn]en und niedrigen Entlohnung) zu einem erschwerten Behandlungszugang und zu verringertem Fürsorge für den einzelnen Patienten geführt hat. □

Mobbing von ärztlichen Standsvertretern

Mit großer Bestürzung nehmen die Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages Berichte zur Kenntnis, dass erneut Klinikärzte diskriminiert, ausgegrenzt und mit einer Nichtverlängerung ihres Arbeitsvertrags 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. □

Persönliche pflegerische Weiterbildung von Schwerbehinderten im Krankenhaus

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 Pflegeaufwands bedürfen. Dies hat zur Folge, dass behinderte Patienten deutlich schlechter versorgt werden und sich deshalb potenzielle 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 Rundum-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 Krankenhausaufenthalts.

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 Pflegekräften 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 Krankenhausaufenthalts zu ermöglichen.

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

Schnittstelle ambulant/stationär

Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V

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 hoch spezialisierten 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, sodass eine Richtliniengebung durch den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss so zu gestalten ist, dass es zu einer sinnvollen Er-

gänzung der vertragsärztlichen durch die stationäre Versorgung statt zu Parallelstrukturen kommt, welche bestehende Konkurrenzsituationen nur noch verstärken. Eine derartige Ausgestaltung dieses Instruments 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 Prävalenz-abhängigen Berechnungsformel eine Pseudoevidenz 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. Sicherergestellt werden muss darüber hinaus, dass das Primat der Krankenhausplanung der Länder von der Richtliniengebung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht angetastet wird. □

Private Krankenversicherung

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

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 künftig neben dem vornehmlich durch die GKV bestimmten sozialen und zunehmend staatlich regulierten Bereich ein starkes pri-

vates 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. □

Einführung eines brancheneinheitlichen Basistarifs in die private Krankenversicherung

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-WStG) eingelegt.

Die Verfassungsbeschwerde richtet sich gegen die Gesamtheit der Neuregelungen des GKV-WStG, 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 zuungunsten aller Beteiligten auswirken:

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

Liquidation unter ärztlichen Kolleginnen und Kollegen

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. □

Öffnungsklausel ablehnen

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-Patienten-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 Privatversicherer 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. □

Anerkennung von Suchterkrankungen

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 Fall 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

Anerkennung der Prävention als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe

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.) □

Präventionsgesetz

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! □

Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung

Veränderungen in der Arbeitswelt bringen für die Beschäftigten der Unternehmen neue gesundheitliche Belastungen und Beanspruchungen mit sich. Die demografische 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 längerem 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 die 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 sogenannte 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

Öffnungsklausel § 2a GOZ/GOÄ

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 Ärztgruppen 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. Anstelle des Vertragsverhältnisses zwischen Arzt und Patient soll das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Kostenträger treten, ein Übergang vom Kostenerstattungssystem versus Sachleistungssystem ist programmiert.

– Durch Einführung von Selektivverträgen mit einzelnen Ärzten oder Ärztgruppen 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. □

Sicherung der psychosomatischen Gespräche in der hausärztlichen und fachgebundenen psychotherapeutischen Praxis

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 Qualitätszuschlags 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.“ □

W-Besoldung – Reform der Besoldungsstufen für Universitätsprofessoren und -professorinnen

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. □

Beamtenbesoldung

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Verwaltungen der Universitätsklinik und andere Arbeitgeber im Gesundheitswesen auf, als Ärztinnen und Ärzte tätige Beamte adäquat einzugruppieren (Eingruppierung von A 13 bis A 16). Es ist nicht hinnehmbar oder auch nur verständlich, dass Fachärzte oder Oberärzte in A 13 eingeordnet sind, ungeachtet ihrer höheren Qualifikation gegenüber Berufsanfängern. Eine Eingruppierung nach der Qualifikation (Assistentenarzt, Facharzt, Oberarzt, Chefstellvertreter) analog der vorhandenen vier Stufen bietet sich an und würde der vergleichweisen Unterbezahlung der beamteten gegenüber den angestellten Ärztinnen und Ärzten Abhilfe schaffen. □

Qualitätssicherung

Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Der 111. Deutsche Ärztetag begrüßt 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 Verschlankung des Verfahrens unter Beachtung von Datensparsamkeit und erweiterter Routedatennutzung umgesetzt werden. Ziel muss eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung sein, die zugunsten einer optimierten Patientenversorgung den Fokus 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 künftig 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. □

Öffentliche Veranstaltung zu „Qualität“ und „Patientensicherheit“ durch Landesärztekammern

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. □

Weiterentwicklung von Leitlinien

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

Abschiebung ist kein flugmedizinisches Problem – Sicherung ethisch-medizinischer Standards

Die Innenministerkonferenz diskutiert zurzeit die Bildung eines Pools von „Ärzten für Flugmedizin“ um die Flugtauglichkeit abzuschiebender Personen feststellen zu lassen. Sie verspricht sich davon eine „Verbesserung“ des Abschiebeverfahrens.

Der 111. Deutsche Ärztetag stellt fest:

– Nicht allein die 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 Sinn 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. □

Flugreisetauglichkeit

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 Zusatzweiterbildung 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 herausgegeben. 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 2 000 Jahren Eingang in den sogenannten 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 Eids 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. □

Ärztlich-ethische Belange im Kontakt mit Flüchtlingen/Asylbewerbern

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern und Kolleginnen und Kollegen 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 Zusatzweiterbildung 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, sodass 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 plus/minus zwei 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 GENÈVE

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 Berufs 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. □

Ärztliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung erneut auf,

1. die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde im Fall 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 zu 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. □

Frühzeitige Identifizierung von traumatisierten und von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen

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 Bürgerkriegs-

flüchtlinge 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 wird Geist und Wortlaut der EU-Richtlinie 2003/9EG, (§ 17, 1)¹ unterlaufen. Nach dieser EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten 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

Qualität der Weiterbildung

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 Landeskrankenhausesellschaften sowie die Krankenträger 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.

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

Die Weiterbildungsbefugten sind dafür von den Trägern mit den notwendigen materiellen und personellen Ressourcen auszustatten. Dabei sind die Vorgaben der Ärztekammern einzuhalten. □

Verschiedenes

Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit

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 aufwendiger geworden.

Insbesondere in einer Zeit zunehmenden Ärztemangels gehen diese Arbeiten vermehrt zulasten der Patientversorgung. 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 Prozent der Krankenhausärztinnen und -ärzte täglich bis zu drei Stunden für patientenferne Verwaltungstätigkeiten auf. 17 Prozent müssen dafür drei bis vier Stunden und neun Prozent 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 Re-

gelungen eine Folgenabschätzung des Bürokratieaufwands vorzusehen, damit neue Rechtssetzung nicht zu weiterem vermeidbarem Dokumentationsaufwand führt. Insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde aufgerufen, bei seinen Entscheidungen zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer und Krankenkassen kritisch zu überprüfen.

Arbeitsschutzbestimmungen

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 Bundesarbeitsgerichts 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. □

Gleiche Bewertung ärztlicher Arbeit im öffentlichen Dienst

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 auszuweiten.

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. □

Einrichten von Kinderkrippen

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 Maß 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. □

ENTSCHLISSUNGEN ZUM TAGESORDNUNGSPUNKT X

Wahl des Tagungsortes für den 113. Deutschen Ärztetag 2010

Als Tagungsort für den 113. Deutschen Ärztetag vom 11. bis 14.05.2010 wird Dresden bestimmt. □