

107. Deutscher Ärztetag

Bremen
18. bis 21. Mai 2004



Rathaus in Bremen

Ärzteschaft stellt Weichen für Zukunft

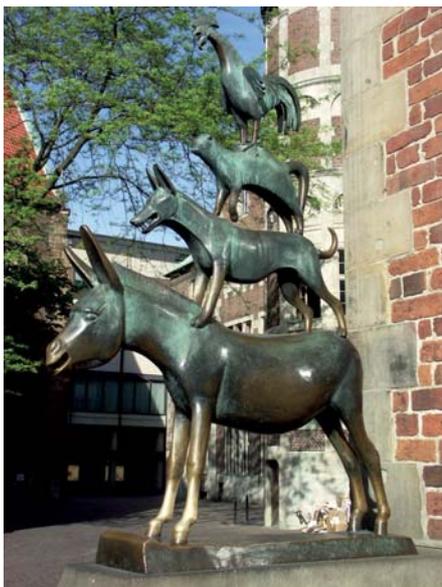
Die Medizin muss ihre menschliche Komponente behalten und darf nicht durch Begriffe und Methoden aus der Marktwirtschaft zu einem Dienstleistungsbereich umgewandelt werden. In diesem Punkt waren sich die Eröffnungsdiskussionen des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen, der Bundespräsident Dr. h.c. Johannes Rau und der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, einig. Der Bürgermeister der Freien Hansestadt Bremen Dr. Henning Scherf möchte auch in Zukunft individuell in Praxis und Klinik behandelt werden. Mit Blick auf die anwesenden Vertreter der Politik machte er die Notwendigkeit des offenen und fairen Gesprächs deutlich. Denn nur so würden die Bürger nicht das Vertrauen in die Politik verlieren. Unverständlich ist vor allem, dass gerade die Ent-

scheidungsträger in Deutschland über das Gesundheitswesen derart negativ sprechen und zusätzlich die Leistungserbringer diffamieren. So etwas gibt es in keinem anderen europäischen Land. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt versuchte in ihrem Grußwort die Gemeinsamkeiten in der Gesundheitsreform zwischen Ärzten und ihrem Ministerium besonders herauszustellen. Dies brachte ihr einige Unruhe im Saal ein. Worauf sie sich mit einem entschiedenen „Ruhe“ wieder Gehör verschaffte. Insgesamt wirkte Frau Schmidt unsicher, auch in der Argumentation. Prof. Dr. Hoppe stellte in seinem anschließenden Eröffnungsreferat zur Gesundheitspolitik die aktuellen Tendenzen dar: Rationierung von Gesundheitsleistungen, Machtzuwachs für Krankenkassen und keine Entbürokratisierung.



600 Jahre alt, der Bremer Roland

Patienten mutieren durch die ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens vom Menschen zur DRG-Nummer mit Wirtschaftlichkeitsreserven.



Weltbekannt, die Bremer Stadtmusikanten



Eröffnung: Ulla Schmidt, Dr. h.c. Johannes Rau, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

Die Schwerpunktthemen des 107. Deutschen Ärztetages in den Beratungen der 250 Delegierten aus den 17 Landesärztekammern zur Gesundheitspolitik und zur ärztlichen Berufspolitik waren:

AiP-Stichtagregelung, Umwandlung von AiP-Stellen in Bat-II-Stellen

Das Ärzteparlament begrüßte in Bremen ausdrücklich die beschlossene Abschaffung der AiP-Phase zum 1. Oktober 2004. Die Bundesregierung wurde aufgefordert dafür Sorge zu tragen, dass die zur Finanzierung der AiP-Abschaffung bereitgestellten Finanzmittel nicht durch Kürzungen der zu verhandelnden Budgets bereits im Vorfeld eingespart werden und ohne bürokratische Hindernisse in voller Höhe den Kliniken und Krankenhäusern zur Verfügung stehen sowie die entsprechende Vergütung bei Weiterbeschäftigung im Gesetz verbindlich zu regeln. Mit der Abschaffung der AiP-Phase hat der Gesetzgeber ein bedeutsames Signal gesetzt, um die Attraktivität des Arztberufes wieder zu steigern.

(Muster-)Weiterbildungsordnung

Bis zum Mai 2004 haben mehr als die Hälfte der Kammerversammlungen der Landesärztekammern die auf dem 106 Deutschen Ärztetag novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung beraten. Mit Hamburg, Berlin, Brandenburg, Nordrhein und Bayern haben bisher fünf Landesärztekammern die Annahme der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen. Auf dem 14. Sächsischen Ärztetag werden die Delegierten am 26. Juni 2004 über die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer diskutieren und abstimmen. Der 107. Deutsche Ärztetag hat die Zusatzweiterbildungen „Suchtmedizinische Grundversorgung“ und „Ärztliches Qualitätsmanagement“ beschlossen. Der 107. Deutsche Ärzt-

tetag beschloss neben dem Gebiet „Arbeitsmedizin“ die Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ zu erhalten, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits und die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen umfasst. Die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht stoffgebundener Suchterkrankungen. Die Zusatz-Weiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ beinhaltet die Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der medizinischen Versorgung.

Ärztliche Fortbildung und neue Fortbildungssatzung

Fortbildung ist integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung. Die Fortbildung ist ein Element der Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit. Zeitpunkt, Inhalt und Dauer der Fortbildung ergeben sich aus den Anforderungen der Patientenversorgung und müssen vom einzelnen Arzt selbst bestimmt werden. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes sind alle Vertragsärzte und die Fachärzte an Krankenhäusern zur Fortbildung verpflichtet. Der Ärztetag hat eine „(Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ verabschiedet. Die Ärzteschaft reagierte auf die gesetzlichen Vorgaben zur Fortbildungsnachweispflicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer verbindlich den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Wir weisen auf den Artikel von Herrn Professor Dr. Otto Bach auf der Seite 223 in diesem Heft.

Neue Kooperationsmöglichkeiten der Ärzte

Mit der „Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung“ (MBO) wird dem durch das GKV-Modernisierungsgesetz initiierten Vertragswettbewerb unter verschiedenen Versorgungsformen Rechnung getragen. Ärzte können künftig leichter untereinander und mit anderen Fachberufen kooperieren. Ärzte können über ihren Praxissitz hinaus an weiteren Stellen tätig sein. Ärzte



Prof. Dr. Jan Schulze

haben in Zukunft die Möglichkeit, in verschiedenen Kooperationsformen ärztlich tätig sein (Teilgemeinschaftspraxen, Teilpartnerschaften, überörtliche Gemeinschaftspraxen). Die Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten werden erweitert. Voraussetzung ist, dass der niedergelassene Arzt seine Praxis persönlich ausübt, leitet und dem angestellten Arzt/der angestellten Ärztin eine angemessene Vergütung und eine angemessene Zeit für die Fortbildung gewährt. Die Novellierung einzelner Vorschriften der MBO sieht auch erweiterte Kooperationsformen mit anderen Leistungserbringern vor – mit Angehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen, Naturwissenschaftlern und/oder mit Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe. In Hinblick auf den neuen Versorgungstypus der Medizinischen Versorgungszentren wurde eine Regelung in der Berufsordnung aufgenommen, die den Ärzten die Gründung einer eigenen Gesellschaftsform, der Ärztesellschaft, ermöglicht. Bei allen Formen dieser ärztlichen Kooperationen muss die freie Arztwahl gewährleistet sein. Für die neuen Ärzte-Kooperationen müssen noch Bestimmungen in den Heilberufegesetzen der einzelnen Länder geändert werden.

Reduzierung des Dokumentationsaufwandes

Erstmals auf einem Deutschen Ärztetag stand die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit auf dem Programm. Schreibearbeiten aller Art, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der gesamten Arbeitszeit ein, kritisierten die Delegierten. Rund 70 Prozent der Arbeitszeit in einer Arztpraxis entfallen auf Bürokratie. Davon allein 30 Prozent direkt auf den Arzt. Die Ärztinnen und Ärzte wollen nicht länger hinnehmen, dass ihnen durch bürokratische Vorgaben immer mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit, die Patientenversorgung,



Prof. Dr. Otto Bach

genommen wird. Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen forderte eine konzertierte Aktion von Politik, ärztlicher Selbstverwaltung und Krankenkassen damit diese Entwicklung gestoppt wird. Als gemeinsames Ziel müsse eine massive Reduzierung der Dokumentationsmengen angestrebt werden. Nach einer Analyse der Bundesärztekammer werden Ärzte durch vermeidbare Doppeldokumentation, unnütze oder arztfremde Dokumentation, überbordende Kontrolldokumentation, uneinheitliche Dokumentationsmaßstäbe, unzureichende Dokumentationsinstrumente und eine übermäßige Komplexität von Abrechnungsbestimmungen, Kodierrichtlinien und Vergütungsverordnungen von der Patientenversorgung abgehalten. Die „Krönung“ im ambulanten Bereich sind die Chroniker-Programme (Disease Management-Programme), für die allein drei Bögen pro Patient auszufüllen sind. Als ein gutes Beispiel für effiziente Dokumentationsverfahren wurde in Bremen das bisherige Diabetes-Leitlinien Programm in Sachsen angeführt. Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Sie ist lediglich dagegen, sich mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden“, erklärte Dr. Ursula Auerswald, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Bremen. Bei der Einführung neuer Dokumentationen muss deshalb dringend kontrolliert werden, ob ältere Dokumentationen dadurch entfallen können.

Von Quantität zu Qualität

Die Einführung von Mindestmengen als Qualitätskriterium für operative Behandlungen an Kliniken war ein weiterer Schwerpunkt in Bremen. Die Mindestmengendebatte beruht auf der Grundannahme „Übung macht den Meister“. Also, je höher die operative Fallzahl, desto besser die Qualität. Eine Analyse aus ärztlicher und wissenschaftlicher Sicht



Dr. Stefan Windau

brachte dagegen ganz andere Ergebnisse. Rudolf Henke, Vorsitzender der Krankenhaus-Gremien der BÄK, machte auf die politischen und strukturellen Folgen von Mindestmengen aufmerksam. Dem Konzentrationsprozess im Krankenhaus durch DRG folgt Personalkürzung. Und durch Mindestmengen wird dieser Prozess durch die anschließende Zentrenbildung verstärkt. Eine weitere Folge nach der Einführung von Mindestmengen: Produktion von Warteschlangen durch Reduktion der Anzahl Krankenhäuser und die Ausdünnung der wohnortnahen Versorgung.

Prof. Dr. Max Geraedts von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hatte den Auftrag, eine wissenschaftliche Evidenz zwischen Frequenz und Qualität durch den Vergleich von zahlreichen Studien herauszufinden. Die vorliegenden Studien sind durch mangelnde Methodik allerdings schwer vergleichbar. Hauptziel der Analyse war eine Antwort darauf zu finden, was entscheidender ist: Fallzahl der Klinik oder Fallzahl des Arztes? Sein Zwischenergebnis dazu lautet: für die Festlegung von Mindestmengen sind die Studien nur bedingt auswertbar. Insgesamt ist durch den Vergleich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Letalität und damit kein Beleg für Mindestmengen als Qualitätskriterium zu finden. Dennoch ist das Thema Mindestmengen immer noch in der Qualitätsdebatte, ohne ausreichende Nachweise dafür zu haben, das Übung tatsächlich den Meister macht. Genau so kann „Klasse statt Masse“ und „klein aber fein“ zutreffen. Betrachtet man die Auswirkungen von Mindestmengen auf Ärzte und Patienten, so ergeben sich folgende Punkte:

- Behandlung der Patienten nur noch in hochspezialisierten Zentren,
- wohnortnahe Versorgung nicht mehr möglich,
- für Ärzte Erfahrungsverlust durch frühzeitige Spezialisierung,
- Reduktion der Weiterbildungskapazitäten und komplizierte Rotationsverfahren.



Prof. Dr. Rolf Haupt

Für die weitere Debatte sind aus diesen Gründen die positiven und negative Effekte von Mindestmengen abzuwägen. Zusätzlich wird eine Forschung nach besseren Qualitätsindikatoren als die Leistungsfrequenz gefordert. In der anschließenden Diskussion forderte der sächsische Delegierte, Prof. Dr. Rolf Haupt, die Ergebnisse von Obduktionen für Qualitätskriterien heranzuziehen.

Stärkung der Prävention

Der 107. Deutsche Ärztetag hat die Bestrebungen für ein Präventionsgesetz ausdrücklich unterstützt:

- Gesundheitsförderung und Prävention muss auf allen gesellschaftlichen Ebenen gestärkt und weiterentwickelt werden.
- Das vom Gesetzgeber geplante Präventionsgesetz muss dazu beitragen, dem Individuum eine stärker präventionsorientierte Lebensweise zu ermöglichen.
- Die Arztpraxis ist ein geeigneter Ort, Versicherte in Fragen der Gesundheit und der Prävention von Erkrankungen zu beraten und sozial ungleiche Chancen in der Gesundheitsförderung und Prävention auszugleichen.
- Der Arzt hat die Kompetenz, gesundheitliche Risiken abzuklären, über geeignete Maßnahmen aufzuklären und deren Erfolg zu überprüfen.



Kritische Beobachtung: Dr. Stefan Windau, Erik Bodendieck

Gleichstellung und Integration von Menschen mit Behinderungen

Der Ärztetag appellierte an alle Ärzte, ihre Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange auszurichten. Der Ärztetag beschloss, einen ganzheitlichen Rehabilitations- und Integrationsansatz zur Richtschnur ärztlichen Handelns zu machen.

Die Gleichstellung und Integration behinderter Menschen sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Von einer barrierefreien Gestaltung der Lebensbereiche profitieren nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern alle Bürger, die in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt sind. Die Ärzteschaft als Teil der

Gesamtgesellschaft ist sich ihrer besonderen Aufgabe bewusst, zu einer wirkungsvollen Integration behinderter Menschen ihren Beitrag zu leisten.

Entschließungsanträge der Sächsische Landesärztekammer

Einführung eines Arztausweises und einer Gesundheitskarte

Die Ärzteschaft unterstützt die Einführung eines Arztausweises und einer Gesundheitskarte und fordert eine angemessene Berücksichtigung der Patienteninteressen und der geeigneten technischen Funktionalität, damit derzeitige Barrieren der Anwendung der Telematik im Gesundheitswesen überwunden werden können.

Ärztmangel in (Ost-)Deutschland

Der Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, strukturelle Maßnahmen einzuleiten, damit der Arztberuf für deutsche Absolventen der Medizin wieder attraktiv wird und unser Nachwuchs nicht weiter in das westeuropäische Ausland abwandert. Dazu gehören insbesondere die Anpassung der Vergütung an das westdeutsche Niveau sowie Förderungen für die Niederlassung in ländlichen Regionen.

Der Ärztetag fordert die Einführung von Sonderregelungen für die befristete Anstellung oder Niederlassung ärztlicher Kollegen aus Osteuropa, um Versorgungslücken in einzelnen Regionen Ostdeutschlands kurzfristig auszugleichen und den ausländischen Kollegen schon heute die Chance zu eröffnen, Auslandserfahrung zu sammeln.

Angleichung der Berufsordnung an neue Versorgungsstrukturen

Die Ärzteschaft wird ihre Berufsordnungen auf Grund der neuen Versorgungsstrukturen den Erfordernissen einer freien und wirtschaftlich sinnvollen Niederlassung in einer Einzelpraxis angleichen. Damit sollen Benachteiligungen insbesondere gegenüber Medizinischen Versorgungszentren vermieden werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Gesetzgeber auf, die sozialrechtlichen und anderen Regelungen so zu ändern, dass die Kompatibilität zu den Beschlüssen des 107. Deutschen Ärztetages zur (Muster-)Berufsordnung schnellstens hergestellt wird, dies unter besonderer Berücksichtigung der Chancengleichheit von niedergelassenen Kollegen und Versorgungszentren.

Bürokratie in der Arztpraxis

Die Deutsche Ärzteschaft richtet sich gegen jede weitere Bürokratisierung ihrer Tätigkeit und fordert von den Entscheidungsträgern eine deutliche Beschränkung der Bürokratie in Praxis und Klinik.

Wir fordern eine Minimierung des Aufwandes an medizinischer Dokumentation bei DMP und DRG, wir fordern eine Reduktion der Nachfrageleistungen der Krankenkassen, wir fordern eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes zur Begründung optimaler Patientenversorgung.

Maßstäbe der Ethik

Die Ärzteschaft wird trotz der ökonomisch ausgerichteten Maßnahmen der Bundesregie-



Delegierte der Sächsischen Landesärztekammer

rung und einer fortschreitenden Bürokratisierung ihr ärztliches Handeln nach den Maßstäben der ärztlichen Ethik ausrichten und ein von Vertrauen geprägtes Patienten-Arzt-Verhältnis erhalten. Dem Wohl des Patienten zu dienen, Krankheitsverhütung und Heilung sowie krankheitsbegleitende Betreuung und der feste Wille, dem Patienten nicht zu schaden, bleiben höchste Wertprinzipien. Die Ärzteschaft wendet sich deshalb gegen Überfremdung ärztlicher Tätigkeit, zunehmende bürokratische Reglementierung, Ökonomisierung und Verrechtlichung der Medizin.

Qualität des Deutschen Gesundheitswesens

Die Deutsche Ärzteschaft fordert die Bundesregierung auf, dass deutsche Gesundheitswesens nicht mehr mit der Formulierung „Über-, Unter und Fehlversorgung“ zu kennzeichnen.

Anpassung GOÄ/EBM

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die sofortige Angleichung der Vergütung nach GOÄ und EBM für die Ärzte in den ostdeutschen Bundesländern an das Niveau der alten Bundesländer.

Leistungsgerechte Vergütung

Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit in Praxis und Klinik muss leistungsgerecht erfolgen. Sie sollte der sehr langen Ausbildung, der kontinuierlichen Fortbildung, den langen Arbeitszeiten und der großen Verantwortung des Arztberufes Rechnung tragen.

Besonders in der Phase des Berufseinstieges in die ärztliche Laufbahn ist eine leistungsgerechte Vergütung selten gegeben. In den Krankenhäusern ist eine zuverlässige Dokumentation der geleisteten Arbeitszeit erforderlich. Deshalb müssen als erster Schritt sämtliche

Überstunden erfasst und entsprechend vergütet werden.

Praxisrelevanz der Fortbildung und des Fortbildungszertifikats

Der Deutsche Ärztetag setzt sich bei den Arbeiten für eine „Muster-Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ dafür ein, dass

1. Fortbildungen, die wirtschaftliche Praxisführung sowie berufs- und gesundheitspolitische Inhalte umfassen, nach gleichen Kriterien bewertet werden wie medizinische Fachfortbildungen.
2. Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland ohne Einzelnachweis von der vorab Anerkennung durch eine Ärztekammer ausgenommen werden.
3. Hospitationen mit mindestens zwei Punkten pro Stunde bewertet werden.
4. Die Kosten und Finanzierung bei den Fortbildungsveranstaltungen liegen und keine Gebühren für die Zertifizierung durch die Kammern erhoben werden.

Erhalt der Rechtsmedizinischen Institute

Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder auf, rechtsmedizinische Institute in ihrem Bestand und ihrer Vielfalt (Universitätsinstitute, Landesinstitute) zu erhalten.

Im Internet unter www.slaek.de sind die Entschließungsanträge mit den ausführlichen Begründungen veröffentlicht. Das vollständige Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages finden Sie unter www.baek.de.

Prof. Dr. med. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Sächsische Landesärztekammer