

110. Deutscher Ärztetag Münster 15. bis 18. Mai 2007

Auf der Eröffnungsveranstaltung des 110. Deutschen Ärztetages umschiffte die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zuerst die Gesundheits-



Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Herr Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

reform. In allgemeinen Ausführungen verwies sie auf die Bedeutung der Organspende, die notwendigen Regelungen zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung sowie auf den Schutz der Kinder vor Gewalt.

Ökonomische Verantwortung der Ärzte

Mit dem Hinweis, Ärzte müssten aus ökonomischen Gründen auf die Balance zwischen Qualität und Wirt-

schaftlichkeit der medizinischen Versorgung achten, kam sie dann doch auf die politische Strategie in der Gesundheitsreform zu sprechen. Danach ist weiterhin das medizinisch Notwendige für Patienten vorzuhalten. Alles Weitere müsse zusätzlich bezahlt werden. Gleichzeitig verteidigte sie die Einführung des Gesundheitsfonds. Dieser verhindere einen permanenten Krankenkassenwechsel und stärke den Budgettopf der niedergelassenen Ärzte.

Der Bürokratie in Arztpraxen will die Bundesgesundheitsministerin durch eine Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung begegnen. Es sollen nur noch 5 Prozent und die letzten zwei Jahre geprüft werden. Praxisbesonderheiten werden nicht in die Prüfung einbezogen. Weiterhin sind Änderungen im Formularwesen angestrebt, um den Zettelkrieg einzudämmen. Damit hofft Frau Ulla Schmidt auf die Gunst der Ärzte. Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, ließ ihr diese nicht zuteil werden. Im Gegenteil: Das Verhältnis zwischen Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium ist arg gestört.

Marktwirtschaft zerstört Daseinsfürsorge

In seinem Referat machte er die Fehler in der Gesundheitsreform sehr deutlich und wies auf die Folgen für Patienten und Ärzte hin. Nie zuvor sei die Freiheit des Arztberufes so in Frage gestellt worden und ist es zu so einer völligen Fremdbestimmung des ärztlichen Handelns gekommen. Sachzwänge in der Großen Koalition ließen offensichtlich zu wenig Spielraum für praktische Vernunft. Durch die Finanzierung des neuen Gesundheitsfonds – im Wesentlichen lohnbezogene Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern – fließe kein zusätzlicher Euro in das System. Die begrenzten Mittel würden lediglich neu verteilt. Fazit von Prof. Dr. Hoppe: „Das ist keine vorausschauende Gesundheitspolitik das ist im Grunde eine Bankrotterklärung“. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden Prinzipien der reinen und nicht der sozialen Marktwirt-

schaft eingeführt. Erst sind die Ärzte Leistungsanbieter, dann sind die Patienten Krankheitsanbieter, dann gibt es Krankheit als Geschäftsgegenstand, dann werden die Ärzte Erfüllungsgehilfen im Medizingeschäft und schließlich kommt es zu einer Fließbandmedizin für den Krankheits-träger.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führt die Entstaatlichung der Daseinsfürsorge und die Verstaatlichung der Versorgungsprozeduren ein. Die Rolle der Ärzte ist ebenfalls klar vorgezeichnet: Vollzug staatlicher Rationierung einerseits, Entindividualisierung der Patient-Arzt-Beziehung andererseits. Ärzte sollen rationieren und im Wettbewerb untereinander funktionieren.

Privatisierung auf Kosten der Patienten

Mit der zunehmenden Privatisierung im Kliniksektor geht auch eine Konzentration einher, oder wie es heißt, eine „Marktberreinigung“ der Krankenhauslandschaft. Wegen der zunehmenden Ökonomisierung sind auch immer weniger Krankenhäuser bereit, Ärzte, die noch keine Facharztanerkennung besitzen, einzustellen. Angesichts des jetzt schon bestehenden Ärztemangels in bestimmten Fachgebieten ist das eine erschreckende Aussicht mit fatalen Folgen für die Versorgung. Kleine, besonders kommunale Krankenhäuser können sich wegen des Investitionsstaus und des Sonderopfers allenfalls als Übernahmekandidaten empfehlen. Die Wettbewerbsstärkung ist dann nur zum Vorteil der Großen in der Krankenhauslandschaft, die Kleinen bleiben auf der Strecke, die stationäre Grundversorgung wird empfindlich getroffen. Auch im ambulanten Bereich hat sich die Ministerialbürokratie viel Mühe gegeben, die Verantwortung für Rationierung den Ärzten zuzuweisen. Denn der Staat möchte nicht mit den Folgen der Ressourcenbegrenzung identifiziert werden. Deshalb soll nun der Gemeinsame Bundesausschuss – de jure zwar noch Instrument der Selbstverwaltung, de facto aber ausführende Behörde – maßgeblich über die Verteilung der knappen Mittel entscheiden und über Maßnahmen



Münster

zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge und auch Leistungsinhalte steuern.

Die Alten und chronisch Kranken in strukturschwachen Gebieten haben jedoch jetzt schon Schwierigkeiten, einen Hausarzt zu finden. Sie sind angewiesen auf eine wohnortnahe Versorgung. Die Menschen werden dann aber noch längere Wege zum nächsten Krankenhaus und noch längere Wartezeiten haben.

Prof. Dr. Hoppe: „Wartezeiten, Personalabbau und Einschränkungen des Leistungsumfangs sind die Eckpunkte einer strukturellen Rationierung. Keiner weiß, ob es ihn trifft, und keiner weiß, wann es ihn trifft“.

Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation

Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sterben täglich in Deutschland drei Patienten, die auf der über 12.000 Kranken umfassende Warteliste für ein lebensrettendes Organ vorgeordnet sind. Etwa 55 Prozent der Intensivstationen in Deutschland melden sterbende Organspender nicht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großgehirns, des Kleingehirns und des Hirnstammes von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen. Über 4000 Spenderorgane wurden im Jahr 2006 in Deutschland transplantiert. Deutschland kommt nur auf 15 Organspenden je 1 Million Einwohner. In Spanien dagegen werden bis zu 40 Organspenden auf 1 Million Einwohner jährlich registriert. Nur 12 Prozent der Deutschen haben einen Organspenderausweis, obwohl 80 Prozent der Bürger dem Thema Organspende positiv gegenüberstehen. Bei der Lebendspende ist im Zeitraum 2001 bis 2006 eine Steigerung von ca. 480 auf 600 Lebendspenden zu verzeichnen.

Der 110. Deutsche Ärztetag geht den vom Nationalen Ethikrat vorgezeichneten Weg für eine Widerspruchslösung bei der Organspende nicht mit, da eine Abkehr von



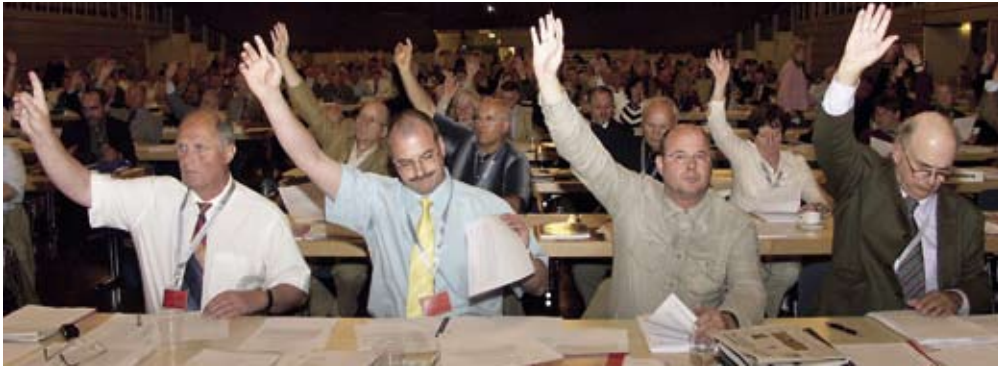
Präsidium

der geltenden erweiterten Zustimmungslösung nicht zwangsläufig zu mehr Organspenden führt.

Nicht die Zustimmung, sondern die Ablehnung sollte künftig bei der Organspende maßgeblich sein. Jeder Bundesbürger, der nicht ausdrücklich

widerspricht oder bei dem die Angehörigen kein Veto einlegen, würde dann zum Organspender.

In Deutschland soll nach dem Willen des Deutschen Ärztetages weiterhin die Zustimmungslösung gelten. In der BRD muss jeder Bürger, der zur



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung

postmortalen Organspende bereit ist, vorab sein ausdrückliches Einverständnis zur Organentnahme nach einem etwaigen Hirntod geben. Der Deutsche Ärztetag plädiert dafür, zunächst auf der Basis der Zustimmungslösung die Bereitschaft zur Organspende zu stärken.

Eine wesentliche Verbesserung der Anzahl von potenziellen Organspenden kann durch einen unabhängigen Transplantationsbeauftragten der Klinik erzielt werden. Vorbild der postmortalen Organspende ist Mecklenburg-Vorpommern, wo bereits unabhängige Transplantationsbeauftragte in den Kliniken wirken und die Rate bei 30 Organspenden je 1 Million Menschen liegt.

Der 110. Deutsche Ärztetag hat zudem jede Form der Kommerzialisierung von Organ- und Gewebetransplantationen nachdrücklich abgelehnt. Kommerzialisierung als Schlüssel zur Verteilung von Gesundheitsleistungen widerspricht nicht nur dem Solidaritätsprinzip, sondern auch der ärztlicher Überzeugung, dass der menschliche Körper keine veräußerbare Ware sein kann und darf. Nach wie vor wird die Transplantationsmedizin in der deutschen Öffentlichkeit befürwortet und wertgeschätzt. Das liegt mit Sicherheit

daran, dass die Gesetzgebung auf ethische Prinzipien gründet. Dazu gehören vor allen die Freiwilligkeit der Entscheidung zur Organspende, deren Unentgeltlichkeit, das strikte Verbot jeglichen Handels mit Organen und die Chancengleichheit der Patienten durch bundeseinheitliche Wartelisten sowie Trennung von Koordinierung der Organspende und Vermittlung der Organe.

Der Deutsche Ärztetag befürwortet nachdrücklich, wesentliche Fragen der Zell-, Gewebe- und Organtransplantation mit dem Ziel der Förderung der Transplantationsmedizin wissenschaftlich aufzuarbeiten. Dazu sollten die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung genutzt werden.

Kindergesundheit in Deutschland

„Deutschland ist auf dem Wege, die Kindergesundheit zu vernachlässigen.“ Mit diesen Worten forderte Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Maßnahmen von Politik und Ärzten zum Schutz der Kinder vor Gewalt und Misshandlungen. Prof. Dr. med. Dietrich Niethammer machte in seinem Hauptreferat zum Thema Kindergesundheit in Deutschland deutlich, dass es vor allem in armen und sozial schwachen Familien zu Gewalt und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen kommt. Verstärkt wird dies teilweise durch sozial-, familien- sowie bildungspolitische Strukturen. Aus diesen Gründen sieht Prof. Dr. Niethammer Handlungsbedarf bei der Politik in der Prävention von Kinderarmut, der Verbesserung von Bildungschancen in den ersten Lebensjahren und einer Koordination von Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik.



Rudolf Henke

An Kinder- und Jugendärzte werden aus seiner Sicht neue Anforderungen durch die neue Morbidität bei Kindern und Jugendlichen gestellt. Deshalb sei eine Verankerung von Kindergesundheit in der ärztlichen Fortbildung zwingend. Zugleich müssten Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe, Jugend- und Gesundheitsämtern etabliert werden. Ein flächendeckender Aufbau sozialpädiatrischer Zentren könne zudem die Prävention stärken. Die Betreuung von Risikofamilien müsse ebenfalls ausgebaut werden, so Prof. Dr. Niethammer. Denkbar wäre auch eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge von Familien mit Gefährdungspotenzial.

Facharztweiterbildung „Innere Medizin“

Die 250 Delegierten thematisierten schwerpunktmäßig die rechtskonforme Gestaltung des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ im Hinblick auf die Europäische Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise. Die Europäische Kommission hatte die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert nachzuweisen, dass in allen 16 Bundesländern eine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Fachbezeichnung „Innere Medizin“ vorliegt. In diesem Punkt weichen zurzeit die Regelungen in den Bundesländern voneinander ab. Dadurch ist die im EU-Recht vorgesehene Einheitlichkeit der Fachgebietsbezeichnung in den Mitgliedsländern der EU tangiert, sodass die derzeitige Notifizierung



Protest gegen den elektronischen Arztausweis

für Deutschland nicht richtlinienkonform ist. Nach ausführlichen Beratungen und intensiven Diskussionen hat der Deutsche Ärztetag beschlossen, die fünfjährige Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ in das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ unter 12.2 der (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung. Damit wird eine rechtskonforme Neugestaltung des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ im Hinblick auf EU-rechtliche Vorgaben erreicht und es den Ärztinnen und Ärzten einfacher gemacht, in den EU-Staaten beruflich tätig zu werden.

Beschlussanträge aus Sachsen

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer haben zahlreiche Anträge eingebracht, um zu verschiedenen wichtigen Themen Beschlüsse durch den Deutschen Ärztetag zu erreichen. Folgende Anträge wurden angenommen:

Ärztmangel – Tarifverträge für Ärzte

Der Ärztemangel darf durch Tarifunterschiede nicht verstärkt werden. Die politisch Verantwortlichen und Tarifpartner in Bund, Land und Kommune werden aufgefordert, die tariflichen Regelungen zur Vergütung von Ärzten so auszugestalten, dass

keine gravierenden Unterschiede in der Vergütung für Ärzte von Instituten, für Oberärzte oder Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst bestehen und dadurch Fehlanreize für eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland geschaffen werden.

Versorgungsforschung

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, die Arbeits- und Lebensbedingungen der Ärzte in der Versorgungsforschung als Kriterium aufzunehmen.

Bürokratie-Abbau

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, eigen generierte Bürokratieprozesse abzubauen und dies unter Kontrolle zu nehmen.

Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, schnellstmöglich die gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu delegierbaren ärztlichen Leistungen aus dem Jahr 1988 zu überarbeiten.

Vergütung von Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten

Die Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist zu erhöhen, um für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte ein Gehalt gewährleisten zu können, welches ihrer Verantwortung gerecht wird.



Dr. med. Günter Bartsch



Erik Bodendieck

Auswirkung der Diagnosis Related Groups (DRG)

Der Patient und die medizinische Qualität der Behandlung müssen auch nach der DRG-Reform trotz aller betriebswirtschaftlichen Erwägungen im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit stehen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit