

111. Deutscher Ärztetag Ulm 20. bis 23.05.2008



Ulmer Münster

Zum Auftakt des Deutschen Ärztetags in Ulm hat Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, eine kritische Bilanz der Reformpolitik der vergangenen 20 Jahre im Gesundheitswesen gezogen. Seine Diagnose lautete: der Umbau ist im Gange, doch ein Bauplan fehlt. „Nach dem Grundgesetz ist der Staat dafür zuständig, die Versorgung der Bürger zu gewährleisten“. Dabei habe die Selbstverwaltung eine gestaltende Aufgabe gehabt – heute dagegen habe sie immer mehr den Charakter einer „staatlichen Auftragsverwaltung“ angenommen.

Rationierung zum Wahlkampfthema machen

Prof. Dr. Hoppe forderte bei der Eröffnung des 111. Deutschen Ärztetages: „Die Rationierung medizi-

nischer Leistungen muss ein Wahlkampfthema werden, damit eine Diskussion nicht nur hinter vorgehaltener Hand, sondern in der Öffentlichkeit stattfindet“. „Ärztinnen und Ärzte müssen seit Jahren eine heimliche Rationierung im Gesundheitswesen ertragen und vor ihren Patienten dafür geradestehen. Das aber wollen wir nicht mehr“. Die Politik darf sich nicht aus der Verantwortung stehlen und so tun, als gebe es diese Rationierung nicht. „Wir müssen offen über die Probleme im Gesundheitswesen sprechen, und wir müssen den Menschen zeigen, wer für die Rationierung tatsächlich verantwortlich ist“.

Die Entscheidung, welche Leistungen medizinisch notwendig und damit von der GKV zu finanzieren sind, ist im vorgesezten Raum über einen Gesundheitsrat (Rat aus Ärzten, Juristen, Ökonomen, Ethikern) und nicht vom Staat zu treffen, schlug Prof. Dr. Hoppe erneut vor.

Durch die strikte Begrenzung der Finanzmittel in der gesundheitlichen Versorgung wird schon längst nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt. Die Möglichkeiten der Ärzte, für ihre Patienten die individuell beste Therapie auszusuchen, wird seit Jahren immer stärker eingeschränkt. „Die Konflikte, die sich daraus ergeben, müssen aber aus der Patient- Arzt-Beziehung herausgehalten werden“, mahnte Prof. Dr. Hoppe.

Bessere Honorierung

Eine bessere Honorierung der niedergelassenen Ärzte hat Bundesgesundheitsministerin Frau Ulla Schmidt in

ihrer Rede in Ulm in Aussicht gestellt, ohne sich dabei jedoch auf eine konkrete Zahl festzulegen. Für die Vertragsärzte sei der 1. Januar 2009 ein Datum von „entscheidender Bedeutung“, erklärte sie mit Blick auf die Honorarreform, die nicht nur eine Vergütung in Euro und Cent bringen werde. Zugleich würden im Bereich der ärztlichen Vergütung die Unterschiede zwischen Ost und West endgültig beseitigt. Notwendig sei allerdings, dass die Vorarbeiten für die Honorarreform weiterhin planmäßig umgesetzt werden. Voraussetzung für die Honorarreform sei eine gerechte und zielgenaue Verteilung der Beitragseinnahmen an die Krankenkassen über den Gesundheitsfonds und über den Morbi-RSA. „Der Gesundheitsfonds wird kommen, denn wir brauchen ihn“ beschwor die Ministerin. Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen müssten auch die Ärzte ökonomische Verantwortung tragen. Solidarische Absicherung und die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit müssten in eine neue Balance gebracht werden. „Einer Debatte über begrenzte Ressourcen werden wir nicht ausweichen können“, betonte die Bundesgesundheitsministerin. Sie erhielt Zustimmung von den Delegierten, als sie feststellte: „Für mich ist es wirklich nicht in Ordnung, wenn in diesem Land für Arzneimittel mehr Geld ausgegeben wird als für Arzthonorare“.

Zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung werde sie demnächst einen Gesetzentwurf vorlegen. Allerdings sollten die Klinikärzte gele-



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt; Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe; Oberbürgermeister der Stadt Ulm, Ivo Gönnner

gentlich auch ihre jeweiligen Landesregierungen an ihre Investitionsverpflichtungen für die stationäre Versorgung erinnern. Zugleich kündigte sie ein Förderprogramm für die Neueinstellung von Pflegekräften in den Krankenhäusern an.

Der Gesundheitsfonds kommt 2009 trotz allen Protesten

Baden-Württembergs Gesundheitsministerin Frau Dr. Monika Stolz rügte mit Blick auf den Gesundheitsfonds den „zentralistischen Ansatz“ im Wettbewerbsstärkungsgesetz und sprach sich für einen Wettbewerb aus, der „von einer Dualität von GKV und PKV“ geprägt sei. Sie plädierte: Wir wollen keine Staatsmedizin, sondern an den bewährten Grundsätzen der Selbstverwaltung mit freiberuflichen Vertragsärzten festhalten“. Wenn die Selbstverwaltung scheitert, dann kommt die Staatsmedizin.

Geschlossenheit der Ärzteschaft

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages befassen sich intensiv mit den veränderten Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. In den seit 1994 beschlossenen fünf Gesundheitsreformen sind ständig neue Erschwernisse auf die Ärzte dazugekommen.

Ärzte müssen unter den neuen Rahmenbedingungen besonders darauf achten, dass nicht einzelne Gruppen der Ärzteschaft gegeneinander ausgespielt werden. Die Geschlossenheit der Hausärzte, der Fachärzte mit den angestellten Ärzten ist unverändert notwendig.

Die Gewährleistung einer wohnortnahen und leistungsfähigen Krankenhausversorgung und einer wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung ist weiterhin eminent wichtig.

Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft

Eines der wichtigsten Ziele des 111. Deutschen Ärztetages bestand in der Verabschiedung „Gesundheitspolitischer Leitsätze der Ärzteschaft“ – dem „Ulmer Papier“. Die Leitsätze gehen auf den 110. Deutschen Ärztetag im letzten Jahr in Münster zurück, der die Bundesärztekammer



Das Präsidium des 111. Deutschen Ärztetages

anhand von zehn Grundsatzfragen gebeten hatte, klare Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen zu beziehen.

Im Dialog mit den Landesärztekammern entwickelte die Bundesärztekammer ein Positionspapier, das sich sowohl als konstruktiv-kritische Bestandsaufnahme im Hinblick auf die sozialen Herausforderungen der Gesellschaft versteht, als auch Perspektiven einer patientengerechten Gesundheitspolitik skizziert. Das „Ulmer Papier“ will einerseits Defizite in der Gesundheitsversorgung aufdecken, wie die offene und versteckte Rationierung von Finanz- und Arzneimitteln, medizinischem Personal oder technischer Ausstattung. Andererseits will es den Blick dafür schärfen, woran sich eine gute Gesundheitspolitik aus Sicht der Ärzte messen lassen muss: den Erhalt und Schutz der individuellen Patient-Arzt-Beziehung.

Das „Ulmer Papier“ wurde von den Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages kontrovers diskutiert. Den einen gingen die „Gesundheitspolitischen Leitsätze“ nicht weit genug. Andere waren der Meinung, die Ärzteschaft solle sich auf ihre Kernkompetenz beschränken und auf politische Empfehlungen gänzlich verzichten. Einig waren sich aber die Delegierten am Ende, als sie das „Ulmer Papier“ als wichtige Positionsbestimmung der Ärzteschaft in der zukünftigen gesundheitspolitischen Debatte gemeinsam verabschiedeten.

In den Leitsätzen heißt es unter anderem: „Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Rationierung findet statt“. Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des

Gesundheitswesens hätten zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen könne nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch die Optimierung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden. „Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden“, forderten die Delegierten. Der Staat dürfe nicht den Eindruck erwecken, das bisher gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung könne bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleichheit aufrechterhalten bleiben.

Der Präsident der Bundesärztekammer und des 111. Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hoppe, sagte zum Beschluss: „Das ‚Ulmer Papier‘ ist eine gute argumentative Grundlage für die Auseinandersetzung mit der Politik über die Neuausrichtung des Gesundheitswesens“.

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

Die sich verändernden Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens haben

die zunehmende Nutzung elektronischer Informationstechnologien in Form einer sicheren, elektronischen Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, elektronischer Patientenakten und neuer Formen der Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten (Telemonitoring) zur Folge. Für einrichtungs- und sektorübergreifende Patientenakten bestehen keine allgemein anerkannten und technisch realisierten sowie rechtlich abschließend bewerteten Konzeptionen. Viele technische wie auch rechtliche Fragen sind noch ungeklärt.

Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt ist von grundlegender Bedeutung für eine gute Medizin und den Heilungserfolg als Ziel ärztlichen Handelns. Ihre Grundlagen sind die Kompetenz und Verschwiegenheit des Arztes, die Berücksichtigung der individuellen Belange und Einstellungen des Patienten und der verantwortungsbewusste Umgang mit Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Dem steht das zunehmende Interesse Dritter an Behandlungsdaten zum Zwecke der Steuerung des Behandlungsgeschehens entgegen.

Trotz aller Veränderungen muss das Gespräch zwischen Patient und Arzt auch zukünftig im Mittelpunkt der Kommunikation im Gesundheitswesen stehen.

Die Ärzteschaft blickt sehr kritisch auf das geplante Projekt „Elektronische Gesundheitskarte (eGK)“. Der Deutsche Ärztetag hat erneut sehr

engagiert, intensiv und kritisch die notwendigen Kriterien für den Datenschutz bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte diskutiert. Er lehnt abermals die Einführung der eGK in der bisherigen vorgelegten Form ab, hält aber einen Ausstieg aus diesem Projekt für den falschen Weg. Die Delegierten des Ärztetages sehen die Chance, unter Mitsprache der Ärzte eine einheitliche Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen zu schaffen, die eine sichere Kommunikation ermöglicht.

Laut Gesetz dürfen nur Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und unter deren Aufsicht ihre Mitarbeiter auf Daten der eGK zugreifen und dies ausschließlich zur Versorgung der Patienten und mit deren ausdrücklicher Zustimmung. Sämtliche Daten, die auf der eGK gespeichert werden, sollen so verschlüsselt sein, dass sie nur mithilfe der eGK des Versicherten zusammen mit dem Heilberufsausweis des Arztes entschlüsselt werden können.

Die Sächsische Landesärztekammer ist weiterhin nicht gegen einen Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen. Das wäre weltfremd und keine zukunftsweisende Einstellung. Es ist unbedingt erforderlich, dass sich die Ärzteschaft in die Gestaltung dieser Prozesse konstruktiv und kritisch einbringt. Die Einführung von Telematik-Projekten ist in erster Linie am medizinischen Nutzen zu messen. Die Sächsische Landesärztekammer

ist ein Verfechter der beschleunigten Entwicklung des elektronischen Arzttausweises mit qualifizierter elektronischer Signatur und Komfortsignatur, der zwingende Voraussetzung für Rechtssicherheit und Datenschutz bei der elektronischen Übermittlung von Daten im Gesundheitswesen ist. Deshalb beteiligt sich die Sächsische Landesärztekammer auch intensiv in der Testregion Zittau-Löbau.

Neukonzeption der elektronischen Gesundheitskarte

Die Ärzteschaft macht ihr Mitwirken in der gematik GmbH und an den Tests in den Regionen von der Beachtung der von ihr formulierten Prüfstellen und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig. Folgende Forderungen müssten bei der erforderlichen Neukonzeption des Projektes erfüllt werden:

- Medizinische Daten so schützen, dass auch gegebenenfalls erfolgende Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.
- Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern.
- Umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.
- Erstellung und Veröffentlichung eines Sicherheitsgutachtens durch unabhängige Experten vor der flächendeckenden Einführung.
- Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung.
- Freiwillige Entscheidung von Ärzten und Patienten über die Nutzung von elektronischen Patientenakten.
- Wenn Ärzten kein ökonomisch nachweisbarer Nutzen entsteht, sind die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten.
- Keine Einführung des elektronischen Rezepts, so lange nicht alle damit verbundenen Störungen der Praxisabläufe beseitigt sind.



Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer bei der Abstimmung



Protest eines Arztes gegen die „eGK“

- Die Notfalldaten sind durch eine auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte zu speichernde „Klinische Basisinformation“ zu ersetzen.
- Der sichere elektronische Arztbrief muss allen Ärzten mit Beginn der Online-Phase zur freiwilligen Nutzung zur Verfügung stehen.
- Die Konzepte für Arzneimitteldokumentation und elektronische Patientenakte sind neu aufzusetzen.

Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland am Beispiel Demenz

Nach Expertenmeinung wird ein rasanter Anstieg der Erkrankung Demenz in den kommenden drei Jahrzehnten prognostiziert. Zurzeit leiden in Deutschland etwa 1,3 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung. Etwa 25 bis 30 Prozent der Demenzkranken werden von Familienangehörigen versorgt. Demenzen zählen zu den kostenträchtigsten Krankheitsgruppen des höheren Alters.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation Demenzkranker ist die Stärkung der Prävention und der geriatrischen Rehabilitation unabdingbar, ebenso der Ausbau der ambulanten Pflege, Ausbau der alternativen Wohnkonzepte, Aufstockung der Finanzmittel, Förderung der Forschung und die Stützung der familiären Hilfe. Entscheidend für die Verbesserung der Versorgungssituation ist eine offene gesellschaftliche Debatte, die auf einen Abbau der Tabuisierung und eine Beendigung der Isolation von Demenzkranken und ihrer Ange-

hörigen hinzielt. Eine bedeutende Aufgabe auch der Politik ist darin zusehen, den ethischen Diskurs über die Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen anzustoßen. Prof. Dr. phil. Andreas Kruse: „Der Mensch definiert nicht die Würde des anderen Menschen. Vielmehr ist es die Aufgabe einer humanen und offenen Gesellschaft, alles dafür zu tun, dass die Würde des Menschen nicht verletzt wird“.

Zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft

Der Arzt hat eine Schlüsselrolle im Gesundheitswesen. Diese ergibt sich aus den Alleinstellungsmerkmalen des Arztberufes: Expertentum, Handlungskompetenz in komplexen Entscheidungssituationen, Übernahme persönlicher Verantwortung als Teil des Behandlungsauftrages, professionelle Autonomie im Sinne eines freien Berufs und eine spezifische Berufsethik. Das sich Anvertrauen des Patienten ist Kern der ärztlichen Ethik, verankert in der Berufsordnung der Ärzte.

Zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Bedeutung des Arztes für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hat Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, auf dem 111. Deutschen Ärztetag vorgestellt:

- **Ärzte sind die maßgeblichen Träger des Gesundheitswesens**
Der Arztberuf verfügt über unverwechselbare Alleinstellungsmerk-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

male. Ärzte sind die Experten für die Prävention und Diagnose von Krankheiten sowie für die Beratung, Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfelds.

- **Ärztliches Bekenntnis zur Freiberuflichkeit**

Die Ausübung des Arztberufs verlangt eine Grundeinstellung, die zusätzlich zur medizinischen Fachkompetenz als essentiell für den Arztberuf angesehen und auch in Zukunft von einem guten Arzt erwartet wird. Dies ist die Grundhaltung, den Patienten ernst zu nehmen, Fürsorge und Respekt aufzubringen, dialogzusein und seine eigenen Grenzen zu erkennen.

■ **Vertrauensstellung des Arztes**

Die besondere Position des Arztes im Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern erfüllt aus dem Blickwinkel der Patienten eine besondere Funktion. Für den Patienten ist der Arzt nicht nur ein Experte für Gesundheit und Krankheit, sondern eine unverzichtbare Vertrauensperson.

■ **Unattraktivität der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung**

Der Arztberuf ist ein anspruchsvoller Beruf, den die Gesellschaft braucht, der bei den Patienten hohes Ansehen genießt und der eigentlich einer der schönsten Berufe der Welt sein könnte, wenn das persönliche Engagement der Ärzte nicht durch vor allem staatliche Fremdbestimmung erstickt würde.

■ **Unenteilbarkeit der ärztlichen Rolle**

So wie unsere Patienten es zu Recht ablehnen, auf Symptome und Diagnosen reduziert zu werden, müssen wir Ärzte es ablehnen, auf eine Teilfunktion gemindert zu werden. Eine patientenorientierte Medizin und ein leistungsfähiges Gesundheitswesen brauchen den „ganzen“ Arzt und keine Technokraten.

■ **Desillusionierung falscher Heilserwartungen**

Unsere Gesellschaft muss wieder lernen, mit Krankheit, Alter und Tod zu leben.

■ **Schwerpunkte ärztlicher Tätigkeit in Zukunft**

Die Patienten und die Bürger wollen und sollen mehr Eigenverantwortung für Gesundheit und Krankheit übernehmen.

■ **Teamorientierung als Grundeinstellung**

Kommunikative Fähigkeiten und Teamorientierung sind für den Arzt von morgen unverzichtbar. In Anbetracht der Komplexität der modernen Medizin und der soziodemografischen Entwicklung muss die medizinische Versorgung als Teamaufgabe begriffen werden.

■ **Primat des Patientenwohls als Leitprinzip im Gesundheitswesen**

Die Patienten vertrauen ihren Ärzten, aber nicht mehr dem Gesundheitswesen.

■ **Potenzial ärztlicher Kompetenz und Verantwortlichkeit**

Die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger müssen erkennen, dass die im Gesundheitswesen tätigen Ärzte und die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen darstellen.

Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen Kooperation ja, Delegation ja, Substitution nein!

Das vom Bundestag beschlossene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geht in Bezug auf die nicht ärztliche Leistungserbringung über das hinaus, was bisher möglich war.

In dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird erstmals die Substitution ärztlicher Leistung dargestellt. Die Substitution ärztlicher Leistung bedeutet das Ersetzen des Arztes durch einen nicht ärztlichen Mitarbeiter bei der Durchführung von Leistungen, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Bei der Substitution ärztlicher Leistungen wird nicht nur die Verantwortung abgegeben. Der Arzt haftet auch im Fall eines eingetretenen Fehlers nicht mehr. Die Ärzteschaft, Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in einer gemeinsamen Stellungnahme zum Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nachdrücklich gegen die Substitution ärztlicher Leistungen ausgesprochen. Den Weg zur Eröffnung des Arztvorbehalts in der medizinischen Versorgung geht die Ärzteschaft nicht mit. Wir Ärzte sehen keine Notwendigkeit in der Schaffung einer neuen Versorgungsebene.

Die Stellung einer Diagnose und die Behandlung von Krankheiten setzen umfassende Ausbildung erworbenen Fähigkeiten, Erkenntnisse und praktische ärztliche Erfahrung voraus. Diagnostik, Differenzialdiagnostik und therapeutische Maßnahmen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefähr-



Vizepräsident Erik Bodendieck



Dipl.-Med. Petra Albrecht



Dr. med. Thomas Lipp



Ute Taube

lichkeit und wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, müssen vom Arzt persönlich durchgeführt werden und sind nicht delegationsfähig.

Von nicht akademischen Gesundheitsfachberufen können die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen nicht erwartet werden.

Wir Ärzte können uns eine Erweiterung von Delegationsmöglichkeiten von ärztlichen Leistungen vorstellen. Auch weiterhin muss der Arzt bei der Delegation seine Hilfspersonen sorgfältig auswählen, instruieren, überwachen und organisatorische Vorkehrungen treffen, damit keine Fehler unterlaufen. Die Krankenhausleitungen erwarten von einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht ärztliche Berufsgruppen insbesondere Kosteneinsparung.

Künftig müssen delegierbare ärztliche Leistungen über eigene EBM-Positionen abgerechnet werden.

Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, fasste in seinem Vortrag die Ziele der Ärzteschaft bei der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen wie folgt zusammen:

- Der Patientenschutz muss absoluten Vorrang haben.
- Der Facharztstandard muss beibehalten werden.
- Die therapeutische Gesamtverantwortung beim Arzt ist unteilbar.
- Die Ärzteschaft spricht sich gegen Substitution und für den Ausbau der Delegation aus.

Wahl des Tagungsortes für den 113. Deutschen Ärztetag

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Schulze, präsentierte zum Abschluss des 111. Deutschen Ärztetags den Delegierten in Ulm den Tagungsort des Deutschen Ärztetags für das Jahr 2010. Die sächsische Landeshauptstadt Dresden und die Sächsische Landesärztekammer sind Gastgeber des 113. Deutschen Ärztetags im Mai 2010.

Sächsische Beschlussanträge

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer haben in Ulm 23 konstruktive Anträge eingebracht, um zu wichtigen Themen richtungsweisende Beschlüsse durch den Deutschen Ärztetag zu erzielen. Folgende Anträge wurden von den Delegierten des Deutschen Ärztetags



Rathaus Ulm

ges angenommen und sind im Internet unter www.slaek.de oder www.bundesaeztekammer.de zu finden:

Angenommene Anträge

- Ambulante Ethikberatung
- Anerkennung der Prävention als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe
- Aufnahme des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in das Ulmer Papier
- Aus- und Fortbildung zur Telematik
- Auswirkung der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis – Bedingungen für Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
- Auswirkung der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis – Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte in IT-Sicherheit und Gesundheitstelematik
- Delegation ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich
- Einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Landesärztekammern
- Gesundheitsziel „Aktives Altern“
- Gleiche Bewertung ärztlicher Arbeit im Öffentlichen Dienst
- Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung
- Öffentliche Veranstaltung zu „Qualität“ und „Patientensicherheit“ durch Landesärztekammern
- Positionierung der Bundesregierung zum Ulmer Papier
- Präventionsgesetz
- Stärkere Fokussierung auf den stationären Bereich bei der Einführung von medizinischen Telematikanwendungen
- Stärkung der Versorgungsforschung im Bereich Demenz
- Therapieempfehlungen für geriatrische multimorbide Patienten
- Versorgungsforschung zur Auswirkung von Rabattverträgen
- Weiterentwicklung von Leitlinien
- Wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen – kein Primärarztmodell
- Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Anja Miesner M.A.