

112. Deutscher Ärztetag

Sächsische Sichtweisen

In diesem Jahr tagte der Deutsche Ärztetag, das Parlament der deutschen Ärzte, vom 19. bis 22. Mai 2009 in Mainz.

Wo einst Römer, Kaiser Barbarossa, Bibeldrucker Gutenberg oder Kurfürsten der Stadt am Rhein ihren Stempel aufdrückten, ist heute male- rische Heimat für Menschen und Wirtschaft. Das moderne Mainz steht für Weltoffenheit und Geselligkeit.

Mainz verbindet, denn durch Mainz läuft nicht nur der 50. Breitengrad, sondern auch die Straße der Demokratie. Bereits Anfang 1793 bereite- ten die Franzosen in Mainz Volks- wahlen vor. Das aktive Wahlrecht stand allen über einundzwanzigjähri- gen selbstständigen Männern zu, die bereit waren, einen Eid auf Volkssou- veränität, Freiheit und Gleichheit zu leisten.

Mainz ist die Stadt der Lebensfreude, der Gastfreundlichkeit und der „fünf- ten Jahreszeit“.



St.-Paulus-Dom Mainz

Gespräch mit Vertretern der G-7- Staaten und Mexiko über die „Neue Grippe“ nach Genf fahren. Staatsse- kretär Dr. Klaus Theo Schröder ver- trat die Ministerin.

Rationierung in der Medizin

„Manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszuspre- chen. Ich weiß, dass ich mit meinen



Faschingsbrunnen in Mainz

Zum 112. Deutschen Ärztetag rei- ten aus allen Bundesländern Dele- gierte der Ärzteschaft an. Aus Sach- sen waren 12 Ärzte in Mainz.

Zum ersten Mal in ihrer Amtszeit kam Frau Bundesgesundheitsministe- rin Ulla Schmidt nicht zur Eröffnung des Ärztetages. Sie musste zu einem



Prof. Dr. med. Jörg Dietrich Hoppe, Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Sozialministerin Malu Dreyer, Ministerpräsident Kurt Beck (v.l.)

Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht in Frage zu stellen. Aber wir Ärzte in Deutschland – um das noch einmal klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden“, mit diesen klaren Worten eröffnete Prof. Dr. med. habil. Jörg Dietrich Hoppe den 112. Deutschen Ärztetag in Mainz. Damit machte der Präsident der Bundesärztekammer einmal mehr die Mangelverwaltung in Deutschland deutlich. Man müsse sich mit Priorisierung auseinandersetzen, denn man wisse, dass der Diskussionspro-

zess bis zur wirklichen, gesellschaftlich akzeptierten Erkenntnis oftmals sehr schmerzhafter ist. Eine Absage erteilte erneut und eindringlich Prof. Dr. Hoppe in diesem Zusammenhang der ärztlichen Hilfe zum Sterben. Auch in den Pflegeheimen ist die medizinische Versorgung nicht mehr ausreichend gewährleistet. Der Rettungsdienst wird abgebaut, die Arzneimittelversorgung qualitativ herabgestuft und die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung weiter abgebaut. Die Zahl der Krankenhäuser wird um mindestens 20 Prozent abnehmen – und das bei einer Gesellschaft mit zunehmender Immobilität durch Überalterung der Bürger. Selbst bei den noch verbleibenden Krankenhäusern wird dann auch noch die Zahl der Intensivbetten gekürzt.

„Mit diesem Problem der Unterversorgung“, so Prof. Dr. Hoppe, „müssen wir die Politik konfrontieren und zwar alle politischen Parteien. Was allerdings keinen Sinn macht, was geradezu kontraproduktiv für unser gemeinsames Anliegen ist, das sind Aktionen zur Politisierung des Wartezimmers gegen eine bestimmte Partei. Das stößt bei den Patienten ebenso auf Unverständnis wie die sogenannte Vorkasse, die einige Ärzte erhoben haben. Das sind völlig deplatzierte Aktionen übermotivierter Kollegen, die zu einem erheblichen Vertrauensverlust führen können.“

Prof. Dr. Hoppe forderte einen grundlegenden Politikwechsel – weg von einer zentralstaatlichen Einheitsversicherung, hin zu einem freiheitlichen Gesundheitswesen. Das deutsche Gesundheitssystem brauche eine starke, bürgernahe Selbstverwaltung und keine wöchentlichen Direktiven aus dem Ministerium, mit freiberuflichen Ärzten, die ihrem Gewissen und ihren Patienten verpflichtet seien, und nicht Allokationsjongleure in einem Rationierungssystem. Dazu brauche es endlich verbindliche Rahmenbedingungen für die Gestaltung des Gesundheitswesens. Denn nur dann könne man irgendwann wieder einmal ehrlichen Herzens sagen: Die Versorgung ist sicher.

Die sächsischen Delegierten brachten zu diesem Tagesordnungspunkt einen Beschlussantrag zum Krankenhausfinanzierungsgesetz ein. Darin fordern sie eine angemessene Bezahlung für die Angestellten in den Krankenhäusern. Denn Personalabbau und übermäßige Leistungskonzentration führt dazu, dass immer weniger Mitarbeiter immer mehr leisten müssen. Nach Jahren des Einsparens und des Abbaus von 100.000 Arbeitsplätzen – davon allein 50.000 in der Pflege – können die finanziellen Lasten der Kliniken allein mit Wirtschaftsreserven nicht aufgefangen werden.

Die Delegierten aus Sachsen forderten in weiteren Entschließungsanträgen:

- die Krankenkassen auf, die durch Schließung von Krankenhäusern eingesparten Gelder weiterhin der Patientenversorgung zukommen zu lassen,
- gegen jeglicher Tendenzen, die zur Spaltung der Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung führen, entschieden aufzutreten.

Patientenrechte in Zeiten der Rationierung

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen“ (Paragraf 7 der Muster-Berufsordnung).

Patientenrechte sind nicht durch die



Prof. Dr. med. Jörg Dietrich Hoppe

Ärzeschaft gefährdet, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik für die Gesetzliche Krankenversicherung. Patienten haben das Recht auf eine qualifizierte medizinische Behandlung. Der Zugang zu einer am medizinischen Fortschritt orientierten Versorgung wird durch die forcierte Wettbewerbsorientierung des Gesundheitswesens mit Risikoauslese, den Abbau flächendeckender Versorgungsstrukturen und ökonomisch geprägte Therapievorgaben zunehmend erschwert.

Nach zwei Jahrzehnten Kostendämpfungspolitik kann der berechnete Anspruch der Patienten auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung nicht mehr rückhaltlos gewährleistet werden. Die Unterfinanzierung im Gesundheitswesen hat zu einer schleichenden Rationierung geführt, die von den verantwortlichen Politikern aber nach wie vor geleugnet wird. Die Verantwortung der Leistungsgrenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung muss der Gesetzgeber tragen.

Auch die sächsische Ärzteschaft fordert die Sicherung grundlegender Patientenrechte in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung:

- Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes sowie die Bereitstellung der notwendigen Mittel voraus.
- Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl.
- Der Patient hat Anspruch auf Transparenz. Die Ärzteschaft setzt sich nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über Art, Menge, Umfang und vor allem der Kosten der für den Patienten erbrachten Leistungen ein.
- Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses. Die Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist unbedingt weiterhin die ärztliche Schweigepflicht.
- Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Versicherten. Solidarität heißt, dass jeder Bürger

entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten hat.

- Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen.

Die Ärzteschaft hat bereits 2008 im „Ulmer Papier“ die Einrichtung eines Gesundheitsrates vorgeschlagen, der völlig andere Aufgaben erfüllen muss, als die derzeit agierenden Räte (Nationaler Ethikrat, Sachverständigenrat beim Bundesministerium für Gesundheit).

Dieser Gesundheitsrat (Ärzte der Patientenversorgung, Vertreter der Ärztekammern) soll unter Hinzuziehung von Vertretern anderer Wissenschaften (Vertreter der ethischen Wissenschaften, der Jurisprudenz, der Sozialwissenschaften) und Patientenvertretern Politikberatung betreiben. Der Gesundheitsrat muss institutionell unabhängig unter enger Einbindung von Ärzteschaft und Patientenvertretern im vorpolitischen

Raum arbeiten. Seine Aufgabe ist es, Schwerpunkte für die Gesundheitsversorgung zu definieren und Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten.

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer haben den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, bei den Überlegungen und Ausarbeitungen zum Thema Rationierung und vor allem Patientenrecht, den Aspekt Eigenverantwortung der Versicherten sich selber und der Gesellschaft gegenüber, deutlich mehr Gewicht zu geben.

Gesundheitsfonds grundsätzlich neu überdenken

Die Delegierten des Ärztetages forderten: „Die Krankenkassen sollen bis auf weiteres ihre Beitragssätze wieder selber festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können“. Voraussetzungen dafür ist eine strukturelle Weiterentwicklung (schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren,



Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Sauer mann

stufenweise Einführung von Kapitaldeckung, Bildung von Alterungsrückstellungen) der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die deutsche Ärzteschaft drückte ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik Milliardensummen zur Kompensation einer fehlgeleiteten Finanzpolitik und zur Konsolidierung von Banken und Unternehmen aufwendet, während Patienten, Ärzte und Bürger unseres Landes seit Jahren heftig um vergleichsweise kleine Zuwächse in den Finanzmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung kämpfen müssen.

Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft

Die ärztliche Freiberuflichkeit gilt als einigendes Element der gesamten Ärzteschaft.

Das Spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Der Beruf des Arztes als freier Beruf findet seine Selbstbeschränkung lediglich in der Verantwortung, die der Arzt für seine Patienten übernimmt. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Vor dem Hintergrund zunehmender Verstaatlichung des Gesundheitswesens kommt es zu einer weitreichenden Verschlechterung der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung. Die Freiheit bei der ärztlichen Entscheidung ist wesentliche Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung einer hochwertigen und an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientierten Gesundheitsversorgung gebunden. Ein Arzt, der frei darüber entscheiden kann, welche Therapie individuell die Notwendige ist, ist für den Patienten die Garantie für eine seinen Bedürfnissen entsprechende Behandlung. Die Freiberuflichkeit des Arztes ist nicht gebunden an die Form des Arbeitsverhaltens. Die Prinzipien des freien Berufes gelten für alle Ärzte, egal ob sie in einer eigenen Praxis, im Krankenhaus oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

Die sächsischen Ärzte und der Deutsche Ärztetag fordern Politik und Regierung auf, die notwendigen Rahmenbedingungen für die Ausübung des Arztberufes in Freiheit zu schaffen durch:

- die Sicherung und den besonderen Schutz des Patienten-Arzt-Vertrauensverhältnisses,
- den Schutz der Weisungsgebundenheit des Arztes im Sinne eines klaren Bekenntnisses zur Bedeutung des „Freien Berufes“,
- den Abbau überflüssiger und überbordender Kosten- und Qualitätskontrollen, Dokumentationszwänge und Bürokratie,
- die Abkehr von der staatsmedizinischen Ausrichtung des Gesundheitswesens,
- den Schutz des Arztberufes als freien Beruf gegenüber gewinnorientierten Kapitalgesellschaften.

Der Deutsche Ärztetag lehnte kategorisch Tendenzen zur Aushöhlung der Freiberuflichkeit ab. Insbesondere der von manchen Krankenkassen und Klinikträgern in der Effizienzdiskussion propagierte Vorrang der Kosten vor der Therapie wird entschieden zurückgewiesen.

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. Christoph Fuchs, wandte sich entschieden gegen Versuche der Politik, die Freiberuflichkeit der Ärzte weiter einzuschränken: „Eigenverantwortung und Unabhängigkeit sind konstitutive Elemente des Arztberufes als freier Beruf. Ärztinnen und Ärzte sind frei in der Bildung ihres Urteils, sie tragen aber auch die volle Verantwortung für ihr Handeln“.

„Nur die freie ärztliche Berufsausübung kann das Gegenmodell der Staatsmedizin sein. Denn der Arztberuf in Freiheit und Verantwortung ist ein einzigartiger und besonders erfüllender Beruf. Es lohnt sich, ihn zu schützen, ihn zu bewahren und für ihn zu kämpfen.“

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern verstehen sich dabei als funktionale Selbstverwaltung, die Ausdruck der Freiberuflichkeit und zugleich das Instrument zu deren Sicherung sind. Es geht dabei nicht allein um Interessen der ärztlichen Profession, sondern vor allem



Dr. med. Rainer Kobes, Erik Bodendieck (v.l.)



Ute Taube



Dr. med. Thomas Lipp

um das Interesse der Allgemeinheit, das heißt letztlich um die Gesundheitsversorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung.

Der von den sächsischen Delegierten erarbeitete Entschließungsantrag „Freiberuflichkeit und ärztliche Kollegialität im Dienste der Patientenversorgung“ mit den eindeutig formulierten zehn Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung wurde nicht nachvollziehbar an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung

Alle Bürger in der Bundesrepublik Deutschland haben das Recht auf eine bedarfsgerecht gesundheitliche Versorgung.

In Deutschland lebt rund eine halbe Million Menschen mit geistiger oder mehrfach körperlicher Behinderung, die einen spezifischen und aufgrund von Begleiterkrankungen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung haben. Das deutsche Gesundheitssystem aber ist strukturell und organisatorisch nicht auf die Versorgung dieser Menschen eingerichtet, kritisierten die Delegierten des Deutschen Ärztetages. Das System der medizinischen Regelversorgung, sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich, empfinden Menschen mit Behinderung häufig als unzulänglich. Der behinderungsbedingte Versorgungsmehrbedarf ist finanziell nicht ausreichend gedeckt und die alltägliche Behandlungspraxis wird den legitimen Anforderungen dieser Menschen nicht gerecht. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre, insbesondere das GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004, haben die Situation weiter erschwert. Diese Benachteiligung steht im offenkundigen Widerspruch zum Diskriminierungsverbot unseres Grundgesetzes. Sie steht auch im Widerspruch zu den Forderungen des Übereinkommens der Vereinten Nationen zu Menschen mit Behinderungen vom Dezember 2006. Die Artikel 25 und 26 dieses wichtigen Menschenrechtsdokuments liefern den Maßstab, nach dem die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger

und mehrfacher Behinderung beurteilt und auch bedarfsgerecht entwickelt werden muss – überall auf der Welt, auch in Deutschland.

„Wenn Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung krank werden, finden sie nur schwer ausreichende Hilfe. Es fehlen gut vorbereitete Krankenhäuser, Ärzte, Therapeuten sowie Angehörige der Gesundheitsfachberufe. Die betroffenen Patienten sowie ihre Familien fühlen sich damit oft allein gelassen“, betonte Prof. Dr. Michael Seidel, Leitender Arzt des Stiftungsbereiches Behindertenhilfe der von Bodenschwingschen Anstalten Bethel, auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag.

Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf daher dringend der Ergänzung und Unterstützung durch ge-



Dr. med. Claus Vogel, Prof. Dr. med. Eberhard Keller (v.l.)

eignete fachliche Hilfen und organisatorische Strukturen, um ihre Gesundheit zu fördern, Verhaltensstörungen und psychischen sowie psychosomatischen Störungen vorzubeugen oder sie zu lindern.

Für behinderte Kinder und Jugendliche stehen vielerorts noch eine Reihe von spezialisierten Angeboten zur



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung



Der Marktplatz in Mainz

Verfügung, auch wenn diese oft unterfinanziert sind oder sogar in Frage gestellt werden. Erreichen diese Patienten jedoch das Erwachsenenalter bricht die Versorgung ab. Dann gibt es nur noch wenige spezialisierte Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Auch dort fehlt es an ausreichend finanziellen Mitteln, die Kosten für die überdurchschnittlich aufwändigen Leistungen zu decken.

Die Strukturen in der Regelversorgung und der spezialisierten Versorgung müssen dem besonderen Behandlungsbedarf von Menschen mit Behinderung angepasst werden.

Fazit

Die sächsischen Delegierten haben sich auf dem Ärztetag in Mainz nachdrücklich für die Interessen der sächsischen Ärzte eingesetzt und die besonderen Probleme Ostdeutsch-

lands sachlich dargestellt. Vor allem an die Politik wurden durch bedeutende Entschließungsanträge Forderungen gerichtet und Lösungswege aufgezeigt. Die sächsische Delegation hat insbesondere Anträge zur ambulanten Palliativversorgung Schwerstkranker, zur Patientensicherheit, zur elektronischen Gesundheitskarte, zum elektronischen Heilberufausweis, zur externen Qualitätssicherung sowie zu Neuerungen im Medizinstudium gestellt.

Gastgeberin des 113. Deutschen Ärztetages 2010 ist Dresden. Die Hauptstadt des Freistaates Sachsen war bereits 1993 als erste ostdeutsche Stadt für den 96. Deutschen Ärztetag ausgewählt worden. Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer kommentiert: „Wir haben damals einen so guten Eindruck hinterlassen, dass Dresden



„Gräfin Cosel“ lädt nach Dresden ein

nun zum zweiten Mal als Tagungsort bestimmt wurde.“

Der Tagungsort des 114. Deutschen Ärztetages 2011 ist Kiel.

Sächsische Beschlussanträge

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer haben in Mainz 13 konstruktive Anträge eingebracht, um zu wichtigen Themen richtungsweisende Beschlüsse durch den Deutschen Ärztetag zu erzielen. Folgende Anträge wurden von den Delegierten des Deutschen Ärztetages angenommen und sind im Internet unter www.baek.de zu finden:

- Krankenhausfinanzierung
- Verstärkung der praxisnahen ärztlichen Ausbildung
- Überprüfung durch den MDK – Beauftragung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen
- Förderung und Finanzierung unabhängiger medizinischer Forschung
- Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
- Schnellstmögliche Schaffung der technischen, organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Herausgabe des elektronischen Heilberufausweises
- Externe Qualitätssicherung – BQS
- Forderung nach einer Reaktion der Politik auf das Ulmer Papier



Die sächsischen Delegierten mit „Gräfin Cosel“ am Präsentationsstand der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M. A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit