

116. Deutscher Ärztetag

Für eine Woche wurde Gesundheitspolitik von Ärzten in Hannover gemacht. Rund 250 Delegierte aus ganz Deutschland kamen vom 28. bis 31. Mai 2013 zum 116. Deutschen Ärztetag in die niedersächsische Landeshauptstadt, um wichtige berufspolitische Themen zu beraten. Eröffnet wurde der Ärztetag im Kuppelsaal des Hannover Congress Centruns im Beisein von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Niedersachsens Ministerpräsident Stephan Weil.

Verantwortung und Freiheit, nicht Staatsmedizin, sei das Motto der Ärzteschaft. Das sagte Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, bei der Eröffnung dieses Ärztetages. Der BÄK-Präsident warb in seiner Rede dafür, das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu stärken. „Wir sind es unseren Kindern schuldig, nicht nur an uns, sondern auch an sie zu denken. Deshalb müssen wir in einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden medizinischen Chancen und Möglichkeiten das jetzige Krankenversicherungssystem fortentwickeln“.

Montgomery verwies auf eine von der Bundesärztekammer erstellte Reformskizze, die Grundlage der Aussprache des ärzteparlamentes über die künftige Finanzierung des Krankenversicherungssystems war. Darin plädiert die BÄK unter anderem dafür, die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wiederherzustellen. Hierfür soll der derzeitige Versichertenanteil zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt werden.

Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigem Einkommen zu verhindern, soll der Gesundheitsbeitrag, den der einzelne Versicherte zahlen muss, auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von neun Prozent des gesam-



Eröffnung des 116. Deutschen Ärztetags im Kuppelsaal des Hannover Congress Centruns © SLAEK



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery (v.l.) © SLAEK

ten Haushaltseinkommens beschränkt werden. Zudem schlägt die BÄK vor, für jedes in Deutschland geborene Kind ein Gesundheitsparkonto einzurichten, das als kapitalgedecktes Anspargprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abfedern soll.

Wie viel Markt verträgt die Medizin?

Der Ärztetag widmete sich intensiv den Auswirkungen des seit Jahren zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen und diskutierte die Frage, wie viel Markt die Medizin verträgt. Prof. Dr. med. Giovanni

Maio, M.A., Freiburg, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, führte in dieses spannende Thema ein.

Nach seiner Ansicht sind Medizin und Ökonomie keine Antipoden sondern zwei verschiedene Logiken. Sie genießen keine Gleichrangigkeit, denn der Arzt hat gegenüber seinen Patienten eine Loyalitätspflicht. Und die Ökonomie soll die Medizin erst ermöglichen. Dabei kann es kein Ausbalancieren von Medizin und Ökonomie geben, da der Patient und seine Gesundheit nicht verhandelbar sind. Seine Grundfrage lautete: Inwieweit bestimmt heute die Ökonomie ärztliches Handeln?

Ökonomie will Effizienz. Effizienz ist die Ersparnis von Aufwand. Dies kann organisatorisch erreicht werden, indem Arbeitsabläufe besser strukturiert werden (DRG). Doch in ganz subtiler Weise erfolgt die Ökonomisierung der Medizin durch eine Kultur der formalistischen Korrektheit. Das Führen der Patientenakte ist formal für die Ökonomie wichtiger als das Patientengespräch. Ärzte werden danach bewertet, was sie dokumentieren können. Alles andere ist betriebswirtschaftlich unrentabel. Ärztliche Abläufe werden fragmentiert wie eine technische Reparatur und möglichst kostensparend. Psychosoziale Aspekte werden beim Patienten vernachlässigt. Vor allem alte Patienten kommen dabei zu kurz, was etwa bei der Entlassung spürbar ist, die in einem formalisierten Zeittakt erfolgt.

Heute wird unter ökonomischem Druck vor allem Gesprächszeit und damit am Kern der ärztlichen Identität gespart. Die Ökonomie dient also nicht mehr der Unterstützung der Medizin, sondern sie ist der Taktgeber. Bilanzen als Richtschnur und die Präsenz ökonomischer Zahlen.

Diese fremde Logik der Ökonomie machen sich Ärzte immer mehr ungewollt zu eigen. Allerdings werden sie gekapert und in eine strukturelle Bevormundung geführt. Ärzte



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Andreas Crusius (v.r.)

© SLAEK

können nicht mehr das tun, was sie aus ärztlicher Sicht gern tun würden, weil sie nicht mehr selbst entscheiden können. Die Ökonomie verändert subtil die innere Einstellung der Ärzte. Dokumentation, Anreizsysteme auf Unternehmensziele und ökonomische Verantwortung werden ihnen aufgebürdet, obwohl sie dafür nicht zuständig sind. Es kommt zur Aushöhlung bzw. inneren Umformung der ärztlichen Tätigkeit.

Doch Wettbewerb löst die ökonomischen Probleme nicht. Patienten mit vielen Komplikationen werden aus ökonomischer Sicht niemals für ein Krankenhaus rentabel sein. Krankenhäusern steuern dagegen, indem sie

teure Patienten abgeben. Aber eine Medizin, die bestimmte Patienten meidet, kann sich nicht mehr Medizin nennen. Deshalb darf die Ökonomie nicht in die Kernkompetenz der Medizin übertragen werden, denn qualifiziertes Handeln des Arztes ist eine situationsbezogene Antwort auf das Befinden des Patienten. Die Qualität des Zuhörens ist ökonomisch nicht messbar, doch dies ist gerade die entscheidende Kompetenz des Arztes.

Sein Zugang erfolgt durch Anteilnahme. Aus diesem Grund muss ein Umdenken erfolgen, ärztliche Entscheidungen dürfen und können ökonomisch nicht steuerbar oder kontrollierbar sein.



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr
© SLAEK



Prof. Dr. med. Giovanni Maio

© SLAEK

Die medizinische Versorgung Kranker darf, so Maio, nicht in Geld umgerechnet werden, weil die ärztliche Hilfe eine Selbstverständlichkeit des Menschseins sei und dafür sind Ärzte Ärzte geworden. Ökonomen müssten deshalb lernen, medizinisch zu denken.

Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

In einem weiteren Schwerpunktthema befassten sich die Delegierten mit den Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit.

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Hamburg, betonte in seinem Vortrag, dass es in Deutschland keine absolute dennoch aber eine relative Armut gibt, gemessen an dem soziokulturell definierten Minimum. Dieses Minimum bezeichnet die unzureichenden Mittel, um an der Lebensweise im jeweiligen Land zu partizipieren. Es wird am mittleren Pro-Kopf-Einkommen gemessen. Nach dieser Definition wird es in jedem Land der Welt immer relative Armut geben. Davon betroffen sind Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Personen mit Migrationshintergrund, Menschen mit schlechter Ausbildung und Langzeitarbeitslose. Erhöhte Krankheitsrisiken bestehen bei diesen Gruppen im Hinblick auf Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Lebererkrankung, chronische Bronchitis und Osteoporose. Die gesundheitlichen Ungleichheiten lassen sich bereits vom Beginn des Lebens bis ins hohe Alter zeigen. Bei Kindern



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze im Gespräch mit Dr. med. Andreas Crusius © SLAEK

werden diese hervorgerufen durch Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, oder ein Kind wurde nie voll gestillt oder es wurden nicht alle U-Untersuchungen wahrgenommen. Die gesundheitlichen Ungleichheiten können in allen Industrieländern insbesondere in Bezug auf das Einkommen nachgewiesen werden und haben sich in den letzten Jahrzehnten vergrößert. Nach der Hypothese der sozialen Verursachung macht demnach Armut krank auf Grund von:

1. gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen,
2. materiellen und psychosozialen Faktoren sowie
3. dem Zugang zum Versorgungssystem.

Angehörige niedriger sozialer Schichten unterliegen zudem einer erhöh-

ten materiellen und psychosozialen Belastung im Erwerbsleben. Eine generelle Ungleichheit bei der medizinischen Versorgung zwischen Arm



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung © SLAEK



Dr. med. Thomas Lipp © SLAEK



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach © SLAEK



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler © SLAEK

und Reich kann grundsätzlich nicht nachgewiesen werden. Da der Einfluss sozialer Ungleichheit zumeist durch verhaltensbezogene, materielle und psychosoziale Faktoren entsteht, ergeben sich in erster Linie praktische Konsequenzen vor allem im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Denn es bestehen große Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit muss deshalb eine zentrale politische und gesellschaftliche Aufgabe sein. Die Gesellschaft muss den einzelnen Menschen befähigen, ein gesundes Leben zu führen. Dazu können Ärzte einen wichtigen Beitrag in Form von zielgruppenspezifischer Prävention bei Schwangeren und Kindern sowie der Verhältnisprävention leisten. Um diesen Beitrag adäquat erfüllen zu können, so Prof. Knesebeck, sollte die Prävention stärker in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden. Die Delegierten forderten zudem die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und eine adäquate Vergütung der dort beschäftigten Ärzte.

Bannmeilen um Schulen für Fast-Food-Ketten, Prävention als Unterrichtsfach oder rauchfreie Strände könnten neben den bereits vorhandenen Präventionsprojekten weitere politische Maßnahmen gegen armutsbedingte Erkrankungen sein.

Fort- und Weiterbildung

Der Deutsche Ärztetag hat Änderungen der (Muster-)Fortbildungsordnung sowie der (Muster-)Weiterbildungsordnung beraten. Durch zahlreiche Entwicklungen innerhalb der letzten Jahre, wie etwa der Einführung von ärztlichen Peer Review Verfahren oder Techniken wie dem blended-e-learning, ist es notwendig, die Fortbildungsordnung an den aktuellen Stand anzupassen und solche neuen Verfahren mit aufzunehmen. Zudem benötigen Ärzte heutzutage vielmehr als noch vor einigen Jahren neben der medizinischen Expertise weitere Kompetenzen wie etwa im Bereich Kommunikation, Management, Gesundheitsberatung und Wissensvermittlung.

Insbesondere die geplante Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurde ausführlich diskutiert. Die Novellierung sei notwendig wegen Konflikten der Bildungs- und Berufsausübungsregelung sowie der hohen Arbeitsbelastung und der verkürzten Regelarbeitszeit der Ärzte sowie des eingeschränkten Leistungsspektrums durch Spezialisierung. Auch die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung und Anregungen der Fachgesellschaften wie auch der wissenschaftlich-technische Fortschritt machen eine Novellierung notwendig. Die Novellierung sieht zum Beispiel eine Flexibilisierung durch Rotation sowie die Stärkung

der berufsbegleitenden Weiterbildung vor. Beschlossen wurde auch eine Ausweitung der ambulanten Weiterbildung.

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung soll dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 zur Diskussion und Beschlussfassung vorgelegt werden, wobei „Genauigkeit vor Schnelligkeit“ gehen soll.

Priorisierung

„Die Bereitstellung einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung für unsere Patienten wird in Zukunft zu einer immensen Herausforderung! Die Rahmenbedingungen hierfür werden sich insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen Fortschritts weiter verschärfen.“, dies betonte Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Leiter der Arbeitsgruppe Priorisierung der Bundesärztekammer, in seiner Rede vor den Delegierten zum Thema Priorisierung. Allein durch Beitragssatzerhöhungen, Einsparungen oder Steuerzuschüssen, wie es in zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte praktiziert wurde, sei das Problem der immer größer werdenden Schere zwischen wachsendem Leistungsbedarf, zunehmender Leistungsanspruchnahme und dadurch andererseits entstehenden Mehrkosten nicht zu lösen. Im Kern geht es



Dr. med. Stefan Windau © SLAEK



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © SLAEK



Erik Bodendieck © SLAEK

bei Priorisierung um die Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, Entscheidungen durch wissenschaftlich fundierte Versorgungsempfehlungen zu unterstützen. Priorisierung eröffnet Perspektiven zum rationalen Mitteleinsatz und zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem. Im Ulmer Papier hat die deutsche Ärzteschaft hierzu bereits Stellung genommen.

Die Vorschläge zur Priorisierung im Gesundheitswesen werden von Politikern und Vertretern der Krankenkassen zum Teil heftig kritisiert. Sie bezeichnen die Priorisierungsdiskussion als unethisch, grundgesetzwidrig, unnötig, gefährlich und hinter-

hältig. Prof. Schulze „Die Kritiker verkennen dabei aber, dass ein Totschweigen der Zukunftsprobleme unserer Gesundheitsversorgung nicht deren Lösung bedeuten kann“.

Die Folge wäre, dass schon in überschaubarer Zeit medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig für jeden Patienten bereitgestellt werden könnten. Dies würde zu einer zunehmenden ökonomisch bestimmten Rationierung der medizinischen Versorgung führen. „Genau dieses soll eine verantwortungsvolle Prioritätensetzung aber vermeiden“, so der Präsident. Das Thema Priorisierung muss deshalb aus Sicht der Ärzteschaft weiterentwickelt werden, um den gesell-

schaftlichen Diskurs voranzutreiben. Den Politikern schrieb Prof. Schulze ins Stammbuch, dass sie dieses Thema nicht weiter verdrängen dürften, nur weil man damit keine Wählerstimmen gewinnen könnte. Vielmehr müssten sich alle Parteien damit auseinandersetzen. Die Ärzte sind jederzeit bereit, beratend tätig zu werden.

Die Priorisierungsdiskussion muss nach seiner Ansicht auch als Diskussion um die Veränderungen der ärztlichen Berufsausübung gesehen werden. Priorisierung kann daher zur Klärung zahlreicher Fragen beitragen, die die Ärzteschaft und die Gesellschaft bewegen, so zum Beispiel:

- Was sind die zentralen Ziele der ärztlichen Tätigkeit? Was ist ihr zentraler Aufgabenbereich?
- Welche Krankheitszustände, Krankengruppen, Leistungen, Indikationen, Bedarfe sind als besonders wichtig und dringend anzusehen?
- Nach welchen Werten und Kriterien soll dies von wem in welchen Verfahren beurteilt werden?
- Welche Bedeutung hat für die Medizin die Begrenztheit, in manchen ihrer Sektoren auch die (zunehmende) Knappheit wichtiger Ressourcen?
- Wo existieren welche Rationalisierungsreserven, und welche Leistungen sind aus welchen Gründen verzichtbar?



Die sächsischen Delegierten geben ihr Votum ab © SLAEK

- Welche Verantwortung hat die Ärzteschaft für die finanzielle Stabilität der solidarisch verfassten GKV und die bedarfsgerechte und gleichmäßige Allokation?

Zur Weiterentwicklung des Themas und zum Vorantreiben des gesellschaftlichen Diskurses sei es wichtig, zuerst den Diskurs mit der Ärzteschaft selbst durchzuführen. Daher sollen gemeinsam mit den Landesärztekammern Veranstaltungen für Ärzte durchgeführt werden.

Daneben will die Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer den öffentlich-medialen Diskurs weiterführen. Dabei wird es vor allem darauf ankommen, die von Politikern und Krankenkassenfunktionären immer wieder gern gleichgesetzten Begrifflichkeiten der „Priorisierung“ und andererseits der „Rationierung“ klar zu trennen.

Auf Basis der bereits in Schweden gemachten Erfahrungen im Priorisierungsprozess soll Priorisierung ein positives Gesicht bekommen.

Dabei wird unter anderem der Einsatz von Priorisierungsleitlinien, wie er in Schweden praktiziert wird, geprüft werden. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat bereits erste Erfahrungen mit dem Einbezug von Priorisierungskriterien bei der Entwicklung der Nationalen Versorgungsleitlinien gemacht. Darüber hinaus werden auch die Vorarbeiten der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer von 2000 und 2007 sowie die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages in die weitere Arbeit einfließen.

Es ist geplant, die Weiterentwicklung des Themas Priorisierung aus ärztlicher Sicht intensiver auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 zu diskutieren.

Die sächsischen Delegierten haben auf dem 116. Deutschen Ärztetag zahlreiche Beschlussanträge eingebracht. Alle angenommenen Beschlussanträge aus Sachsen sowie die Pressemitteilungen finden Sie im Internet unter www.slaek.de.



Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Ass. jur. Annette Burkhardt und Dr. med. Rainer Kobes (v.l.) bei der Bearbeitung von Beschlussanträgen der Sächsischen Landesärztekammer

© SLAEK



Dipl.-Med. Sabine Ermer im Gespräch mit Dipl.-Med. Petra Albrecht

© SLAEK



Mit afrikanischen Rhythmen werben diese Trommler und Tänzer für ein Klinik-Projekt in Sierra Leone

© SLAEK

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit