



Solidarität leben, Versorgung sichern, verantwortlich handeln

Deutscher Ärztetag 2017 in Freiburg

„Wir führen einen konstruktiven Diskurs mit der Politik. Dies haben die Reden in der gestrigen Eröffnungsveranstaltung und die Ausführungen des Bundesgesundheitsministers gezeigt“, sagte Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery einen Tag später im Rahmen einer Pressekonferenz auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte in seiner Rede dazu angedacht, das Gesundheitswesen gemeinsam zum Wohle der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Im Mittelpunkt müsse dabei immer die bestmögliche Versorgung stehen. Die medizinischen Spitzenleistungen in Deutschland riefen weltweit Respekt und Bewunderung hervor, so Minister Gröhe. Die umfangreichen gesetzlichen Verbesserungen der vergangenen Jahre ermöglichten eine bestmögliche Versorgung, die das Wohl der Patientinnen und Patienten wie auch die Qualität der Behandlung in den Mittelpunkt stelle. Diese gelte es gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten weiterzuentwickeln. Leistungsstärke und Solidarität müssten dabei miteinander verbunden sein, damit eine hochwertige Versorgung auch in Zukunft allen Menschen zugutekomme.

„Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Es bietet allen Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft und sozialem Status direkten Zugang zu hochwertiger ärztlicher Versorgung. Das sollten sich diejenigen vor Augen führen, die von Gerechtigkeitslücken sprechen und als vermeintlich gerechtere Alternative die Einheitskasse propagieren.“ In seiner Eröffnungsrede vor rund 1.000 Delegierten und Gästen warf Prof. Montgomery den Befürwortern der Bürgerversicherung vor, den Gerechtigkeitsbegriff „allein wegen seines schönen Klangs“ zu missbrauchen. Käme sie, würde es sofort einen riesigen Markt für zusätzliche Gesundheits-

leistungen und zusätzliche Versicherungen geben. „Die Bürgerversicherung ist der Turbolader einer echten Zweiklassen-Medizin. Sie bewirkt und fördert Ungerechtigkeit, statt ihr vorzubeugen.“

Bekenntnis zur Freiberuflichkeit gefordert

Montgomery forderte von der neuen Bundesregierung ein klares Bekenntnis zum Erhalt und zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit. „Die medizinisch-fachliche Weisungsgebundenheit des Arztes und die freie Arztwahl sind Patientenrechte und Ausdruck von Patientenautonomie.“ Montgomery wandte sich unmissverständlich gegen ungezügelten Wettbewerb und Merkantilisierung im deutschen Gesundheitswesen: „Was für Betriebswirte effizient ist, muss es für Patienten noch lange nicht sein.“ Die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes lasse sich nicht so leicht vorausberechnen wie die Laufzeiten eines Montagebandes. Ärztinnen und Ärzte dürften deshalb nicht zu Erfüllungsgehilfen ökonomischer Optimierungsstrategien gemacht werden.



Standortbestimmung: Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery bei der Eröffnungsrede zum Deutschen Ärztetag.

und Ländern aufgefordert, zügig konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Modernisierung der medizinischen Ausbildung zu ergreifen.“ Montgomery appellierte an die Bundesländer, ihrer Verantwortung für eine Finanzierung der Reformmaßnahmen gerecht zu werden. Gleiches gelte für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Mittlerweile belaufe sich der Investitionsstau auf 27 bis 30 Milliarden Euro.

Sorge um die Notfallambulanzen

Besorgt zeigte sich der Bundesärztekammerpräsident über die Situation in den Notfallambulanzen. Dort haben sich die Patientenzahlen in den vergangenen zehn Jahren auf rund 25 Millionen verdoppelt. Lange Wartezeiten, chronische Überlastung des Personals und mitunter sogar Gewalt gegen Ärzte und Pflegekräfte sind die Folgen. Notwendig seien sektorenübergreifende Strukturen für die Notfallversorgung. Montgomery bot an, einen „Runden Tisch“ einzuberufen, an dem Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis, die Krankenhausgesellschaft und die Kostenträger einen gemeinsamen Lösungsvorschlag unter Moderation der Bundesärztekammer erarbeiten können. In seiner gesundheits- und sozialpolitischen Generalaussprache nahm der Ärztetag in Freiburg den Leitantrag des Bundesärztekammer-Vorstands „Solidarität leben, Versorgung sichern, verantwortlich handeln“ mit überwältigender Mehrheit an (Leitantrag im Wortlaut siehe S. 12 und 13).



Versorgung im Mittelpunkt: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe lud zur gemeinsamen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein.
Fotos: Jürgen Gebhardt

JUNGE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IM DIALOG

Im Vorfeld des Deutschen Ärztetages lud die Bundesärztekammer junge Ärztinnen und Ärzte nach Freiburg ein: „Kommunikation in Zeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen“ war das „Dialogforum“ überschrieben, an dem auch Kolleginnen und Kollegen aus Westfalen-Lippe teilnahmen. Das Bild zeigt (v. r. n. l.) ÄKWL-Präsident Dr. Theodor Windhorst, David Manamayil, Max Christian Tischler, Gönül Özcan-Detering, Anika Biel, Dr. Johannes Albert Gehle (Vorstandsmitglied der ÄKWL) und Dr. Markus Wenning (Geschäftsführender Arzt der ÄKWL).



Foto: Andreas Höffken

Angemessene Personalausstattung in den Kliniken

Der Freiburger Ärztetag begrüßte die von der Bundesregierung geplanten Personaluntergrenzen in der Pflege. Stellenabbau und Fachkräftemangel führten zu unzumutbaren Arbeitsbedingungen und verursachten immer häufiger Krisen in der Patientenversorgung. Verbindliche Personalvorgaben seien deshalb auch für Ärztinnen und Ärzte und andere am Patienten tätige Berufsgruppen notwendig.

Bei der Erarbeitung der Vorgaben und Sanktionen solle die Fachkompetenz der Ärzteschaft, der Pflegenden und der Therapeuten einbezogen werden. Finanzielle Abschläge bei Nichteinhaltung der Untergrenzen lehnten die Delegierten ab. Damit sei weder Patienten noch Kliniken geholfen.

Konkret sprachen sich die Delegierten für eine automatische Anpassung des ärztlichen Stellenkontingents aus, sobald die ärztlichen Überstunden in einem Beobachtungszeitraum von jeweils sechs Monaten regelmäßig die tarifliche Regelarbeitszeit einer ärztlichen Vollkraft überschreiten. Nicht besetzte oder nicht besetzbare Stellen sollten tagesaktuell auf der Website der Klinik veröffentlicht werden.

Außerdem sollten die Bundesländer die Akutkliniken dazu verpflichten, die Relation von Pflegekräften zu Patienten für jede Schicht und jede einzelne Station zu dokumentieren. Es sei ein „Gebot der Fairness“ den Patienten gegenüber, diesbezügliche Zahlen in den Qua-

litätsberichten der Kliniken offenzulegen. Die Delegierten verwiesen auf entsprechende Regelungen im Ausland.

In einer weiteren Entschließung rief der Ärztetag Städte, Kreise und Kommunen auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge in der Notfall- und Intensivtherapie ernst zu nehmen. Hintergrund der Forderung ist, dass Kapazitäten zur Notfall- und Intensivtherapie nicht ausreichend vorgehalten oder durch einen Mangel an Fachkräften nicht genutzt werden können. „In der Folge warten Rettungskräfte auf der Straße, bis eine aufnahmefähige Klinik gefunden ist, Operationen müssen verschoben oder Patienten früher von Intensivstationen verlegt werden, als ihrem Heilungsprozess zuträglich ist“, warnte der Ärztetag.

Sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen gefordert

Dauerstress für Ärzte und Pfleger, lange Wartezeiten für Patienten – die Situation in den Notaufnahmen in Deutschland sorgt seit Monaten für Schlagzeilen. Grund ist, dass sich die Zahl der Patienten, die die Notfallversorgungsstrukturen in Anspruch nehmen, in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat. Der Deutsche Ärztetag forderte deshalb einen konsequenten Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgungsstrukturen. Dies müsse in Kooperation zwischen Kliniken und Praxen geschehen und sektorenübergreifend extra-budgetär finanziert werden. Patientinnen und Patienten sollten besser darüber aufgeklärt werden, in welchen Fällen sie in die Notauf-

nahme kommen beziehungsweise einen niedergelassenen Arzt aufsuchen sollten.

Konkret forderten die Delegierten des Ärztetages, Notfallpraxen beziehungsweise Bereitschaftspraxen an dafür geeigneten Kliniken als Anlaufstellen zu schaffen. Im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes könnten Patienten dort ambulant versorgt und bei Bedarf an die stationären Notaufnahmen weitergeleitet werden.

Zudem riefen die Delegierten die Städte, Kreise und Kommunen dazu auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge ernst zu nehmen und ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu stellen. In gleicher Weise forderte der Ärztetag die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung unter der Berücksichtigung regionaler oder lokaler Anforderungen so zu erfüllen, dass die Kliniken von der ambulanten Notfallversorgung spürbar entlastet werden.

Digitalisierung des Gesundheitswesens mitgestalten

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens entwickelt sich rasant und berührt viele Kernbereiche des ärztlichen Berufsbilds. Sie hat das Potenzial, sowohl die Prozesse als auch grundsätzliche Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung zu verändern. Der Ärztetag in Freiburg beschäftigte sich intensiv mit den Chancen und Risiken der neuen technischen Möglichkeiten und ließ keinen Zweifel daran,

ENTSCHLIESSUNG ZUM LEITANTRAG DES BÄK-VORSTANDES IM WORTLAUT

Solidarität leben, Versorgung sichern, verantwortlich handeln

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Es bietet allen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem sozialen Status ein hohes Versorgungsniveau und hält hochwertige Gesundheitsleistungen flächendeckend und wohnortnah vor. Damit die legitimen Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf eine individuelle, qualifizierte gesundheitliche Betreuung und Versorgung auch in Zukunft erfüllt werden können, müssen jetzt die richtigen Weichenstellungen vorgenommen werden.

Klares Bekenntnis zu freiheitlichem Gesundheitssystem

Die fachliche Weisungsgebundenheit der Ärztinnen und Ärzte und die damit verbundene Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl der Patienten einerseits und gegenüber der Gesellschaft andererseits sind unabdingbar für einen wirksamen Patientenschutz. Diese Wesensmerkmale freiheitlicher Berufsausübung dürfen nicht durch Kommerzialisierung und Kontrollbürokratie in Frage gestellt werden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert deshalb alle politischen Parteien auf, sich klar und unmissverständlich zum Erhalt und zur Stärkung unseres freiheitlichen Gesundheitssystems zu bekennen.

Therapiefreiheit in Therapieverantwortung

Die Therapiefreiheit ist ein hohes Gut und Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitssystem. Seit Jahren aber sehen sich Ärztinnen und Ärzte mit einer unüberschaubaren Zahl gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen konfrontiert. An die Stelle rechtlicher Rahmenvorgaben, die von der ärztlichen Selbstverwaltung, insbesondere durch Leit- und Richtlinien, fachkompetent ausgefüllt werden, treten vermehrt detaillierte, teilweise untereinander nicht kongruente rechtliche Regelungen. Diese zunehmende Überregulierung unseres Gesundheitssystems führt dazu, dass die im Gesundheitssystem Beschäftigten immer weniger Zeit für ihre ureigenste Aufgabe haben, den Dienst am Patienten. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert deshalb den Gesetzgeber auf, rechtliche Regelungen mit

Augenmaß vorzunehmen, sodass der notwendige Raum für Therapiefreiheit und verantwortliche Patientenbetreuung wiederhergestellt wird.

Duales System erhalten und fortentwickeln

Trotz regulativer Defizite ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsstark, innovativ und sozial gerecht. Abgesichert wird diese Leistungsfähigkeit durch das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV). Die Ärzteschaft in Deutschland beobachtet jedoch mit großer Sorge, dass Teile der Politik diese bewährten und weltweit einmaligen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens ohne Not zerschlagen und durch eine Einheitsversicherung ersetzen wollen. Mit der Einführung der Einheitsversicherung drohen Rationierung, Wartezeiten und Begrenzungen des Leistungskataloges. Statt ideologisch motivierter Feldversuche mit ungewissem Ausgang für die Versicherten fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017, dass die künftige Bundesregierung ihre Reformpolitik an den tatsächlichen Problemen und Aufgaben des Gesundheitswesens ausrichtet: GKV und PKV sind zu stärken und an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.

Länder für gute Patientenversorgung in die Pflicht nehmen

Angesichts der demografischen Entwicklung öffnet sich die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Vor diesem Hintergrund kommt der konsequenten ärztlichen Nachwuchsförderung besondere Bedeutung zu. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßt grundsätzlich die Einigung von Bund und Ländern über Eckpunkte der geplanten Reform des Medizinstudiums. Nicht hinnehmbar ist jedoch, dass die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen auf Betreiben der Länder unter Haushaltsvorbehalt gestellt wurde. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesländer auf, ihrer Verantwortung für die ärztliche Nach-

wuchsförderung gerecht zu werden und die nötigen Finanzmittel für die Umsetzung der Reform bereitzustellen.

Gleiches gilt für die nach wie vor völlig unzureichende Investitionsfinanzierung des stationären Sektors durch die Bundesländer. Das Defizit beläuft sich bundesweit mittlerweile auf mehr als 30 Milliarden Euro. Kliniken sind gezwungen, erhebliche Finanzmittel, die für die Patientenversorgung bestimmt sind, für dringend notwendige Investitionen zu verwenden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bekräftigt deshalb seine Forderung nach klaren und einklagbaren Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen. Notwendig ist eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern über zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr.

Angemessene Personalausstattung in den Kliniken

Insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit ist bei der Krankenhausvergütung eine deutlich verbesserte Berücksichtigung der notwendigen Personalausstattung und Personalentwicklung notwendig. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßt die von der Bundesregierung geplanten Personaluntergrenzen in der Pflege. Solche Mindestpersonalvorgaben sind jedoch für alle Berufsgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung einzuführen, insbesondere auch für den ärztlichen Dienst. Die Maßnahmen müssen entsprechend gegenfinanziert werden.

Attraktive Bedingungen für die vertragsärztliche Versorgung auch auf dem Land

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bekennt sich klar zum Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Die Politik muss die Kassenärztlichen Vereinigungen aber in die Lage versetzen, ihrem Sicherstellungsauftrag auch nachkommen zu können. So erfordert die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vor allem in strukturschwachen Gebieten eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten vor Ort. Um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf in den Regionen Rechnung zu tragen, ist eine Deregulierung und Regionalisierung der Sicherstellung erforderlich, die den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeiten eröffnet, kassenartenspezifische Gesamtverträge zu schließen. Flankiert werden müssen diese Maßnahmen durch eine

angemessene Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit sowie durch eine Aufhebung der Budget-Begrenzung.

Notfallversorgung sektorenübergreifend gestalten

In den letzten zehn Jahren ist eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland zu verzeichnen. Der Anstieg auf rund 25 Millionen Patienten pro Jahr führt zu einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals. Der 120. Deutsche Äzttetag 2017 fordert Bund und Länder auf, notwendige Investitionen, Vorhalteleistungen und Personalentwicklungskosten durch eine extrabudgetäre Finanzierung sicherzustellen.

Zudem sind Voraussetzungen für eine deutlich verbesserte Kooperation und Abstimmung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu schaffen. Neben einer Harmonisierung der Strukturen, unter anderem durch eine medizinische Dringlichkeitseinschätzung, sollte in einer gemeinsamen Kampagne aller relevanten Akteure unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit über Art und Zugang zu den Notfall-Versorgungsstrukturen und deren Erreichbarkeiten (z. B. über die Servicenummer 116 117) informiert werden.

Gewalt gegen Ärzte stoppen

Der 120. Deutsche Äzttetag 2017 beobachtet mit großer Sorge die zunehmende Gewalt gegen Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Umfragen zufolge wurde bereits jeder 10. Hausarzt mit aggressivem Verhalten seiner Patienten konfrontiert. Aber auch in den Krankenhäusern sowie in den völlig überlasteten Notaufnahmen kommt es immer wieder zu Übergriffen. Der 120. Deutsche Äzttetag 2017 fordert einen breiten gesellschaftlichen Konsens und politische Unterstützung, damit Gewalt gegen Ärzte kein Dauerzustand wird.

Ärzte sind keine Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse

Der 120. Deutsche Äzttetag 2017 lehnt die vom Bundestag beschlossene Novelle des sogenannten BKA-Gesetzes ab. Der Gesetzgeber hat es trotz heftiger Proteste der Ärzteschaft versäumt, bei Überwachungsmaßnahmen auch Ärztinnen und Ärzte in den

Kreis besonders geschützter Personengruppen aufzunehmen. Dabei hatte das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 20.04.2016 darauf hingewiesen, dass neben Familienangehörigen, Geistlichen und Verteidigern auch Ärzte als Personen des höchstpersönlichen Vertrauens an der geschützten nichtöffentlichen Kommunikation des Einzelnen teilnehmen, die in der berechtigten Annahme geführt wird, nicht überwacht zu werden. Das Gesetz verstößt gegen die Intention des Gerichtes. Verdeckte Eingriffe in die Systeme einer Praxis oder eines Krankenhauses beeinträchtigen das Geheimhaltungsinteresse der Patienten, zumal nicht sichergestellt werden kann, dass bei solchen Maßnahmen nicht auch die Daten anderer Patienten offengelegt werden. Patienten sind besonders geschützte Personengruppen und deshalb muss bei Ärzten der gleiche Vertrauenschutz gewährleistet werden wie bei Strafverteidigern und Abgeordneten.

Ethik darf nicht zu einem Verwaltungsakt verkommen

Der 120. Deutsche Äzttetag 2017 betrachtet das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 02.03.2017, nach dem Patienten in Ausnahmesituationen ein Recht auf Arzneimittel zur Selbsttötung haben, mit großer Sorge. Das Urteil lässt viele Fragen ungeklärt, etwa zu den Vorgaben für die Einzelfallprüfung sowie zu den dafür notwendigen Rechtsgrundlagen. Mit dem Urteil konterkariert das Bundesverwaltungsgericht das Bemühen der Ärzteschaft und der großen Mehrheit des Deutschen Bundestages, Selbsttötung durch Beratung und palliativmedizinische Angebote zu verhindern. Der 120. Deutsche Äzttetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, alle gesetzlichen Möglichkeiten zu prüfen, um staatliche Selbsttötungshilfe zu verhindern.

Mehr Mut zur Subsidiarität in Europa

Der Vertrag von Lissabon garantiert die nationale Zuständigkeit für die Organisation des Gesundheitswesens und verbietet jeglichen Versuch der Harmonisierung. Vor diesem Hintergrund fordert der 120. Deutsche Äzttetag 2017 eine Überarbeitung des sogenannten EU-Dienstleistungspakets. Unter anderem fordert die Europäische Kommission darin die Prüfung der „Verhältnismäßigkeit“ von Berufsregeln. Diese will sie auch für Regelungen durchsetzen, die dem Patientenschutz dienen. In Deutschland ist die sorgfältige Verhältnismäßigkeitsprüfung durch Bun-

des- und Landesregierungen sowie Berufskammern geübte Praxis. Hierzu verpflichten das Grundgesetz und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Die geplante Regelung erschwert es den Mitgliedsstaaten und den Ärztekammern, die Berufsausübung in verhältnismäßigem Rahmen zu regeln und missachtet deren EU-vertraglich garantierten Gestaltungsspielraum. Zudem verursacht die Verhältnismäßigkeitsprüfung enorme Kosten und Bürokratie.

dass die Ärzteschaft die Veränderungsprozesse aktiv mitgestalten will. Notwendig sei eine Digitalisierungsstrategie, die unter anderem ethische Grundlagen zum Umgang mit neuem Wissen und Methoden schafft, die Rolle digitaler Methoden in der Gesundheitsversorgung sowie Grundsätze des Datenschutzes definiert und Antworten auf offene Finanzierungsfragen bietet.

Gütesiegel für Gesundheits-Apps

Die Delegierten forderten die Einführung eines bundeseinheitlichen Gütesiegels für so genannte Gesundheits-Apps, das zum Schutz der Patienten Datensicherheit und Datenvorlängigkeit gewährleisten soll. Notwendig seien zudem standardisierte Verfahren zur Bewertung neuer digitaler Anwendungen. Digitale Gesundheitsanwendungen sollten analysiert und im Hinblick auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und medizinische Qualität bewertet werden. Dadurch solle eine transparente und unabhängige Positivliste über tatsächlich für Patienten und Ärzte sinnvolle digitale Anwendungen geschaffen werden.

Begleitung erforderlich

Die Einführung von digitalen Anwendungen, wie zum Beispiel einer sektorenübergreifenden elektronischen Patientenakte, bietet nach Einschätzung des Ärztetages Chancen zur Verbesserung der Patientenversorgung. Notwendig sei aber, dass die Einführung und Nutzung solcher Anwendungen kontinuierlich wissenschaftlich untersucht und begleitet wird. Auch müsse der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit von Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen für die Verarbeitung und Nutzung der gesetzlich festgelegten Anwendungen elektronischer Medikationsplan, Notfalldatensatz und elektronische Patientenakte gewährleistet ist.



Als Delegierte der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Freiburg u. a. am Rednerpult des Deutschen Ärztetages (v. l. n. r.): Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Joachim Dehnst und Prof. Dr. Rüdiger Smekta...

Die Delegierten begrüßten grundsätzlich die Möglichkeiten digitaler Anwendungen. Digitalisierung dürfe jedoch nicht zu noch mehr Bürokratie in Klinik und Praxis führen. Der Aufbau der Telematik-Infrastruktur sowie der Anschluss von Praxen und Kliniken sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln finanziert werden müsse.

Vielfältige Möglichkeiten der Fernbehandlung

Auch beim Thema Fernbehandlung tut sich einiges. Anders als oftmals vermutet, ist sie keinesfalls durch das ärztliche Berufsrecht generell verboten. Vielmehr ist ein sehr weites Spektrum telemedizinischer Versorgung von Bestandspatienten mit der ärztlichen Berufsordnung vereinbar. In Baden-Württemberg erprobte die Landesärztekammer in einem Modellprojekt die ärztliche Behandlung ausschließlich über Kommunikationsnetze, ohne dass im Vorfeld ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben muss. Der Deutsche Ärztetag hat die Durchführung von Modellprojekten zur Fernbehandlung begrüßt und die Bundesärztekammer aufgefordert zu prüfen, ob die (Muster-)Berufsordnung für Ärzte um einen Zusatz ergänzt werden kann, nach dem die Ärztekammern in besonderen Einzelfällen Ausnahmen für definierte Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation zulassen

können. Dabei müsse aber sichergestellt sein, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

Digitale Angebote in Regelversorgung überführen

Die Delegierten des Ärztetages forderten, digitalisierte Versorgungsangebote in die Regelversorgung zu überführen. „Hierbei bieten sich insbesondere telemedizinische Leistungen an, die sich bereits bewährt haben, wie im Fall von chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfällen oder Diabetes mellitus Typ II“, heißt es in einer Entschließung des Ärzteparlaments. Dringend notwendig seien zudem einheitliche und verbindliche Marktzugangsregeln für E-Health-Innovationen, die die Dynamik in diesem Markt widerspiegeln und Deutschland als Standort für E-Health-Lösungen stärken. Hierfür seien auch verbindliche Verfahren zur Zertifizierung neuer digitaler Anwendungen zu schaffen.

Unterstützung für Delegationsmodell „Physician Assistant“

Der Deutsche Ärztetag in Freiburg hat sich klar für Modelle der Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip ausgesprochen, aber die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe klar abgelehnt. Ärztinnen und Ärzte hätten die Hoheit über Diagnose, Indikationsstellung und Therapie, was den Arztvorbehalt sichert, sowie die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess, stellte der Ärztetag klar.

Konkret unterstützen die Delegierten das von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellte Delegationsmodell „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“. Physician Assistant ist eine aus dem internationalen Sprachgebrauch entlehnte



... Prof. Dr. Paul L. Janssen, Dr. Thomas Gehrke und Dr. Martin Junker.

PHYSICIAN ASSISTANT

„Ärztetag hat eine richtige und gute Entscheidung getroffen“

Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, zu Diskussion und Entscheidung des Deutschen Ärztetages über den „Physician Assistant“:

Frage: Herr Dr. Windhorst, Sie haben sich von Anfang an für den neuen Beruf des Physician Assistant (PA) eingesetzt. Warum?

Dr. Windhorst: Vor fünf Jahren ist die Fachhochschule in Rheine mit der Bitte an mich herangetreten, dort die Einführung des Studiengangs PA zu begleiten. Seither haben wir über die Studieninhalte diskutiert. Ziel war es, einen von der Ärzteschaft akzeptierten neuen Beruf zu schaffen, von dem auch die Patientenversorgung profitiert und durch den der Arztvorbehalt nicht außer Kraft gesetzt wird. Das Studium soll die Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, also beispielsweise als Krankenpfleger oder Rettungssanitäter, und Studieninhalte integrieren. So soll Entlastung des Arztes in seinem Arbeitsbereich erreicht werden, um die Patientenversorgung wieder in den Fokus ärztlicher Arbeit zu bringen und nicht das Bedienen von Geräten und Computern. Das Prinzip der Delegation bei der sonst notwendigen persönlichen Leistungserbringung garantiert beim Einsatz von PA höchstmögliche Qualität.



Dr. Theodor Windhorst

Frage: Wie bewerten Sie die Diskussion der Delegierten auf dem Deutschen Ärztetag über den PA und deren Entscheidung über einheitliche Ausbildungsstandards?

Dr. Windhorst: Nach der Diskussion über Einsatzmöglichkeiten, über das Aufrechterhalten des Arztvorbehaltens und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bestimmte Arbeitsbereiche Ärzten vorbehalten sein müssen, hat der Deutsche Ärztetag das PA-Konzept mit überwältigender Mehrheit beschlossen. Wir haben in Freiburg eine richtige und gute Entscheidung getroffen. Dabei war wichtig, dass die Entlastung des Arztes durch den PA immer als „Mitwirkung bei“, nicht jedoch als „Übernahme“ von Tätigkeiten definiert ist. So erhalten Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung: Die Anordnungsverantwortung liegt beim Arzt, die Durchführungsverantwortung beim qualifizierten Physician Assistant. Notwendig ist dabei das Wissen des PA um den jeweiligen Arbeitsvorgang. Je komplizierter die Arbeitsvorgänge, desto eher ist die persönliche Leistungserbringung durch den Arzt erforderlich.

Wir brauchen Entlastungsmöglichkeiten! PA haben sich durch ein anspruchsvolles Studium qualifiziert. Ärzte haben künftig die Möglichkeit, Leistungen zu delegieren, und

zwar nicht nur in der Dokumentation und Administration oder der Aufarbeitung von Visiten und Terminabsprachen, sondern auch bei bestimmten Untersuchungen, Behandlungen oder Gesprächen mit Patienten und deren Angehörigen.

Das Papier, das der Ärztetag in Freiburg verabschiedet hat, ist ein freiwilliges Konzept, das zusammen mit den Hochschulen erarbeitet und auch im Hochschulverband Physician Assistant beschlossen wurde. In die Entscheidung des Ärztetages ist der Wunsch nach bundeseinheitlichen Standards eingeflossen. Wir haben zudem beim Innovationsfonds ein Projekt zur Evaluation der Wirksamkeit des neuen Berufsbildes eingereicht. Die Politik und das Bundesgesundheitsministerium sind ebenfalls daran interessiert, diese Art der Arztentlastung auf Delegationsbasis in die Arbeitswirklichkeit einzubeziehen.

Frage: Könnte eine Etablierung des neuen Berufs die Geschäftsführer von Krankenhäusern dazu verleiten, Arztstellen einzusparen?

Dr. Windhorst: Ärztliche Versorgung am Patienten muss ausschließlich unter Arztvorbehalt stattfinden, für Diagnostik und Therapie ist der Facharztstandard gefordert. Delegation ärztlicher Tätigkeit muss immer unter ärztlicher Anordnung geschehen. Das ist nicht zu ersetzen, auch nicht durch den Physician Assistant – dieser ist kein „Arzt light“. Es ist ein Trugschluss, durch die Einstellung von PAs Einsparungen im ärztlichen Dienst erzielen zu wollen. Denn unterm Strich muss die Gleichung lauten: Ärzteschaft plus PA gleich Verbesserung der Patientenversorgung auf qualitativ hohem Niveau.

Bezeichnung für einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf (Bachelor niveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt. Er soll Ärzte in enger Zusammenarbeit mit diesen unterstützen und entlasten.

Das Delegationsmodell von BÄK und KBV enthält neben einer Begründung des Berufsbilds und der Darstellung der (rechtlichen) Delegationsvoraussetzungen den Tätigkeitsrahmen, die verbindlichen Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen. Die Kompetenzen sind in Anlehnung an den Nationalen

Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKL 2015) formuliert. Für die Zulassung zum Studium wird eine dreijährige, erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, zum Beispiel als Medizinische Fachangestellte, vorausgesetzt.

Das Konzept wurde eng mit Vertretern der Deutschen Hochschulkonferenz Physician Assistance abgestimmt. Es soll in allen Landesärztekammern, in denen entsprechende Studiengänge existieren oder eingerichtet werden, als Grundlage für die Zusammen-

arbeit mit den Hochschulen dienen. Ziel soll eine Vereinheitlichung der Studiengänge und gegebenenfalls eine Regelung auf Bundesebene hierfür sein.

Deutscher Ärztetag bestätigt GOÄ-Kurs der Bundesärztekammer

Rückendeckung für die weiteren Verhandlungen über eine Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ): Die Ärztetags-Delegierten begrüßten insbesondere die unmittelbare Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und

wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in den Novellierungsprozess.

Das Ärzteparlament forderte die Bundesärztekammer auf, die von den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge zum Leistungsverzeichnis unter deren Beteiligung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Beihilfe abzustimmen. Die Verbände und Fachgesellschaften sollen auch weiterhin in den noch laufenden Bewertungsprozess eingebunden werden. Der Beschluss des Ärztetages sieht außerdem vor, dass ein geeignetes Verfahren zur dauerhaften Beteiligung auch über den Novellierungsprozess hinaus zu Fragen der Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ etabliert werden soll. „Die Bundesärztekammer soll sich im Rahmen der Fassung der Geschäftsordnung der Gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo) für ein Gtrecht der entsprechenden Verbände einsetzen“, so der Ärztetag.

Für den weiteren Novellierungsprozess hat der Ärztetag die Bundesärztekammer beauftragt, die mit den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften überarbeiteten Entwürfe zum Leistungsverzeichnis und den finalen Bewertungen der GOÄ an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu übergeben und Änderungen der Bundesärzteordnung (BÄO) und des Paragrafenteils der GOÄ unter Bedingungen zu akzeptieren.

Weiterer Meilenstein zu neuer (Muster-)Weiterbildungsordnung erreicht

Stillstand bedeutet Rückschritt – dies gilt auch für die Weiterbildung zum Facharzt. Der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg beriet deshalb an seinem letzten Sitzungstag ausführlich eine kompetenzorientierte Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). An der MWBO lehnen sich die rechtlich verbindlichen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern an.

Konkret wurde dem Ärztetag der von Bundesärztekammer und Landesärztekammern unter Beteiligung von Fachgesellschaften, Berufsverbänden und anderen ärztlichen Organisationen erstellte und rund 1000 Seiten starke sogenannte Abschnitt B der Weiterbildungsordnung vorgelegt. Darin enthalten

sind die Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen. Der Ärztetag stellte klar, dass er den Novellierungsprozess unterstützt und forderte alle Beteiligten auf, die Arbeiten zügig zum Abschluss zu bringen. In einem Grundsatzbeschluss zur GesamtNovelle hat der Ärztetag die vorgestellten Rahmenbedingungen der Weiterbildungsinhalte fixiert.

Mit der Novelle soll die ärztliche Weiterbildung einer neuen kompetenzorientierten Struktur folgen. Die Kernfrage soll nicht mehr lauten, „wie oft“ und „in welcher Zeit“ Inhalte erbracht werden, sondern „wie“, in welcher Form, Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden. Die Inhalte der MWBO werden in Weiterbildungsblöcke und Weiterbildungsmodi gegliedert, um den Ablauf der Weiterbildung besser zu strukturieren. Mehr Flexibilität sollen berufsbegleitende Weiterbildungen und neue Lernmethoden schaffen.

Weiterbildungs-Logbuch künftig elektronisch

Um die verpflichtende Dokumentation des Weiterbildungsfortschritts für Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte zu erleichtern, soll das zukünftige Logbuch als elektronische Anwendung zur Verfügung stehen. Für

einen unkomplizierten Wechsel der Ärztekammer wird hierzu eine bundeseinheitliche Lösung angestrebt.

In weiteren Beschlüssen sprach sich der Ärztetag dafür aus, die Facharzt-Kompetenzen „Allgemeinchirurgie“ sowie „Hygiene und Umweltmedizin“ zu erhalten. Die Delegierten forderten zudem, die im Landesrecht festgeschriebenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche der Landesärztekammern zu wahren. Jeglichen politischen Bestrebungen, die ärztliche Weiterbildung unter dem Aspekt der Sicherstellung der Versorgung limitieren zu wollen, müsse entgegengesetzt werden.

Der Ärztetag betonte außerdem, dass Weiterbildungsstätten die Voraussetzungen dafür schaffen müssen, dass die Weiterbildungsbefugten sowie ihre jungen Ärztinnen und Ärzte ausreichend Zeit für die Weiterbildung haben. Der Vereinbarkeit von Familie und Beruf müsse auch in der Weiterbildung Rechnung getragen werden. Arbeitgeber müssten die Voraussetzungen dafür schaffen, die geforderten Weiterbildungsinhalte im Rahmen verschiedener Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen. Ferner forderte der Ärztetag die Landesärztekammern auf, kontinuierlich eine Evaluation der Weiterbildung vorzunehmen.

EINSTIMMIGES VOTUM

Deutscher Ärztetag 2019 in Münster

Der 122. Deutsche Ärztetag im Jahr 2019 wird in Münster stattfinden. Dies beschloss der 120. Ärztetag in Freiburg mit einstimmigem Votum. Nach den Jahren 1907, 1956, 1982 und 2007 ist Münster damit bereits zum fünften Mal Austragungsort des Deutschen Ärztetages. Kammerpräsident Dr. Theodor Windhorst freute sich über die einhellige Entscheidung. „Wir werden in zwei Jahren wieder gute Gastgeber sein und uns von unserer besten westfälischen Seite zeigen.“

Zu den Delegierten sagte Windhorst: „Wir freuen uns auf Sie, die Ärztekammer freut sich auf Sie, die Stadt Münster freut sich



Münster – hier der Prinzipalmarkt – erwartet die Delegierten des Deutschen Ärztetages 2019.

Foto: querbeet – istockphoto.com

auf Sie.“ Das höchste Gremium der Deutschen Ärzteschaft werde sich auch in Münster substantiell sowie konstruktiv-kritisch mit wichtigen Themen der Ärztinnen und Ärzte befassen. Die ergebnisorientierte Arbeit des Plenums werde zu berufspolitischen Problemlösungen und zur Weiterentwicklung der ärztlichen Profession beitragen. Ziel sei stets, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu erhalten.