

## Medizinische Versorgung zwischen Anspruch und finanzieller Machbarkeit

JULI 2009

AUS DEM INHALT

„Wellness-Angebote“ der Krankenkassen überfordern das Solidarsystem

Ärztetag: Gesundheitsfonds neu überdenken 2

Knappe Ressourcen offen verteilen

Interview mit dem Medizinrechtler Prof. Dr. Christian Katzenmeier über Priorisierung medizinischer Leistung 3

Der 112. Deutsche Ärztetag im Blickpunkt der Medien 6

Fehler vermeiden, Ursachen erforschen

BÄK stellt Behandlungsfehler-Statistik 2008 vor 7

Arbeitsstunden von Ärzten gesunken

Analyse der Bundesärztekammer präsentiert 8

Assistierter Suizid widerspricht ärztlichem Ethos

Ärztetag: Palliativmedizin muss im Vordergrund stehen 9

Arztvorbehalt bei genetischen Untersuchungen verankert

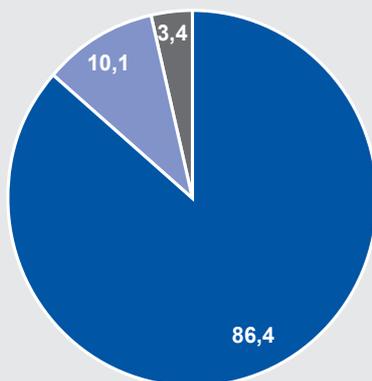
Bundestag entscheidet über Gendiagnostikgesetz 10

Dreitägige Bedenkzeit vor Spätabbruch

Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes verabschiedet 11

### Dringlichkeit

„Die medizinische Behandlung soll derjenige erhalten, der sie am dringendsten benötigt.“



### Rechtliche und ethische Wertung

- Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG  
Originärer Anspruch des Bürgers auf Sicherung der Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein
- Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit  
BVerfGE vom 05.03.1997: Kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereitstellung spezieller Gesundheitsleistungen; scheidet bereits am staatlichen Vorbehalt der Leistungsfähigkeit

Quelle: Annika Liedtke/GfK/Allianz

Längst kein Tabu mehr: Im Auftrag der Allianz AG befragte das Marktforschungsunternehmen GfK 1.039 Bürger zu ihrer Haltung gegenüber einer Priorisierung medizinischer Leistungen.

Patienten in Deutschland haben das Recht auf eine an ihre individuellen Bedürfnisse angepasste, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Doch nach zwei Jahrzehnten Kostendämpfungspolitik kann dieser Anspruch nicht mehr rückhaltlos erfüllt werden. Inzwischen belegen auch wissenschaftliche Studien, dass verdeckte und implizite Rationierungen im Gesundheitswesen längst zum Alltag gehören. Die Defizite sind vielerorts unübersehbar: Personalabbau und/oder Einsatz von übermüdeten Ärzten, zunehmende Wartezeiten und unzureichende Investitionen in moderne Medizintechnik. Für die Unterfinanzierung des Systems tragen die Politiker im Bund und in den Ländern die Verantwortung. Doch die

daraus resultierende Rationierung weisen sie nach wie vor als „Horroszenario“ zurück. So behauptete Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, noch vor kurzem beim 112. Deutschen Ärztetag in Mainz: „Es gibt keine Rationierung und auch keine Mangelversorgung.“

### Versorgungsqualität leidet unter der Mittelknappheit

Die engen finanziellen Rahmenbedingungen beeinträchtigen nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Ärzte, sondern auch die Arzt-Patient-Beziehung sowie die Versorgungsqualität. Bei einer bundesweiten Umfrage der Eberhard Karls-Universität Tübingen unter

mehr als 1.100 Klinikärzten (Kardiologen und Intensivmediziner) bestätigten über drei Viertel der Befragten, mindestens einmal aus Kostengründen eine für den Patienten nützliche Maßnahme nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt zu haben.

Fakt ist: Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt haben ihren Preis. Der Bedarf an medizinischen Leistungen steigt, die Gesundheitsausgaben erhöhen sich entsprechend. Doch die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) halten damit nicht mehr Schritt: Die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, die zuneh- >>



Fortsetzung von Seite 1

mende Zahl von Rentnern, die im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen, und auch die Überfrachtung der GKV mit versicherungsfremden Leistungen durch die Krankenkassen führen dazu, dass die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen immer weiter auseinander geht.

Durch eine bloße Umverteilung zwischen den Versorgungsbereichen lassen sich diese Probleme nicht lösen. Ziel muss es sein, die begrenzten Mittel, Kapazitäten und Zeit sinnvoll einzusetzen. Deshalb muss die Gesellschaft endlich offen und ehrlich darüber diskutieren, wie viel sie bereit ist, für Gesundheit auszugeben und welche Prioritäten gesetzt werden sollen. Eine aktuelle Umfrage im Auftrag der Allianz Deutschland AG belegt: Mehr als die Hälfte der Bundesbürger befürwortet ein Gremium, das anhand objektiver Kriterien festlegt, welche medizinischen Behandlungen als notwendig erachtet und welche als weniger wichtig eingestuft werden sollen. In dem von der Ärzteschaft vorgeschlagenen Gesundheitsrat sollten Ärzte, Ethiker, Juristen, Gesundheitsökonom, Theologen, Sozialwissenschaftler und vor allem Patientenvertreter – basierend auf sozialen, ethischen, ärztlichen sowie medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen Kriterien – gemeinsam Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie die knappen Mittel gerechter verteilt werden können. Die Priorisierungsentscheidungen müssten dann von der Politik transparent und öffentlich nachvollziehbar getroffen werden.

Tatsache ist: Anders als viele Politiker es glauben machen wollen, sehen die Bürger in einer Priorisierung, wie sie in Schweden schon seit Jahren erfolgreich praktiziert wird, kein Schreckgespenst. Das vermeintliche Tabu ist längst keines mehr. ■

Trotz eines Bundeszuschusses von 1,26 Milliarden Euro weist der Gesundheitsfonds bereits ein halbes Jahr nach seinem Start ein Defizit von 160 Millionen Euro auf. Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist – vor allem angesichts der Wirtschaftskrise – nach wie vor alarmierend. Deshalb forderte der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz, den Fonds grundsätzlich neu



Hollywood media education / Markus Scholz

zu überdenken. „Die Krankenkassen sollten bis auf weiteres ihre Beitragssätze wieder selber festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können“, heißt es im Beschluss des Ärzteparlaments – vorausgesetzt, die gesetzliche Krankenversicherung werde strukturell weiterentwickelt. Hierzu zähle die schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren, die stufenweise Einführung von Kapitaldeckung sowie die Bildung von Alterungsrückstellungen. Die Ärztevertreter appellierten an den Gesetzgeber, an problemorientierten und dem Primat des Patientenwohls verpflichteten Lösungen zu arbeiten.

„Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden“, erklärte der

Ärztetag mit Blick auf das unterfinanzierte Gesundheitswesen. Der Leistungsumfang der GKV müsse auf das den Grundsätzen des Sozialgesetzbuchs V entsprechende Maß zurückgeführt werden. Wellness- oder andere „Lockvogel“-Angebote würden zwar dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dienen, doch überforderten diese das Solidarsystem. Statt Solidarbeiträge für den Krankenkassenwettbewerb ihrem Zweck zu entfremden, medizinische Leistungen zu rationieren und eine Zwei-Klassen-Medizin einzuführen, sprachen sich die Delegierten für eine transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der GKV entspricht, und für darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote aus. ■

## Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit gefährden Patientenversorgung

Der Beruf des Arztes ist ein freier Beruf und muss es auch bleiben. Werde die freie Berufsausübung des Arztes eingeschränkt, gefährde dies die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, erklärte der 112. Deutsche Ärztetag. Bei medizinischen Fragen müssen Ärztinnen und Ärzte eigenverantwortlich Entscheidungen treffen können – unabhängig von Weisungen nicht-ärztlicher Dritter. In einem Gesundheitssystem mit zunehmender Rationierung, stetig steigender Zahl von Regulierungsmaßnahmen und wachsender Bürokratisierung könne nur der Arztberuf als freier Beruf die Therapiefreiheit im ärztlichen Alltag bewahren und die Patienten vor staatsmedizinischen Zwangsentscheidungen schützen. „Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt deshalb Tendenzen zur Aushöhlung der Freiberuflichkeit ab. Insbeson-

dere der von manchen Krankenkassen und Klinikträgern in der Effizienzdiskussion propagierte Vorrang der Kosten vor der Therapie wird entschieden zurückgewiesen“, betonten die Delegierten.

Die einzige Einschränkung, die die Freiberuflichkeit des Arztes erfahren dürfe, sei die Selbstbeschränkung durch die Verantwortung, die ein Arzt für seine Patienten übernehme. Freiheit und Verantwortung würden das Fundament für das Vertrauensverhältnis sowohl zwischen Arzt und Patient als auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft bilden. Freiberuflich tätige Ärzte stünden für Innovation, Stabilität und Wettbewerb in sozialer Verantwortung. Zudem seien die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern als Einrichtungen der Selbstverwaltung zugleich Aus-

druck der Freiberuflichkeit und das Instrument zu deren Sicherung. Der Vorrang der ärztlichen Selbstverwaltung vor staatlichen Reglementierungen sei jedoch nachhaltig in Frage gestellt.

Um eine gute ärztliche Versorgung in Deutschland zu ermöglichen, forderte der Deutsche Ärztetag Politik und Regierung auf, die Unabhängigkeit des Arztes in seiner Berufsausübung und damit gleichzeitig das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu sichern und zu schützen. Notwendig sei ein Politikwechsel. Überflüssige Kosten- und Qualitätskontrollen sowie ausufernde Bürokratie müssten abgebaut werden. Die Regierung müsse sich endlich von der staatsmedizinischen Ausrichtung des Gesundheitswesens verabschieden. ■

## „Wenn Rationierungen unvermeidlich sind, dann ist offenen Rationierungen der Vorzug zu geben“



**Fragen an Prof. Dr. jur. Christian Katzenmeier, Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln, zu Patientenrechten in Zeiten der Rationierung.**

**BÄK INTERN:** Herr Professor Katzenmeier, derzeit wird intensiv über Patientenrechte diskutiert. Der Bundesverband der Verbraucherzentralen betrachtet diese als latent bedroht und fordert ein transparenteres Behandlungsgeschehen, mehr Aufklärung und eine generelle Beweislastumkehr zugunsten des Patienten. In der Politik gibt es Forderungen nach einem „Patientenschutzgesetz“. Brauchen wir in Deutschland tatsächlich eine neue Patientenschutzgesetzgebung, um die Patientensicherheit zu erhöhen?

**Prof. Dr. Katzenmeier:** Die Rechte des Patienten in der individuellen Beziehung zu seinem Arzt werden hierzulande allgemein als hoch entwickelt anerkannt. Mehrere Untersuchungen jüngerer Datums gelangen zu dem Ergebnis, dass die Bundesrepublik mit den bestehenden Patientenrechten mit erheblichem Vorsprung eine Spitzenstellung in den Ländern der Europäischen Union inne hat. Dies, obwohl es in Deutschland keine speziellen Regelungen gibt. Die Rechtsprechung hat dem Arzt ein strenges Pflichtenprogramm auferlegt und gewährt dem Patienten im Streitfall weitreichende Beweiserleichterungen und Beweislastumkehrungen. Zudem bestehen gute Aussichten auf eine außergerichtliche Streitbeilegung durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern. Auch vor dem Hintergrund der bestehenden Ressour-

cenknappheit und des Kostendrucks hebt sich die ausgerufene Stärkung der Patientenrechte kontrastreich ab. Sollen die Patientenrechte in Deutschland trotzdem weiter ausgebaut oder gesetzlich katalogisiert werden, darf diese Maßnahme nicht auf dem Rücken der Behandlungsseite ausgetragen werden, indem ihr weitere institutionalisierte Pflichten auferlegt werden. Diese würden die ärztliche Tätigkeit und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zusätzlich belasten – und das dient den Patienten gerade nicht.

**BÄK INTERN:** Seit langem schon bestimmt das Finanzierbare die Krankenversorgung – verdeckte Rationierungen gehören längst zum Alltag, auch wenn die Politik diese Tatsache beharrlich leugnet. Welche Konsequenzen ergeben sich aus der staatlich verordneten Mangelverwaltung für das Arzthaftungsrecht?

**Katzenmeier:** Ab dem Zeitpunkt der tatsächlichen Behandlungsübernahme treffen den Arzt vertragliche und deliktische Sorgfaltspflichten. Er hat den Patienten entsprechend dem medizinischen Standard zu behandeln. Enthält er ihm aus finanziellen Gründen standardgemäße Behandlungsmaßnahmen vor, liegt hierin eine Verletzung dieser Sorgfaltspflichten, durch die Schadensersatzansprüche ausgelöst werden können. Ein Haftungsausschluss ist allenfalls durch Aufklärung des Patienten denkbar, wenn der Arzt die gebotene Behandlung aus wirtschaftlichen Gründen nicht erbringen kann und dies vor Behandlungsbeginn klar zum Ausdruck bringt. Ob hingegen eine solche Freizeichnung auch nach Vertragsschluss oder Übernahme der Behandlung möglich ist, ist gerichtlich nicht abschließend geklärt.

**BÄK INTERN:** Der dynamisch medizinische Fortschritt und die

demografische Entwicklung führen zu einer Expansion des Leistungsgeschehens. Der Versorgungsbedarf steigt, die finanziellen Mittel bleiben aber begrenzt. Ist Priorisierung ein Weg aus diesem Dilemma?

**Katzenmeier:** Wenn Rationierungen unvermeidlich sind, dann ist einer offenen Rationierung der Vorzug zu geben. Wird die Entscheidung über vorzuenthaltende Maßnahmen mithilfe finanzieller Steuerungsmechanismen dem Arzt überlassen, muss dieser als „Funktionär austeilender Gerechtigkeit“ die knappen finanziellen Mittel verteilen und manchen seiner Patienten vorenthalten. Eine solche moralische Entscheidungslast widerspricht der ärztlichen Tätigkeit und in ihrer Implizität auch dem Patienteninteresse, das von Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung geprägt ist. So Rationierungen unvermeidlich sind, müssen explizite Formen im gesellschaftlichen und politischen Diskurs unter Beteiligung aller Stakeholder herbeigeführt und demokratisch legitimiert werden. Der Vorzug einer Priorisierungslösung ist, dass sie die zur Verfügung stehenden knappen Ressourcen offen auf diejenigen Belange verteilt, die sich im gesellschaftlichen, ethischen und politischen Diskurs als besonders wichtig herausstellen. Priorisierung kann – abhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung – ebenso eine das Versorgungsniveau beinahe rationalisierungsgleich festschreibende und qualitätssichernde Funktion haben. Das zeigt das schwedische Beispiel, dort gibt es seit 1997 eine Form der Priorisierung. Wollen wir sie in Deutschland umsetzen, müssen verfassungsrechtlich und ethisch unbedenkliche Maßstäbe für ihre Ausgestaltung gefunden, ihre wirtschaftlichen und rechtlichen Fernwirkungen genau untersucht werden. Hier sind noch viele Fragen offen. ■

Die individuellen Patientenrechte sind im Behandlungsvertrag ausreichend gewährleistet. Deshalb hat sich der 112. Deutsche Ärztetag gegen ein gesondertes Patientenrechtsgesetz ausgesprochen. Statt eines neuen Gesetzes forderten die Ärztevertreter, die grundlegenden Patientenrechte in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung zu sichern, da diese durch die staatliche Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung gefährdet seien. „Rationierung gefährdet Patientenrechte. Rationierung als implizites Vorenthalten von Versorgungsnotwendigkeiten und -chancen ist aber inzwischen Teil der Versorgungswirklichkeit; dies muss die Politik transparent machen“, heißt es in dem Beschluss des Ärztetages.

Der Zugang zu einer am medizinischen Fortschritt orientierten individuellen Patientenversorgung werde durch die forcierte Wettbewerbsorientierung mit Risikoanalyse, den Abbau flächendeckender Versorgungsstrukturen und ökonomisch geprägte Therapievorgaben zunehmend erschwert. Nach zwei Jahrzehnten Kostendämpfungspolitik könne der berechtigte Anspruch der Patienten auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung nicht mehr rückhaltlos gewährleistet werden. „Für unsere Patienten steht individuelle Zuwendung von Ärzten im Vordergrund. Sie erwarten nicht nur Fachkompetenz und eine am neusten Stand der medizinischen Wissenschaft angepasste Diagnose und Therapie ihres persönlichen Krankheitsfalls, sondern vor allem Zeit und Menschlichkeit in ihrer Begegnung mit Ärztinnen und Ärzten“, betonte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Dies werde allerdings unter den Bedingungen der wachsenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen immer schwieriger zu realisieren sein. ■





## Bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung sicherstellen

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung haben einen spezifischen und aufgrund von Begleiterkrankungen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung. Doch das deutsche Gesundheitswesen ist strukturell und organisatorisch nicht auf die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen eingerichtet, kritisierten die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages die gravierenden Mängel im ambulanten und stationären Bereich.

Die Ursachen für die Defizite seien vielfältig: Die Gesellschaft nehme Menschen mit Behinderung häufig nicht als gleichberechtigte Bürger war, der behinderungsbedingte Versorgungsmehrbedarf sei finanziell nicht ausreichend gedeckt und die alltägliche Behandlungspraxis werde den legitimen Anforderungen dieser Menschen nicht gerecht.

Um die Defizite in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu überwinden, forderte der Ärztetag deshalb, medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung eine rechtliche Grundlage zu geben. Auch sollten sektorübergreifende regionale Netzwerke von ambulanten und stationären Leistungserbringern etabliert sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung in behinderungsspezifischen Belangen gefördert werden, um Ärztinnen und Ärzte fachlich auf ihre Aufgaben vorzubereiten. Doch nicht nur zielgruppenspezifische Fachkenntnisse und eine ausreichende Finanzierung seien notwendig: Elementare Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung sei ihre respektvolle ärztliche Behandlung und Betreuung sowie ihre gesellschaftliche Anerkennung und Integration, erklärte das Ärzteparlament. ■



**Dr. med. Helmut Peters, Ärztlicher Leiter des Kinderneurologischen Zentrums Mainz, zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.**

**BÄK INTERN:** Herr Dr. Peters, Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung haben einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung. Der Gesetzgeber hat sich Ende 2008 zwar dazu bekannt, dass jeder Mensch – ob mit oder ohne Behinderung – in Deutschland einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung hat – doch die Defizite sind geblieben. Worin sehen Sie die Ursachen für die Versorgungsmisere?

**Dr. Helmut Peters:** Hinsichtlich einer angemessenen, dem Rechts-

anspruch genügenden Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung stehen wir in Deutschland vor einer strukturellen und finanziellen Herausforderung. Strukturell bedarf es Spezialinstitutionen mit multidisziplinären und konstanten Teams, wobei die Mitarbeiter eingehende medizinische Kenntnisse in dieser Thematik benötigen. Diese Strukturen müssten so finanziert werden, dass sie ihre Aufgabenstellung dann auch wirklich erfüllen können.

Für Kinder und Jugendliche wurden die dafür erforderlichen Versorgungssysteme durch die Etablierung von 130 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) bereits geschaffen. Diese kommen ihrem Versorgungsauftrag im Verbund mit den niedergelassenen Ärzten nach. Zur Vermittlung der dazu erforderlichen eingehenden Kenntnisse ist die Zusatzweiterbildung „Sozialpädiatrie“ auf den

Weg gebracht worden. Allerdings gibt es derzeit ein zunehmendes Finanzierungsproblem: Die in den vergangenen Jahren erfolgten Tarifsteigerungen wurden bei der Finanzierung der SPZ nicht angemessen berücksichtigt. Da die steigenden Personalkosten somit nicht ausreichend gegenfinanziert werden, sind die Zentren strukturell enorm gefährdet. Ein weiteres Hemmnis ist der wachsende bürokratische Aufwand.

Für Patienten über 18 Jahre gibt es keine vergleichbaren Versorgungsstrukturen. Wünschenswert wäre die Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB); ferner fehlt auch hier eine angemessene Finanzierung. Deshalb wäre es erforderlich, Patienten, die bereits von SPZ versorgt werden, über das 18. Lebensjahr hinaus zu betreuen, bis die notwendigen Versorgungsstrukturen geschaffen worden sind. ■



**Prof. Dr. med. Michael Seidel, Leitender Arzt und Geschäftsführer im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel zur medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.**

**BÄK INTERN:** Herr Prof. Seidel, Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sichern flächendeckend die medizinische Versorgung von behinderten Kindern und Jugendlichen. Erreichen die Patienten das Erwachsenenalter, bricht die Versorgung weg. Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden, um die prekäre Situation von erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu verbessern?

**Prof. Dr. Michael Seidel:** Etwas Vergleichbares wie die SPZ fehlt für Erwachsene mit Behinderung leider bislang in unserem Versorgungssystem und muss endlich geschaffen werden. Die Forderung nach ambulanten und interdisziplinär besetzten Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung seitens der Fachverbände der Behindertenhilfe steht seit langem im Raum und wurde dennoch bislang vom Gesetzgeber ignoriert.

Zudem sind die SPZ ein Beispiel für den Erfolg einer das Regelversorgungssystem ergänzende Komponente. Von diesen wichtigen Kompetenzzentren gehen fachliche und wissenschaftliche Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung der Zielgruppe sowie Beiträge zur Aus-

Fort- und Weiterbildung aus. Gleiches würde für die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung gelten.

Es geht aber vor allem auch darum, geeignete fachliche und organisatorisch-strukturelle Bedingungen im Regelversorgungssystem herzustellen. So sollten niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser Schwerpunkte für die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung bilden, um ihren Beitrag zur Verbesserung der Situation zu leisten. Dieser zusätzliche Aufwand muss dann aber auch angemessen vergütet werden.

Unbedingt sollte das Thema geistige und mehrfache Behinderung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung einbezogen und Barrierefreiheit im medizinischen Versorgungssystem geschaffen werden. ■



## Abstimmungen im Akkord

Am Abschlusstag des 112. Deutschen Ärztetages stimmten die Delegierten noch über 120 Anträge ab, die sich mit Themen wie Ausbildung, Qualitätssicherung, Arzneimittel, ärztliche Ethik sowie medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen befassten. Hier eine Auswahl der Beschlüsse zum Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht:

### Finanzielle Mittel für Pandemievorbereitung aufstocken

Die ambulante und stationäre Versorgung muss noch stärker auf den Ernstfall einer Pandemie vorberei-

die gesetzliche Krankenversicherung die Finanzierung der Pandemievorbereitung endlich gewährleisten würde.

### Nachwuchsmediziner nicht als billige Arbeitskräfte missbrauchen

Die Ausbildungsbedingungen und -qualität im Praktischen Jahr (PJ) muss dringend verbessert werden, hat der Ärztetag angemahnt. Es sei nicht mehr hinnehmbar, dass Medizinstudierende nach fünf Jahren intensivem Studium als billige Arbeitskräfte für ausbildungsfremde Tätigkeiten herangezogen

Ärzteparlament entschieden abgelehnt. „Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss ‚Staatsexamen‘ muss erhalten bleiben, da der Bachelor in der Medizin keinen berufsqualifizierenden Abschluss darstellt“, bekräftigten die Delegierten.

### Nachträgliche Kodierungen von Diagnosen sind rechtswidrig

Krankenkassen handeln rechtswidrig, wenn sie Ärzte dazu veranlassen, ihre ursprünglichen Diagnosen zu ändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten.

Aus diesem Grund hat die Ärzteschaft die eindeutige Positionierung des Bundesversicherungsamtes (BVA) begrüßt. Das BVA hatte darauf hingewiesen, dass jede Datenerhebung, die die Krankenkassen bei Ärzten für

übergewichtig. Rund ein Fünftel von ihnen leidet unter psychischen Störungen und fast die Hälfte aller Kinder ist im häuslichen Umfeld Tabakrauch ausgesetzt. „Mit diesen Risikofaktoren wächst die Gefahr, frühzeitig chronische Krankheiten zu entwickeln“, gaben die Delegierten des Ärztetages zu bedenken. Deshalb müsse die Identifikation und Beratung von Bewegungs- und Ernährungsmängeln, Belastungen durch Passivrauchen sowie psychische und psychosomatische Belastungen ein zentraler Bestandteil der Kinderuntersuchungen werden.

### Arztvorbehalt bei Patienteninformation muss erhalten bleiben

Das von der Europäischen Kommission geplante Pharmapaket hat der Ärztetag als erneuten Versuch der Pharmaindustrie abgelehnt, Wege für eine direkte Bewerbung der Patienten zu finden. Da die Ärzteschaft von jeher dem Primat der Patientensicherheit verpflichtet sei, müsse die Pflicht, über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu informieren, der fachlichen Kompetenz der hierzu autorisierten Heilberufe überlassen bleiben.

### Keine Substitution ärztlicher Leistungen

Psychopharmaka dürfen nach wie vor nur von Ärzten verschrieben werden. Der Ärztetag lehnte die Indikation von Psychopharmaka durch nicht-ärztliche Heilberufe nachdrücklich ab, da die Verordnung von Arzneimitteln ein umfangreiches pharmakologisches Wissen sowie Kenntnisse in fast allen klinischen Bereichen erfordere. Ärztinnen und Ärzte würden diese Kompetenz im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erwerben. Die Verschreibung von Arzneimitteln müsse deshalb in ärztlicher Verantwortung bleiben. ■



Quelle: Hellwood media & education/Markus Scholz

tet werden. Angesichts des Bedrohungspotentials müsse geprüft werden, ob die Bettenkapazitäten im stationären Sektor mit den Anforderungen einer medizinischen Versorgung unter anderem von beatmungspflichtigen Patienten im Katastrophenfall in Einklang stehen, forderten die Delegierten des Ärztetages in Mainz. „Die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie sind in Deutschland – basierend auf einem Aufruf der WHO – zwar inzwischen vorangeschritten, aber bei weitem noch nicht abgeschlossen“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteparlaments. Hilfreich für ein zügiges Vorankommen sei, wenn

und mangelhaft angeleitet würden. Die praktische Ausbildung am Patienten müsse jedoch im Zentrum des Praktischen Jahres stehen. Die Ärzteschaft fordert zudem, die regionale Bindung aufzuheben, die Ausbildungsinhalte und die zu erlernenden praktischen Fähigkeiten im PJ bundeseinheitlich zu definieren sowie den Medizinstudenten in diesem Ausbildungsabschnitt eine angemessene Ausbildungspauschale zu zahlen.

### Gegen Bachelor in der Medizin

Die Einführung eines Bachelor-Studiengangs in der Medizin hat das

den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) durchführten, gegen den Datenschutz verstoße und im Widerspruch zu dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Meldeverfahren stehe. Die Kodierung habe sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien und den aktuellen Vorgaben des ICD-Diagnoseschlüssels zu richten, betonten die Delegierten.

### Chronische Krankheiten bei Kindern frühzeitig erkennen

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind aufgrund mangelnder Bewegung und falscher Ernährung



# Im Blickpunkt der Medien

## Presse-Echo zum 112. Deutschen Ärztetag

Der 112. Deutsche Ärztetag vom 19. bis 22. Mai 2009 in Mainz war in den Medien ein herausragendes Ereignis. Knapp hundert akkreditierte Journalisten berichteten vor Ort über den Ärztetag. Schon zu Beginn des Jahres wurden die Medien mit Vorab-Informationen gezielt auf das Ereignis vorbereitet; in einer Vielzahl von weiteren Einzelgesprächen mit Journalisten wurden die Themen des Ärztetages erläutert.

### Priorisierung in aller Munde

Unmittelbar vor dem Ärztetag wurden dann Vertreter der Presse in einer Vor-Pressekonferenz ausführlich über die Schwerpunktthemen des Ärztetages informiert. Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hatte die bereits in dem Ulmer Papier angelegte Debatte über die

et, aufgenommen und in diesem Pressegespräch mit Bedacht akzentuiert. Das Thema Priorisierung war damit in aller Munde und wurde landauf landab in den Medien diskutiert.

In einer Vielzahl von Interviews erläuterte Prof. Hoppe das Ziel seines Vorstoßes: „Wir Ärzte wollen keine Rationierung, aber wir wollen einen ehrlichen Umgang mit Rationierung. Deshalb schlagen wir eine für alle transparente Priorisierung von Gesundheitsleistungen vor“, sagte er der „Frankfurter Rundschau“ (11.05.2009). Im Interview mit der „Neuen Osnabrücker Zeitung“ (11.05.2009) erklärte er zugleich die Bereitschaft der Ärzteschaft, an der Erarbeitung eines gesellschaftlich konsentierten Priorisierungsverfahrens mitzuwirken. Scharf kritisierte er in der „Passauer Neuen Presse“ (09.05.2009) die Tatenlosigkeit

des Gesundheitswesens: „Die Rationierung im Gesundheitssystem scheint politisch gewollt zu sein. Wir machen einen Vorschlag, wie man den Mangel am besten und das heißt auch klar und ehrlich verwaltet – mehr nicht.“

### Interview-Marathon beim Ärztetag

Das Thema Priorisierung war nun „gesetzt“ und es blieb weiterhin auf der Agenda der Medien. In einem wahren „Interview-Marathon“ erläuterte die Bundesärztekammer die Idee einer transparenten Priorisierung anstelle bisheriger verdeckter Rationierung von Gesundheitsleistungen. In unzähligen Interviews für Printmedien, Fernsehsender und Hörfunkanstalten (WDR Radio 5, RBB Inforadio, Deutschlandfunk und BR 2) vor und während des Ärztetages war Prof. Hoppe ein gefragter Gesprächspartner. Auch war er am 18. Mai Gast der ARD-Talksendung „Anne Will“. Der Südwestrundfunk sendete täglich Berichte und Interviews vom Ort des Geschehens und übernahm die sogenannte Sammel-Berichterstattung für die ARD.

Kabel informierten ihre Zuschauer über den Ärztetag. Im Mittelpunkt der TV-Berichterstattung standen die Priorisierungsdebatte und die Reaktion der Politik auf den Vorstoß der Ärzteschaft.

Allen interessierten Journalisten wurden auch in diesem Jahr wieder speziell aufbereitete Hintergrundinformationen zu den Schwerpunktthemen des Ärztetages in Form eines BÄK GROUND zur Verfügung gestellt. Die im Plenum diskutierten Tagesordnungspunkte wurden in zwei Pressekonferenzen mit den Experten der Bundesärztekammer vor- bzw. nachbereitet. Zu den Beschlüssen des Ärztetages veröffentlichte die Bundesärztekammer insgesamt 15 Pressemitteilungen. Eine erste Analyse der Berichterstattung macht deutlich, dass insbesondere die von der Ärzteschaft angestoßene Diskussion über einen offenen und ehrlichen Umgang mit der Mittelknappheit im Gesundheitswesen nachhaltige Wirkung entfaltete.

### Video-Beiträge zum Ärztetag

Im Internetangebot der Bundesärztekammer konnten erstmalig auch drei eigens produzierte Video-Beiträge zum Ärztetag angesehen werden. Davon machte eine große Zahl von Benutzern regen Gebrauch. Eine beauftragte Agentur produzierte in enger Abstimmung mit der Pressestelle einen zusammenfassenden Clip der Grundsatzrede des Präsidenten der Bundesärztekammer, einen Beitrag mit Impressionen vom Ärztetag und ein Video der Arbeitssitzung zum Tagesordnungspunkt I des Ärztetages mit dem thematischen Schwerpunkt Priorisierung. Bis Ende Mai wurde der Clip zur Grundsatzrede 727-mal aufgerufen, der Beitrag mit Impressionen vom Ärztetag 516-mal und das Video zur Arbeitssitzung vom 19. Mai 430-mal.



Etablierung eines Gesundheitsrates, der Priorisierungsentscheidungen im vorpolitischen Raum vorberei-

der Politik angesichts der nicht zu bestreitenden heimlichen Rationierung infolge der Unterfinanzierung

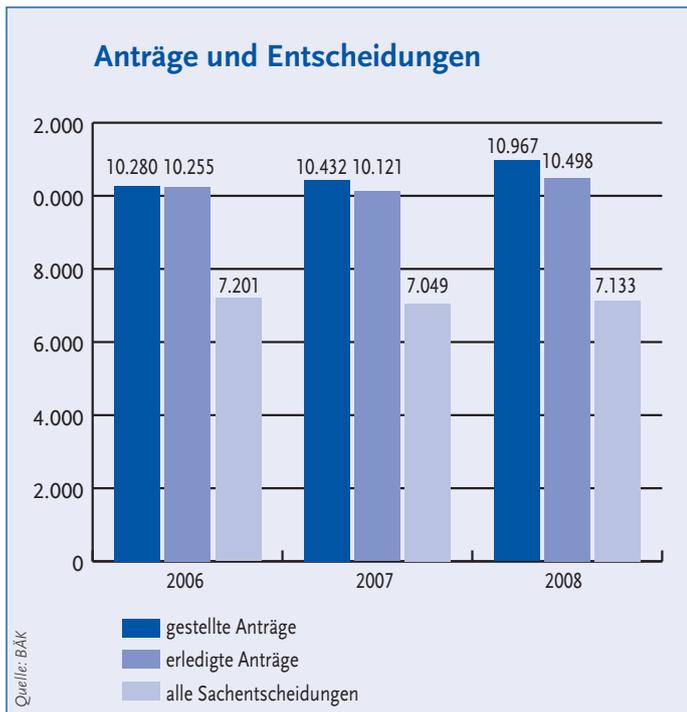
„heute“ und „heute journal“. Auch private Fernsehsender wie RTL, RTL II, SAT1, Pro Sieben, n-tv, N24 und

## Fehler vermeiden, Ursachen erforschen

### Bundesärztekammer stellte Behandlungsfehler-Statistik 2008 vor

Der Bekanntheitsgrad der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern wächst. Immer mehr Patienten wenden sich bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler an diese unab-

hängigen Institutionen. Insgesamt 10.967 Begutachtungsanträge gingen im vergangenen Jahr bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ein. Damit stiegen die Anträge – laut der „Statistischen Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008“ – im Vergleich zum Jahr 2007 um 5,1 Prozent an. „Die steigende Zahl der Anträge verdeutlicht, dass uns die Patienten vertrauen“, erklärte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, bei der Vorstellung der Statistik am 11. Juni in Berlin.



hängigen Institutionen. Insgesamt 10.967 Begutachtungsanträge gingen im vergangenen Jahr bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ein. Damit stiegen die Anträge – laut der „Statistischen Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008“ – im Vergleich zum Jahr 2007 um 5,1 Prozent an. „Die steigende Zahl der Anträge verdeutlicht, dass uns die Patienten vertrauen“, erklärte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, bei der Vorstellung der Statistik am 11. Juni in Berlin.

Die Experten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

klarungsmangel vor. Davon konnte in 1.695 der Fälle ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt werden, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. „Angesichts des medizinischen Fortschritts werden beispielsweise

immer mehr hochbetagte Patienten jenseits der 80 Jahre operiert. Damit steigt natürlich auch das Risiko für Komplikationen“, gab Crusius zu bedenken. Doch nicht jedes unerwünschte Ergebnis oder jede Komplikation sei mit einem vom Arzt verursachten Fehler gleichzusetzen.

Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren Hüft- und Kniegelenkarthrosen. Bedingt durch den steigenden funktionellen Anspruch der Patienten und den demografischen Wandel ist die Zahl der Implantationen künstlicher Hüftgelenke in den vergangenen Jahren immens angestiegen. Wurden vor zwanzig Jahren nur etwa 65.000 Hüftprothesen Patienten operativ eingesetzt, werden heute jährlich mehr als 150.000 künstliche Hüftgelenke implantiert – und das Risiko von Nervenschädigungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen ist dabei beträchtlich. „Trotz der jahrzehntelangen Erfahrung mit der Implantation von Hüftendoprothesen handelt es sich um eine komplexe Behandlung, in deren Mittelpunkt eine technisch anspruchsvolle Operation steht“, erklärte PD Dr. Renée Fuhrmann von der Klinik für Orthopädie am Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ in Eisenberg/Thüringen. Jede Phase der Behandlung beinhaltet eine Viel-

zahl möglicher Risiken, Komplikationen und Fehlermöglichkeiten, die sich bei ihrer Umsetzung gravierend auf die Lebensqualität des Patienten auswirken können.

#### Statistik bietet Grundlage für Fehlervermeidungskultur

Die Behandlungsfehler-Statistik gibt Aufschluss darüber, bei welchen Diagnosen und Therapiemaßnahmen Behandlungsfehler vermutet wurden und welche Fachgebiete betroffen waren. Sie zielt darauf ab, Fehlerhäufigkeiten zu erkennen und Fehlerursachen auszuwerten, um sie für die Fortbildung und Qualitätssicherung zu nutzen. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) EDV-gestützt einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt. „Damit leisten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen einen elementar wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit und bieten die Grundlage für eine Fehlervermeidungskultur im deutschen Gesundheitswesen“, sagte Crusius. Mit der Behandlungsfehlerstatistik solle transparent gemacht werden, wo es Fehlerhäufigkeiten gibt und welche Ursachen sich dahinter verbergen. Durch die zielgerichtete Auswertung der Ergebnisse sei der erste Schritt zur Fehlervermeidung bereits getan. ■

#### Schlichten ist besser als richten

Die seit 1975 bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftungsstreitigkeiten bieten eine unabhängige Expertenbegutachtung und außergerichtliche Streitschlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen. Doch immer wieder wird diese Unabhängigkeit in Frage gestellt. Dahinter stehen mögliche Eigeninteressen anderer Organisationen oder auch die Befürchtung, Gütestellen würden nicht objektiv über Behandlungsfehlervorwürfe urteilen, da sie bei den Landesärztekammern angesiedelt sind. Hinzu kommt oft die Unkenntnis des Verfahrens und der Besetzung

der Gütestellen sowie der Auswahl der Gutachter. Die neu aufgelegte Broschüre der Bundesärztekammer soll dazu beitragen, den Vorurteilen fundierte Fakten des tatsächlichen Ablaufs der außergerichtlichen Streitbeilegung vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen entgegenzusetzen.

Die Broschüre „Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern – Ein Wegweiser“ ist im Internetangebot der Bundesärztekammer abrufbar.

[www.gutachter-und-schlichtungsstellen.de](http://www.gutachter-und-schlichtungsstellen.de) ■

## Analyse der Bundesärztekammer: Arbeitsstunden von Ärzten gesunken

Ärztemangel ist in vielen Bereichen des Gesundheitswesens seit langem Realität. Allein im Krankenhausbereich können derzeit rund 4.500 Stellen nicht besetzt werden, obgleich auch im Jahr 2008 die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte angestiegen ist. Der Stellenanzeigenteil im Deutschen Ärzteblatt nimmt einen immer größeren Umfang an. Für die vermeintlich widersprüchliche Entwicklung gibt es vier Hauptursachen:

- ▶ die Entwicklung des medizinischen Fortschritts,
- ▶ der demografische Wandel und seine Folgen,
- ▶ die Feminisierung der Medizin,
- ▶ gesunkene Arbeitsstunden durch das neu gefasste Arbeitszeitgesetz.

„Der medizinische Fortschritt bedingt mehr Leistungen. Das drückt sich nicht nur in der gestiegenen Lebenserwartung und besseren Lebensqualität der Menschen aus, sondern fordert auch mehr Personaleinsatz“, erklärte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung einer Analyse der Bundesärztekammer.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) sei in

einem sogenannten ADT-Panel zu dem Ergebnis gelangt, dass beispielsweise ein Allgemeinarzt noch vor zehn Jahren durchschnittlich 3,5 Patientenkontakte pro Fall hatte, während es heute 3,7 seien. Auch die demografischen Veränderungen hätten gewaltige Auswirkungen. Den Daten des Risikostrukturausgleichs zufolge sei der Finanzbedarf für Krankenversicherte über 60 Jahre mittlerweile 3,26-mal höher als für die unter 60-jährigen. Gleichzeitig sei der Anteil dieser Gruppe von 1991 bis 2008 um ein Fünftel – von 20,4 auf 25,3 Prozent – gestiegen.

Mehr alte Menschen und mehr Arbeit treffen nun aber zeitgleich auf eine Veränderung der Arbeitswelt und eine andere Zusammensetzung der Ärzteschaft: „Die Medizin wird weiblich. Das tut ihr richtig gut“, so Montgomery. Da Frauen jedoch oftmals andere Lebensperspektiven als Männer hätten, stellten diese weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung. Deshalb bedeute der Anstieg des Frauenanteils in der Ärzteschaft von 33,6 Prozent im Jahr 1991 auf 41,5 Prozent im Jahr 2008 eine gewaltige Veränderung des verfügbaren Arbeitsvolumens. Zusätzlich

seien die Arbeitsstunden durch das neugefasste Arbeitszeitgesetz gesunken. „Mehr Ärzte und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus, sind auch kein Widerspruch, sondern eine natürliche Folge gesellschaftlicher Veränderungen und einer unzureichenden politischen Antwort darauf. Wenn Politiker und Krankenkassen heute noch immer gebetsmühlenartig alle Probleme als ‚reine Verteilungsprobleme‘ der Ärzteschaft kleinreden wollen, dann werden sie ihrer politischen Verantwortung nicht gerecht“, sagte Montgomery. ■

## Arbeit von Praxismitarbeiterinnen honorieren

### BÄK erarbeitet neue Aufstiegsfortbildung / Tarifvertrag 2009 geschlossen

Um Ärzte im Managementbereich der ambulanten Versorgung zu entlasten, hat die Bundesärztekammer die Aufstiegsfortbildung zur „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ erarbeitet. Angesichts der steigenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patienten nehmen die organisatorischen Anforderungen im ambulanten Sektor immer mehr zu. Die Fortbildung soll dazu beitragen, die Arbeit der Medizinischen Fachangestellten an die veränderten Versorgungsbedarfe anzupassen und darüber hinaus Ärzte bei spezifischen medizinischen Aufgaben je nach ärztlichem Fachgebiet zu unterstützen.

„Die absehbare medizinische und strukturelle Entwicklung im Gesundheitswesen macht eine Neuausrichtung des Aufstiegsberufes (bisher: Arztfachhelferin) auf die Versorgungserfordernisse der Zukunft – auch unter Berücksichtigung der neuen Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachange-

stellte – notwendig“, begrüßte der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz die Aufstiegsfortbildung. Angesichts vernetzter Strukturen, von notwendiger Langzeitbetreuung insbesondere chronisch Kranker und medizinisch-technischer Entwicklung biete die neue Fachwirtin zudem einen spezifischen Qualifikationsmix, der die drei Bereiche Medizin, Patientenkoordination und Praxisorganisation gleichermaßen umfasse.

#### Fünf Prozent mehr für Medizinische Fachangestellte

Die steigenden Anforderungen des Berufs sollen sich auch in der Vergütung der medizinischen Fachangestellten niederschlagen. Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. und die ärztliche Tarifpartei Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/medizinischen Fachangestellten (AAA) haben sich Anfang Mai darauf geeinigt, dass ab dem 1. Juli 2009 die Tarifgehälter der Medizinischen Fachange-

stellten linear um fünf Prozent steigen werden. „Trotz der aufgrund der Honorarreform zum Teil massiven wirtschaftlichen Verwerfungen in einigen Regionen und Facharztpraxen, wollen wir die gestiegenen Anforderungen an die Mitarbeiterinnen in unseren Praxen honorieren. Wir rufen deshalb auch die nicht tarifgebundenen Kolleginnen und Kollegen auf, diese Gehaltserhöhung weiterzugeben und damit den Medizinischen Fachangestellten zu zeigen, wie wichtig ihre Arbeit für das Funktionieren der ambulanten medizinischen Versorgung und die Betreuung der Patientinnen und Patienten ist,“ erklärte Dr. Cornelia Goesmann, Vorsitzende der AAA, nach dem Abschluss der Tarifverhandlungen.

Die Praxismitarbeiterinnen können nach dem neuen Tarifvertrag – je nach Tätigkeitsgruppe – künftig mit einem Einstiegsgehalt von rund 1.423 bzw. 1.494 Euro rechnen. Der neue Tarifvertrag hat eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2010. ■

#### Daten und Fakten

##### Entwicklung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte

1991:	81.981 Ärztinnen
	162.257 Ärzte
2008:	132.613 Ärztinnen
	187.084 Ärzte

##### Geleistetes Arbeitsvolumen der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte

1991:	38,1 Wochenstunden
2007:	33,2 Wochenstunden

[www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)

## Suizidhilfe durch Ärzte darf keine Option ärztlichen Handelns sein



Quelle: pixello.de

Assistierter Suizid widerspricht dem ärztlichen Ethos. Deshalb hat der 112. Deutsche Ärztetag jegliche Suizidhilfe durch Ärzte entschieden abgelehnt. „Es darf keine Option ärztlichen Handelns sein, in schwierigen oder hoffnungslosen Situationen einer Patientin oder einem Patienten eine aktive Tötung zu empfehlen oder daran mitzuwirken“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteparlaments. Aufgabe von Ärzten sei es, das Leben zu erhalten,

die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Jede medizinische Betreuung habe unter Achtung der Menschenwürde, der Persönlichkeit und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten zu erfolgen.

Die Ärzteschaft lehne zudem die organisierte Vermittlung der Beihilfe zum Suizid ab – unabhängig davon, ob dies gewerblich oder kommerziell erfolge. In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung“ würden Handlungsoptionen sowie die

Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht aufgezeigt. Bei Patienten, die aufgrund ihrer fortgeschrittenen Krankheit in absehbarer Zeit sterben werden und lebensverlängernde Maßnahmen lediglich das Leiden verlängern würden, könne der Arzt das Therapieziel der Lebenserhaltung ändern – vorausgesetzt dies entspreche dem Willen des Patienten. In diesem Falle trete dann die palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. „Es gibt keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung erlöschenden Lebens um jeden Preis“, bekräftigten die Delegierten. ■

### „Sterben in Würde“

Die Broschüre „Sterben in Würde“ ist im Nachdruck erschienen. Neben der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehört nun auch die Deutsche Krebshilfe zu den Herausgebern der Publikation.

Die Broschüre kann gebührenfrei bei der Bundesärztekammer bestellt oder im Internet unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) (Stichwort: Sterbegleitung) heruntergeladen werden. ■

### Bundeskartellamt stellt Prüfverfahren über Online-Fortbildungen ein

Das Bundeskartellamt hat das Prüfverfahren gegen die von den Landesärztekammern vorgenommene Anerkennung von kostenfreien Fortbildungsangeboten im Internet eingestellt. Der Anbieter eines kostenpflichtigen Online-Fortbildungsportals für Ärzte hatte im vergangenen Jahr den Ärztekammern einen Verstoß gegen das Sozialgesetzbuch V vorgeworfen, da die von ihnen anerkannten Online-Fortbildungen nicht streng genug auf eventuelle Einflüsse der Pharmaindustrie kontrolliert hätten.

### Fortbildungsangebote nach berufsrechtlichen Vorgaben geprüft

„Die Rechtsauffassung des Beschwerdeführers ist schon deshalb unzutreffend, weil Bestimmungen des Sozialrechts nicht auf die Tätigkeit der Ärztekammern anwendbar sind“, hatte der Vorsitzende des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, Dr. Franz-Joseph Bartmann, bereits im April 2008 nach Bekanntwerden der Vorwürfe gegen die Ärztekammern erklärt. Diese hätten zudem schon vor Inkrafttreten der gesetzlichen Nachweispflicht zur ärztlichen Fortbildung ihnen vorgelegte Fortbildungsangebote nach Maßgabe der berufsrechtlichen Bestimmungen geprüft.

Auch das Bundeskartellamt sah es nunmehr offenbar als schwierig an, die Tätigkeit der Ärztekammern an Vorschriften des Sozialgesetzbuchs zu messen. Ferner wurde aus kartellrechtlicher Sicht die notwendige Marktsegmentierung als problematisch betrachtet. So könne der Online-Fortbildungsmarkt nicht allein untersucht werden, sondern es müsse der gesamte Fortbildungsmarkt überprüft werden. Damit sei der Vorwurf der Marktbeherrschung anzuzweifeln. ■

## Höhere Qualifikation kann Versorgungsdefizite nicht beheben

### Zusätzliche Kosten durch Akademisierung nichtärztlicher Heilberufe

Eine Vernetzung der Leistungserbringer sowie eine sektorenübergreifende Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs können dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung erheblich zu verbessern. Das belegen das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 sowie zahlreiche Studien. Deshalb hat die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen,

Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten befürwortet, Ausbildungsinhalte beispielsweise im Bereich der interprofessionellen Kooperation, der Kommunikation und beim Case-Management zu aktualisieren und zu erweitern. Zudem könne in den Heilmittelrichtlinien eine systematische Kommunikation zwischen dem verordnenden Arzt und den Heilmittelerbringern vorgeschrieben werden.

Nichtärztliche Heilberufe zu akademisieren, würde jedoch zusätzliche

Kosten für das deutsche Gesundheitssystem bei noch immer enorm begrenzten Ressourcen nach sich ziehen, heißt es weiter in der Stellungnahme. Ein akademisches Qualitätsniveau dürfe kein Selbstzweck sein, sondern müsse aus konkreten Versorgungsbedarfen abgeleitet sein und sollte darauf abzielen, diese zu optimieren. Doch gehe aus dem Gesetzesentwurf nicht hervor, welche Versorgungsmängel oder -defizite mit einer höheren beruflichen Qualifikation behoben werden sollten oder könnten. ■

## Arztvorbehalt im Gendiagnostikgesetz verankert

### Bundesärztekammer kritisiert Regelungen zur Qualitätssicherung

Arbeitgeber und Versicherungen ist es künftig grundsätzlich untersagt, Gentests von ihren Mitarbeitern bzw. Kunden zu verlangen. Nach jahrelangen Debatten hat der Bundestag im April erstmals die rechtlichen Rahmenbedingungen für genetische Untersuchungen am Menschen festgelegt. Das Gendiagnostikgesetz soll verhindern, dass sensible genetische Daten missbraucht und Menschen aufgrund genetischer Eigenschaften diskriminiert werden. Auch der Bundesrat hat dem Gesetz bereits zugestimmt. In dem Gesetz ist das Recht auf Nichtwissen ebenso verankert wie die Freiwilligkeit der Teilnahme an genetischen Analysen. Es regelt den Arztvorbehalt bei der genetischen Diagnostik sowie die besondere Rolle des Facharztes für Humangenetik bezüglich prädikativer genetischer Diagnostik.

Genetische Untersuchungen dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn die betroffene Person rechtswirksam in diese eingewilligt hat. Gentests vor der Geburt sind ausschließlich für medizinische Zwecke gestattet. Die Diagnose von Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen könnten, sowie Untersuchungen zum Geschlecht oder der Haarfarbe des Kindes sind verboten. Vaterschaftstests sind lediglich erlaubt, wenn die zu untersuchende Person zugestimmt hat. Heimliche Tests können mit einem Bußgeld von bis zu 5.000 Euro geahndet werden.

#### BÄK: Gesetz ignoriert die Richtlinienkompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung

Die Bundesärztekammer begrüßte, dass in dem Entwurf für ein Gendiagnostikgesetz die wichtigen Forderungen der Ärzteschaft berücksichtigt und die genetische Forschung aus dem Anwendungsbereich des

Gesetzes ausgenommen worden seien. Die geltende Rechtsordnung wie beispielsweise die Datenschutzgesetze von Bund und Ländern würden einen umfassenden Schutz vor möglichen Gefahren bieten. „Das Gesetz enthält aber auch eine Reihe von Regelungen, mit der wir uns nicht einverstanden erklären können. Dazu gehören die weit in das ärztliche Berufsrecht hineinreichenden Regelungen zur Qualitätssicherung, zur Prüfung der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf Weiterbildung und Fortbildung sowie zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes von Wissenschaft und Technik. Diese lassen zum Teil die verfassungs-

rechtlichen Zuständigkeitsbereiche außer Acht“, kritisierte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Problematisch sei insbesondere, dass einige Aufgabenzuordnungen der geplanten Gendiagnostik-Kommission des Robert Koch-Instituts nicht nur weit in den ärztlichen Verantwortungsbereich hineinreichten, sondern auch die den Ländern übertragene Kompetenz für Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung betreffen. „Die Gendiagnostik-Kommission soll einen weitreichenden Richtlinienauftrag erhalten. Damit ignoriert das Gesetz die Richtlinienkompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung“, sagte Hoppe.

Darüber hinaus betrachtet die Ärzteschaft die Pflichtakkreditierung für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen mit Sorge. Der Ärztepräsident wies auf die bereits geltenden Vorschriften der Medizinprodukte-Betreiberverordnung im Allgemeinen und die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien im Besonderen hin. „Die engstirnige Haltung der Koalition in diesem Punkt ist uns nach wie vor unerklärlich. Mit der vorgesehenen Akkreditierung wird allenfalls eine Kostensteigerung bewirkt; ein Zuwachs an Qualität ist damit ganz bestimmt nicht zu erzielen“, so Hoppe. ■

## Sind Embryonen Menschen?

### Fragen zur pränatalen Diagnostik und Forschung am ungeborenen Leben



Defekte zu bekommen, Menschen mit Behinderung? Welche Heilungschancen eröffnen Versuche mit Stammzellen? Sind Embryonen Menschen? Das Buch „Designer-Baby“ stellt sich im interdisziplinären Diskurs diesen und vielen weiteren Fragen. Am Beispiel vorgeburtlichen Lebensschutzes wollten die Autorinnen und Autoren ergründen, welche Chancen und Risiken in Diagnostik und Forschung am ungeborenen Leben liegen, welche gesellschaftlichen Ziele hinter den Anstrengungen stehen und wie diese Ziele zu bewerten sind.

Die Ärztin Agnes Flöel zeigt in ihrem Beitrag unter anderem auf, dass die Bewertung der Pränatal- bzw. Präimplantationsdiagnostik entscheidend davon abhängt, ob eine befruchtete Eizelle außerhalb des Mutterleibs und der Embryo in der Gebärmutter schon als

menschliches Leben zu betrachten sind. Die Biologin Eva M. Neuhäus schlussfolgert, dass auch die Naturwissenschaften nicht eindeutig festlegen könnten, ob eine Ei- oder Stammzelle schon als Person definiert werden sollte. Die Biologie belege jedoch die „Willkür und den Pragmatismus mancher ethischer Abgrenzung“. Der Theologe und Philosoph Klaus von Stosch plädiert anschließend dafür, zunächst einmal anzunehmen, dass der befruchteten Eizelle sehr wohl Menschenwürde zukomme. Daraus würden dann weitreichende Folgen für In-Vitro-Fertilisation und Embryonenforschung, für Präimplantations- und Pränataldiagnostik resultieren. Dass Pränataldiagnostik in Deutschland erlaubt ist, wirft für den Rechtswissenschaftler Christoph Thole die Frage nach den Folgen von Beratungsfehlern auf. So könne eine Mutter

## Parlamentsentscheidung schürt Zweifel und Angst

### Montgomery kritisiert Gesetz zur Patientenverfügung

Dem vorab verfügbaren und schriftlich dokumentierten Patientenwillen wird künftig oberste Priorität eingeräumt – unabhängig von der Art und dem Stadium der Krankheit. Nach jahrelangen öffentlichen Diskussionen und zahlreichen Parlamentsdebatten haben die Bundestagsabgeordneten Mitte Juni darüber abgestimmt, Patientenverfügungen gesetzlich zu verankern. Die Mehrheit der Parlamentarier folgte dabei dem Gesetzentwurf, der von einer interfraktionellen Gruppe um den Abgeordneten Joachim Stünker (SPD) initiiert worden war. Abgelehnt wurden zwei Gesetzesent-

würfe aus dem Unionslager und der Antrag einer Gruppe um den Abgeordneten Hubert Hüppe (CDU/CSU), der sich gegen jede gesetzliche Neuregelung aussprach.

Nach dem Gesetz zur Patientenverfügung soll der Betreuer in Zukunft gemeinsam mit dem behandelnden Arzt den Willen des Patienten erörtern. Gerichte sollen nur in Konfliktfällen eingeschaltet werden. Wird eine Verfügung missachtet, gilt diese als Körperverletzung. Zudem darf niemand dazu gezwungen werden, eine Patientenverfügung zu verfassen.

Die Bundesärztekammer sieht die detaillierten gesetzlichen Regelungen nach wie vor mit großer Skepsis. „Mit diesem Konzept kann man die Menschen nicht überzeugen, die aus Angst, Zweifel oder Zaudern bisher keine Patientenverfügung erlassen haben. Diese werden durch die apodiktische Formularlösung des neuen Gesetzes eher von Festlegung abgeschreckt“, erklärte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, nach der Abstimmung im Parlament. Damit verkehre sich der Zweck des Gesetzes in sein Gegenteil. Es werde künftig nicht *mehr* Patientenver-



fügungen geben, sondern *weniger*. „Statt Rechtssicherheit zu schaffen – die es bereits gab – werden Zweifel und Angst geschürt. Den Ärzten und Patienten ist damit ein Bärendienst erwiesen“, monierte Montgomery. ■

## Dreitägige Bedenkzeit vor Spätabbruch

### Bundestag beschließt Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

auch bei einer unzutreffenden Pränataldiagnostik vom Arzt Schadenersatz bzw. Unterhalt für das Kind verlangen. Ein Kind jedoch, das mit einer Behinderung zur Welt kommt, habe nach heutigem Stand keinen eigenen Anspruch auf Schadenersatz. Aufgrund der im Bereich der Biotechnologie zahlreichen gesellschaftlich bedeutenden Fragen, die bislang unbeantwortet sind, analysiert der Ingenieur *Martin F.-X. Wagner* abschließend das Verhältnis von Technik und Gesellschaft im Ganzen. ■

Bernd J. Hartmann (u.a.)

#### Designer-Baby

Diagnostik und Forschung am ungeborenen Leben  
Schöningh Verlag, Paderborn 2009  
115 Seiten, 22,90 Euro  
ISBN 978-3-506-76694-6  
[www.schoeningh.de](http://www.schoeningh.de)

Ärzte sind künftig zur Beratung über medizinische und psychosoziale Aspekte einer Spätabtreibung verpflichtet. Der Bundestag hat sich – nach einer kontroversen Debatte quer durch alle Fraktionen – Mitte Mai auf eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes geeinigt; der Bundesrat hat im Juni zugestimmt. Damit werden Abbrüche aufgrund medizinischer Indikation neu geregelt. Die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hatten bereits im Dezember 2006 den Parlamentariern einen detaillierten Vorschlag unterbreitet, um das Schwangerschaftsabbruchrecht aus medizinischer Indikation zu ergänzen.

Bei der Abstimmung im Bundestag sprach sich die Mehrheit der Abgeordneten für einen fraktionsübergreifenden Gruppenantrag aus, der die Gesetzesentwürfe der Abgeordneten Johannes Singhammer (CDU/CSU), Ina Lenke (FDP), Kerstin

Griese (SPD) und Katrin Göring-Eckhardt (Grüne) vereinigte. Der gemeinsame Gesetzesentwurf verpflichtet den Arzt dazu, Schwangere nach der Diagnose einer Krankheit oder mutmaßlichen Behinderung ihres Kindes ergebnisoffen zu beraten und an eine psychosoziale Beratung zu vermitteln. Darüber hinaus wird eine mindestens dreitägige Bedenkzeit, nachdem die Diagnose gestellt wurde, bis zum etwaigen Schwangerschaftsabbruch eingeführt. Beides lehnte die Gruppe um die Bundestagsabgeordnete Christel Humme ab. Sie hatte lediglich gefordert, eine „ausreichende Bedenkzeit“ sowie eine Verbesserung der Beratung gesetzlich festzuschreiben.

„Die Entscheidung für eine ärztliche Beratungspflicht auch im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft und eine dreitägige Bedenkzeit nach Stellung der Diagnose bis zur etwaigen Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs entspricht langjährigen Forde-

rungen der Ärzteschaft“, begrüßte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe den Beschluss des Parlaments. Damit sei endlich ein Regelungsdefizit beseitigt, das durch die Reform des Schwangerschaftsabbruchs im Jahre 1995 entstanden sei.

Die sogenannte embryopathische Indikation war damals zwar gestrichen worden, die einen Abbruch bei schwerer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Kindes für eine Erkrankung ermöglichte. Indirekt fand diese jedoch wieder Eingang in das Schwangerschaftsabbruchrecht, indem die medizinische Indikation neu gefasst wurde. Zugleich entfielen die bis dahin gültige Grenze für die Tötung des Ungeborenen nach der 22. Schwangerschaftswoche, die ärztliche Beratungspflicht, die dreitägige Frist zwischen Beratung und des Abbruchs sowie die differenzierte statistische Erfassung der Spätabtreibung. ■

## Herausragende Verdienste für die Ärzteschaft

### 112. Deutsche Ärztetag verlieh Paracelsus-Medaille



Prof. Dr. Fritz Kümmerle, Prof. Dr. Dr. Theodor Hellbrügge, Prof. Dr. Rolf Bialas, Prof. Dr. Ernst Rebentisch und BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (v.l.n.r.)

Für ihr außergewöhnliches Engagement für die ärztliche Selbstverwaltung und das deutsche Gesundheitswesen ehrte der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz Prof. Dr. Fritz Kümmerle, Prof. Dr. Dr. Theodor Hellbrügge, Prof. Dr. Rolf Bialas und Prof. Dr. Ernst Rebentisch mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Der Vorstand der Bundesärztekammer ehrte Fritz Kümmerle als einen „Vorreiter der Herzchirurgie“, der Maßstäbe in diesem Fach

gesetzt und früh das Potential der Herz-Lungen-Maschine erkannt habe. Als langjähriger Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik in Freiburg trage er einen großen Anteil an der Weiterentwicklung der Viszeralchirurgie und endokrinologischen Chirurgie. Zudem sei unter seiner Leitung am Mainzer Universitätsklinikum eine der ersten chirurgischen Intensivstationen Deutschlands entstanden und habe er die Herzchirurgie in

Mainz begründet. Stets habe er sich dabei als „Anwalt seiner Patienten“ verstanden.

Als Inhaber des ersten Lehrstuhls für Sozialpädiatrie zählt Theodor Hellbrügge zu den „Pionieren dieses Fachgebiets“. Mehr als 200 sozialpädiatrische Zentren im In- und Ausland seien nach dem Vorbild des von ihm gegründeten Kinderzentrums München aufgebaut worden. Die Ärzteschaft würdigte ausdrücklich seinen Einsatz für die Frühdiagnostik sowie die interdisziplinäre Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern. Ihm sei zu verdanken, dass unzählige Kinder vor lebenslangen Einschränkungen bewahrt oder das Ausmaß von Behinderungen gemildert wurden. Beeinflusst von Maria Montessori habe er zudem der Heilpädagogik neue Impulse gegeben. Sein Augenmerk habe er dabei auf die Frühförderung von Säuglingen sowie die gemeinsame Erziehung von behinderten und nicht-behinderten Kindern in Kindergärten und Schulen gelegt.

Mit seinem Engagement vor allem für die Hamburger Landespolitik hat sich Rolf Bialas die Anerkennung der Ärzteschaft erworben. Während seiner achtjährigen Amtszeit als Präsident der Ärztekammer Hamburg habe er mit Nachdruck die Gründung der Fortbildungsakademie der Ärztekammer, die Stärkung der Geriatrie sowie das Methadonprogramm in Hamburg unterstützt. Der Internist habe sich nicht gescheut, „auch Tabuthemen anzugehen und sich für Menschen am Rande der Gesellschaft einzusetzen“. Ein besonderes Anliegen sei ihm außerdem die Alterssicherung der Ärzte gewesen. So habe er sich maßgeblich für den Aufbau des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg eingesetzt und als Vorsit-

zender des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen fungiert.

Als Generaloberstabsarzt und Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens hat Ernst Rebentisch die Bundeswehr nachhaltig geprägt, in dem er eine neue Struktur für das Sanitätswesen konzipierte. Als Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin und deren erster Präsident habe er sich für eine enge Zusammenarbeit des militärischen Sanitätswesens und ziviler Einrichtungen eingesetzt, um die medizinische Versorgung und Sicherheit der Bevölkerung im Katastrophenfall sicherzustellen. Zudem habe er viele Jahre den Ausschuss „Katastrophenmedizin“ der Bundesärztekammer geleitet und sei Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat gewesen. ■

### Impressum

**BÄK intern**  
Informationsdienst der  
Bundesärztekammer

**Redaktion:**  
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),  
Hans-Jörg Freese,  
Johanna Braun

**Redaktionsanschrift:**  
Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Tel. (030) 40 04 56-700  
Fax (030) 40 04 56-707  
E-Mail: presse@baek.de  
Internet: www.baek.de

**Druck:**  
Druckerei Braul,  
Pankstraße 8–10, 13127 Berlin

**Satz und Layout:**  
da vinci design GmbH,  
Albrechtstraße 13, 10117 Berlin

**Redaktionsschluss:**  
26.06.2009

### Hoppe bleibt Kammer-Präsident in Nordrhein



Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ist für weitere fünf Jahre zum Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein gewählt worden. Der Pathologe führt die Ärztekammer seit 1993. Neuer Vizepräsident wurde der Allgemeinarzt Bernd Zimmer aus Wuppertal. ■

### Jonitz zum neuen APS-Vorsitzenden gewählt



Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, ist zum neuen Vorsitzenden des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) am 8. Mai 2009 in Bonn gewählt worden. Neue stellvertretende Vorsitzende wurde Hedwig François-Kettner, Pflegedirektorin der Charité. ■