

Tabakreklame endlich verbieten!

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein befasste sich bei ihrer Sitzung am 18. März in Düsseldorf mit aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themen, der Arzneimitteltherapiesicherheit bei geriatrischen Patienten und der Vorbereitung der Novelle der (Muster-) Weiterbildungsordnung.

von Horst Schumacher



Foto: Jochen Rolfes

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat den Deutschen Bundestag aufgefordert, endlich ein Tabakwerbeverbot einzuführen. Außerdem sollen der Gesetzgeber und die zuständigen Selbstverwaltungsgremien die Ausbildung von Konzernstrukturen in der ambulanten Versorgung begrenzen, so ein weiterer Beschluss der Kammerversammlung. Darüber hinaus sprachen sich die Delegierten gegen eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an den Krankenhausinvestitionen aus. Würden die Kassen in die Investitionsfinanzierung eingebunden, so erhielten sie einen unangemessenen Einfluss auf die Planung, so die Auffassung der Ärztekammer Nordrhein. Die Kammerversammlung sprach sich für das duale Krankenversicherungssystem aus und forderte alle politischen Kräfte auf, der Einheitsversicherung eine Absage zu erteilen. Darüber hinaus soll wissenschaftlich untersucht werden, wie viel Zeit Ärzte und Apotheker für Gespräche und Diskussionen aufwenden müssen, die von Rabattverträgen ausgehen.

Werbung für Tabakerzeugnisse ist seit 2003 durch eine EU-Richtlinie im Internet sowie in Zeitungen und Zeitschriften verboten. Alle Mitgliedsstaaten außer Deutschland haben mittlerweile Gesetze eingeführt, welche die Tabakwerbung sowie Sponsoring deutlich umfassender verbieten. Das Bundeskabinett hat längst eine Regelung beschlossen, nach der Tabakwerbung auf Plakaten und Litfaßsäulen verboten und im Kino nur noch vor Filmen für über 18-Jährige erlaubt sein soll. Eine Beschlussfassung im Deutschen Bundestag steht jedoch aus. „Der Gesetzentwurf der Bundesregierung muss noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden“, heißt es in einem Beschluss der Kammerversammlung, „jährlich 120.000 vorzeitige Todesfälle durch Tabak mahnen uns dringend zum Handeln!“ Das Argument von Tabakindustrie und Werbewirtschaft, nach dem für ein legales Produkt wie Tabak auch geworben werden dürfe, überzeuge ihn jedenfalls nicht, sagte Kammerpräsident Rudolf Henke in seiner Rede zu aktuellen Themen der Berufs- und Gesundheitspolitik.

Nach seinen Worten drängt in diesem Jahr der Bundestagswahl ein gesundheitspolitisches Thema wieder mit Macht auf die Agenda, das sich mit dem Koalitionsvertrag des Jahres 2013 für die laufende Legislaturperiode erledigt hatte. „Ich meine die Einheitsversicherung, von ihren Befürwortern Bürgerversicherung genannt. Sie soll nun zwar nicht mehr auf einen Schlag mit der Brechstange eingeführt werden, weil das auch verfassungsrechtlich äußerst problematisch wäre. Doch es mangelt keineswegs an politischer Phantasie, wie die Private Krankenversicherung auf mittlere Sicht ausgetrocknet und das bewährte Zwei-Säulen-Modell in ein Einheitssystem überführt werden könnte.“

So sei zum Beispiel an eine einheitliche Gebührenordnung gedacht, die an die Stelle von EBM und GOÄ treten soll – wobei eine Anpassung der GOÄ an den EBM wahrscheinlicher sei als umgekehrt. Eine

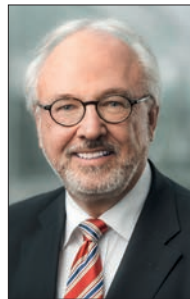
Einheitsversicherung würde nach Henkes Überzeugung zu Qualitätsverlusten in der Versorgung führen, wäre doch die GKV dann alternativlos und ohne Korrektiv. Mit der schrittweisen Abschaffung des dualen Systems würden auch die verbliebenen Freiheitsgrade im Gesundheitswesen beschnitten.

Mit Blick auf die Landtagswahlen haben die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe gemeinsame Wahlprüfsteine verabschiedet, wie Henke berichtete. Darin fordern die Kammern eine Ausrichtung des Gesundheitswesens an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und eben nicht an ökonomischen und marktwirtschaftlichen Interessen. „Patientenversorgung ist kein industrieller Fertigungsprozess. Ärztliche Zuwendung ist nicht rationalisierbar“ heißt es in dem Papier. Die Kammern fordern darin auch eine politische Kultur des Vertrauens, der Wertschätzung und Anerkennung für das, was Ärztinnen und Ärzte und die Angehörigen der anderen Gesundheitsfachberufe für die Patienten leisten.

Auch eine ausreichende Investitionsfinanzierung des Landes für die Krankenhäuser gehört zum Forderungskatalog der Kammern. „Allerdings ist uns keineswegs gleichgültig, woher das Geld kommt“, sagte Kammerpräsident Rudolf Henke, „jetzt tauchen im Vorfeld der Landtagswahl einige Finanzierungsideen auf, von denen wir gespannt beobachten werden, was nach der Wahl daraus wird. Eines aber ist aus unserer Sicht bei allen Plänen zu beachten: Krankenhausversorgung ist Daseinsvorsorge.“ Die Sicherstellung liege aus diesem guten Grund in den Händen des Staates. „Dessen Planungsverantwortung und die Finanzierungsverantwortung gehören untrennbar zusammen“, sagte Henke, „würden dagegen die Krankenkassen in die Investitionsfinanzierung eingebunden, erhielten sie einen unangemessen starken Einfluss auf die Planung. Das lehnen wir ab.“

Ebenfalls gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat die rheinische Kammer ein Positionspapier zur Digitalisierung im Gesundheitswesen erarbeitet. Telematik und Telemedizin, so ist darin festgehalten, müssen einer besseren Patientenversorgung und optimierten Versorgungsprozessen dienen. „Ich glaube, beim Thema Digitalisierung des Gesundheitswesens ist jetzt mehr denn je Mitgestaltung angesagt“, sagte Kammerpräsident Rudolf Henke, „sonst werden wir uns irgendwann verwundert die Augen reiben und feststellen, dass uns die Entwicklung überrollt hat und unser ärztliches Denken in der neuen Welt nur noch verdünnt vorkommt. Dabei brauchen die Patienten unsere Expertise und unsere menschliche Zuwendung im digitalen Zeitalter mehr denn je, um nicht von der ungeheuren Informationsflut überrollt zu werden.“ Die Patienten können nach Henkes Überzeugung von dem explodierenden Wissen profitieren – aber eben nicht unmittelbar, sondern nur vermittelt durch Ärztinnen und Ärzte, die es gelernt haben, zum Beispiel medizinische Datenbanken sinnvoll zu nutzen.

Mit einer problematischen neuen Entwicklung in der ambulanten Versorgung hat sich der Vorstandsausschuss „Ärztliche Tätigkeitsfelder“ befasst, wie der Kammerpräsident berichtete. Nicht mehr nur im Labor, sondern auch in der Dialyse, der Radiologie und der Augenheilkunde bildeten sich – bisher öffentlich weitgehend unbeachtet – konzernartige Strukturen heraus. Diese seien mit ihrer Finanzkraft in einigen Regionen bei der Übernahme von Vertragsarztsitzen dermaßen dominant, dass einzelne Interessenten kaum mehr die Chance hätten, sich vertragsärztlich niederzulassen. „Auch stellt sich die Frage, inwieweit die Wahlfreiheit der Patienten beeinträchtigt ist, wenn es in der Region nur noch einen Anbieter gibt“, sagte Henke, „ich glaube, dass wir diese Entwicklung kritisch zu hinterfragen haben, ist doch die persönlich geprägte ambulante Versorgung nach wie vor unser Leitbild.“



Patientenversorgung ist kein industrieller Fertigungsprozess, ärztliche Zuwendung ist nicht rationalisierbar.

Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein Foto: Jochen Rolfes

Für den ärztlichen Dienst in den Krankenhäusern forderte der Kammerpräsident eine Mindestpersonalregelung, wie sie für die Pflege in besonders pflegeintensiven Bereichen, Intensivstationen und für den Nachtdienst ab 2019 kommen soll. „Solche Personaluntergrenzen brauchen wir auch im ärztlichen Dienst, denn die Stellenpläne sind vielfach auf Kante genäht, mehrere Tausend Arztstellen sind unbesetzt. Zusätzliche Belastungen drohen durch ein überbürokratisches Entlassmanagement. Den Kolleginnen und Kollegen fehlt einfach die Zeit für eine individuelle Patientenversorgung, für eine strukturierte Weiterbildung und für eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf. Das dürfen Politik und Krankenhäuser nicht länger ignorieren!“, sagte Henke.



Sitzungsleiter während der Diskussion und der Abstimmungen zur berufs- und gesundheitspolitischen Lage.

Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein Foto: Jochen Rolfes

Nach seinen Worten gerät die ärztliche Selbstverwaltung auf EU-Ebene immer wieder unter Rechtfertigungsdruck, obwohl der Lissabon-Vertrag den einzelnen Staaten die Kompetenz für Gesundheitspolitik zuschreibt. Jüngstes Beispiel sei das sogenannte Dienstleistungspaket, das die Europäische Kommission kürzlich im Rahmen ihrer sogenannten Binnenmarktstrategie vorgelegt hat. Danach sollen die Mitgliedsstaaten verpflichtet werden, neue oder zu ändernde Berufsvorschriften noch vor dem Erlass daraufhin zu prüfen, ob sie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Wettbewerb gerechtfertigt, notwendig und verhältnismäßig sind.

Davon betroffen wäre auch die Rechtsetzung durch die Heilberufskammern. „Für uns wehren sich die Bundesärztekammer und der Verband der Freien Berufe entschieden gegen diesen Richtlinienvorschlag der EU-Kommission zur Verhältnismäßigkeitsprüfung“, sagte Henke, „er verstößt unseres Erachtens gegen das Subsidiaritätsprinzip und missachtet den Gestaltungsspielraum der Mitgliedsstaaten in der Gesundheitspolitik. Erhebliche Mehrkosten und Verzögerungen etwa bei der Umsetzung berufsrechtlicher Regelungen sind zu befürchten.“

Konzernähnliche Strukturen

In der Diskussion über den berufs- und gesundheitspolitischen Bericht des Präsidenten berichtete Dr. Sabine Marten (Düsseldorf), dass ein Unternehmen inzwischen fast alle nephrologischen Sitze in Düsseldorf aufgekauft hat, darüber hinaus auch Sitze in der Umgebung. Gegenüber konzernähnlichen Strukturen seien die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht mehr konkurrenzfähig. „Ohne sehr rasche Änderungen wird die niedergelassene Versorgung in einigen Fachrichtungen und Regionen praktisch ausschließlich in der Hand einzelner großer Gesellschaften und Konzerne sein“, warnte Marten.

Nach Angaben von Dr. Sven Dreyer (Düsseldorf) gibt es in der Landeshauptstadt nur noch zwei unabhängige nephrologische Praxen: „Das ist die völlig falsche Richtung. Wir haben schon im Krankenhaussektor nicht nur positive Erfahrungen mit privaten Trägern gemacht“, sagte Dreyer. Auch PD Dr. Johannes Kruppenbacher (Bonn) sprach sich gegen eine „Industrialisierung der Medizin“ aus. Als Laborarzt mache er jedoch die Erfahrung, dass die Kolleginnen und Kollegen das finanzielle Risiko der Nachfolge in seiner Praxis angesichts schwankender Vergütungen scheuen. „Die großen Industrien können das Risiko leicht eingehen“, sagte Kruppenbacher, „für die Kollegen müssen wir Strukturen schaffen, die eine Übernahme in Eigenständigkeit wieder ermöglichen.“

In ihrer Nachbarstadt seien die beiden radiologischen Sitze aufgekauft worden „mit dem Ergebnis, dass es zurzeit überhaupt keine radiologische Versorgung mehr in dieser kleinen Stadt gibt“, sagte Barbara vom

Stein (Burscheid). Der Stadt sei mittlerweile nur noch ein halber Sitz zugeordnet, aber de facto finde keine Tätigkeit mehr statt. „So sieht medizinische Versorgung im ländlichen Bereich aus, wenn eine Konzernbildung stattfindet“, sagte vom Stein. Gleichzeitig würden auch orthopädische und chirurgische Sitze aufgekauft „mit dem Ziel, die radiologischen Institute mit Zulieferern zu bestücken“.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens werde die ärztliche Versorgung nicht unbedingt verbessern, sondern im Gegenteil substituieren, befürchtet Wieland Dietrich (Essen). Nach seiner Überzeugung ist die Digitalisierung ein „Scheinriese“, der wesentliche Treiber für den „Hype“ um die Digitalisierung seien lukrative Geschäftsaussichten für die IT-Branche. In den Aufbau der Telematik-Infrastruktur seien inzwischen „viele Milliarden versenkt worden“, ohne dass ein Nutzen für die Patienten erkennbar sei. Dr. Christiane Groß (Wuppertal) hält es für eine ärztliche Aufgabe, die Kompetenz der Patientinnen und Patienten im Umgang mit Gesundheits-Apps zu stärken. „Wir müssen uns darum bemühen, dass sie erkennen, welche Apps sinnvoll sind und welche nicht – weil sie zum Beispiel einem Geschäftsmodell dienen, von denen eine Versicherung profitieren will.“

Arzneimitteltherapie im Alter

Über Arzneimitteltherapie bei geriatrischen Patienten und insbesondere die Polypharmazie in Altenheimen referierte Professor Dr. Petra A. Thürmann, Direktorin des Philipp Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am Helios Klinikum Wuppertal und Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke. Nach ihren Worten erleiden alte Menschen mehr unerwünschte Arzneimittelereignisse als jüngere Menschen. Was der Patient wirklich einnimmt, sei häufig eine „Black Box“ – sind doch unterschiedliche Verordner im Spiel. Selbst dem Hausarzt fehle nicht selten der komplette Überblick. Hinzu kommen Selbstmedikation und Informationsverluste bei Krankenhauseinweisungen und -entlassungen. Polypharmazie ist nach Thürmanns Worten assoziiert mit einem erhöhten Sturzrisiko, einem erhöhten Risiko für Krankenhausaufnahmen und einem erhöhten Sterberisiko. Darüber hinaus droht ein Verlust an physischen und kognitiven Funktionen und



Professionelle Intervention führt zu einer signifikanten Reduktion unerwünschter Arzneimittelereignisse.

Professor Dr. Petra Thürmann, Direktorin des Philipp Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am Helios Klinikum Wuppertal und Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke
Foto: Mutzberg

eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Verringern lassen sich die Risiken, die von Polypharmazie ausgehen, durch den Medikationsplan, davon ist Thürmann überzeugt. Seit Oktober 2016 haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf einen solchen Plan, wenn sie mindestens drei systemisch wirkende Arzneimittel über mindestens 28 Tage einnehmen. In einem Modellprojekt in der Region Erfurt hat Thürmann den Medikationsplan auf Akzeptanz und Praktikabilität untersucht. Dazu wurden 150 Patienten einbezogen, die vor einer Krankenhauseinweisung oder vor der Entlassung aus der Klinik standen. Im Ergebnis äußerten die Patienten durchweg eine hohe Meinung vom Medikationsplan, während die Ärzte von der Kommunikation über die Sektorengrenzen hinweg besonders angetan waren. Weitere Fortschritte erhofft sich Thürmann, wenn der Medikationsplan – wie im sogenannten E-Health-Gesetz vorgesehen – ab 2018 auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden kann.

Bei Menschen, die in Pflegeheimen leben, ist das Risiko von unerwünschten Arzneimittelereignissen besonders hoch. Eine Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hat rund 13 solcher Ereignisse pro 100 Heimbewohner in einem Monat gezählt. Rund 60 Prozent davon sind nach Thürmanns Worten „theoretisch vermeidbar“, darunter auch Todesfälle. Besonders problematisch seien Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika und Diuretika.

In Modellprojekten in Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern ist Thürmann der Frage nachgegangen, wie sich die Häufigkeit von unerwünschten Arzneimittelereignissen reduzieren lässt. Erfolgversprechend sind zum Beispiel Fortbildungen für die verordnenden Ärzte, die heimversorgenden Apotheker und das Pflegepersonal. Außerdem arbeiteten in jedem der beteiligten Heime nach der Fortbildung spezielle Pflegefachkräfte und die betreuenden Apotheker gemeinsam in sogenannten Arzneimitteltherapiesicherheits-Teams eng zusammen. Eine Aufgabe dieser Teams war es, arzneimittelbezogene Probleme zu erkennen und mögliche Lösungen zu erarbeiten. Diese wurden dann mit den behandelnden Ärzten besprochen. Im Ergebnis zeigte sich, dass die interprofessionelle Intervention zu einer signifikanten Reduktion vermeidbarer Nebenwirkungen führt (*weitere Informationen zu den Projekten sind im Internet verfügbar: www.amts-ampel.de*).

Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Zur Vorbereitung auf die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), die ein Thema beim 120. Deutschen Ärztetag (23. Mai bis 26. Mai in Freiburg) sein wird, referierte der Vorsitzende der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Franz Bartmann. Nach seinen Worten ist die Kompetenzbasierung

Johannes Weyer-Medaille für Professor Dr. Elisabeth Borsch-Galetke



Bei der Kammerversammlung überreichte Kammerpräsident Rudolf Henke der Essener Arbeitsmedizinerin Professor Dr. Elisabeth Borsch-Galetke die Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft. Foto: Jochen Rolfes

Die Essener Arbeitsmedizinerin Professor Dr. Elisabeth Borsch-Galetke ist bei der Kammerversammlung für ihr langjähriges ehrenamtliches Engagement für die ärztliche Selbstverwaltung in Nordrhein mit der Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft ausgezeichnet worden. Die ehemalige Direktorin des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf richtet seit mehr als 20 Jahren für die Ärztekammer Nordrhein die Kolloquien „Arbeitsmedizin“ aus. Darüber hinaus war Frau Professor Borsch-Galetke Mitglied der Redaktionsgruppe des (Muster-)Kursbuchs Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin der Bundesärztekammer. Seit ebenfalls zwanzig Jahren ist sie ehrenamtliche Referentin und Kursleiterin der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung für die Weiterbildungskurse zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin. In diesem Jahr wird sie den letzten Arbeitsmedizinischen Kurs mit 360 Lehr-einheiten organisieren. Frau Professor Borsch-Galetke war im Dezember 2006 vom Vorstand der Ärztekammer Nordrhein als Vorsitzende des Beirates der Fachkundigen Stelle „Unternehmermodell-Arztpraxen“ berufen worden, Ende vorigen Jahres beendete sie diese Tätigkeit. Zehn Jahre lang hat sie die Fachkundige Stelle mit

großem Engagement und großer Kompetenz fachlich beraten und damit einen relevanten Beitrag zum Gelingen des Modells geleistet. Frau Professor Borsch-Galetke war zudem Prüferin der Ärztekammer Nordrhein für das Gebiet Arbeitsmedizin und die Bereiche Betriebsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin. Für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat sie an zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten mitgewirkt und dazu beigetragen, den Wert einer umweltmedizinischen Anamnese in der Vertragsarztpraxis deutlich zu machen. Darüber hinaus hatte sie einen großen Anteil an der Erstellung des Leitfadens „Umweltmedizin“ für die Vertragsarztpraxis. Darüber hinaus hat sich Frau Professor Borsch-Galetke in zahlreichen weiteren Gremien ehrenamtlich engagiert, zum Beispiel in Ausschüssen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), im wissenschaftlichen Beirat des Berufsgenossenschaftlichen Instituts für Arbeitsmedizin (BGFA), im Beirat der Rheinisch-Westfälischen Vereinigung für Lungen- und Bronchialheilkunde, im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e.V., im Kuratorium und der Ethikkommission des Instituts für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund sowie im Deutschen Institut für Normung e.V. **RA**



Die künftige, kompetenzorientierte Weiterbildungsordnung ist am Ergebnis interessiert und weniger an der Erfüllung von gelisteten Inhalten in definierten Zeiträumen.

Dr. Franz Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Foto: Jochen Rolfes

ein wesentliches Merkmal der neuen MWBO. Die bisherige Weiterbildungsordnung zielt auf die Erfüllung von gelisteten Inhalten („Spiegelstriche“) in definierten Zeiträumen. Die künftige, kompetenzorientierte MWBO sei am Ergebnis interessiert. Es zähle nicht allein „wie oft“ die in Weiterbildung befindlichen Kollegen etwas gemacht haben, sondern auch die Frage: „Wie habe ich etwas gemacht?“ Die neue Gesamtsystematik erfordere eine Neugestaltung der Weiterbildungszeiten. Darüber hinaus sollen berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen werden, um der „rasanten Weiterentwicklung in der Medizin“ gerecht zu werden, wie Bartmann sagte.

Nicht zuletzt ist eine nachvollziehbare elektronische Dokumentation der Weiterbildung geplant, nach Bartmanns Worten das „Rückgrat“ der Novelle. „Wir brauchen eine exakte Dokumentation dessen, was im Ver-

lauf der Weiterbildung tatsächlich stattgefunden hat, vergleichbar einem fälschungssicheren Fahrtenbuch“, sagte er. Die Weiterbildungsbefugten, die den in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen künftig in dem sogenannten elektronischen Logbuch die Kompetenz bescheinigen, müssten sich künftig mehr denn je ihrer Verantwortung bewusst sein, betonte Bartmann. Wichtig würden daher Fortbildungen für die potenziellen Befugten, in denen ihnen vor Befugniserteilung bewusst gemacht wird, welche Verantwortung sie im Gefüge von landes- und kammerrechtlichen Regeln übernehmen.

Wesentliche Ziele der neuen Weiterbildungsordnung sind nach Bartmanns Worten auch eine bessere Vernetzung aller an der Weiterbildung Beteiligten, die papierlose Bearbeitung und eine Erleichterung des Kammerwechsels. Perspektivisch sollen bundeseinheitliche Rahmenkriterien für die Befugniserteilung entwickelt werden. Auch „arztprägende Haltungen“, sollen in die neue MWBO einfließen. Gemeint sind damit die verschiedenen ärztlichen Rollen zum Beispiel als „Kommunikator“, „Sachkundiger Mediziner“ oder „Teamplayer“. Den Abschluss des Reformprozesses, der im Jahr 2012 begann, peilt Franz Bartmann für das Jahr 2019 an. In diesem Jahr in Freiburg werde dem Ärztetag der Teil B mit den Inhalten und den Kopfteilen vorgelegt, wobei die Inhalte in einer gewissen Abhängigkeit von den später noch zu bearbeitenden Zusatzweiterbildungen stehen. **RA**

Kammervorstand: Groß kommt, Köhne und König gehen



Dr. Christiane Groß

Die Kammerversammlung hat die Fachärztin für Allgemeinmedizin und ärztliche Psychotherapeutin Dr. Christiane Groß aus Wuppertal zur neuen Beisitzerin im Kammervorstand gewählt. Die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes hatte bereits von 2005 bis 2014 im Kammervorstand gearbeitet. Eine Ergänzungswahl war nötig geworden, weil der Co-Vorsitzende der



Dr. Christian Köhne

Fraktion Marburger Bund, der Anästhesist Dr. Christian Köhne (Würselen) und der Allgemeinmediziner Dr. Carsten König (Düsseldorf) aus dem Vorstand zurückgetreten waren – Köhne wegen einer beruflichen Veränderung mit Ortswechsel und König wegen seiner Wahl zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Kassennärztlichen Vereinigung Nordrhein. Deswegen wäre ein



Dr. Carsten König

Fotos: Jochen Rolfes

Rücktritt aus dem Kammervorstand formal zwar nicht erforderlich gewesen, doch König hält dies „für eine Frage des Taktes“. Präsident und Kammerversammlung dankten Christian Köhne und Carsten König für ihre engagierte Arbeit im Vorstand. Einer der insgesamt 16 Beisitzerpositionen bleibt vakant, weil drei Wahlgänge in der Kammerversammlung ergebnislos blieben. **RhÄ**

Entschließungen der Kammerversammlung

Am dualen Krankenversicherungssystem festhalten – Einheitsversicherung führt zu Qualitätsverlust des deutschen Gesundheitssystems

Die Kammerversammlung fordert alle politischen Kräfte auf, am dualen System der Krankenversicherung festzuhalten und der Einheitsversicherung eine Absage zu erteilen. Deutschland verfügt über eine im internationalen Vergleich hervorragende Gesundheitsversorgung. Ein wesentlicher Grund ist die Dualität von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV).

Die PKV leistet einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität, weil sie es Ärztinnen und Ärzten regelmäßig schneller ermöglicht, Innovationen den Patienten in der Versorgung als Versicherungsleistung zur Verfügung zu stellen. Nur in einer dualen Ordnung ist es möglich, die Leistungen der beiden unterschiedlichen Systeme miteinander zu vergleichen. Das wirkt als Bremse für Leistungseinschränkungen in der GKV. Darüber hinaus wären Investitionen in eine moderne, am wissenschaftlichen Fortschritt orientierte Medizin in Praxen und Krankenhäusern ohne die PKV-Einnahmen vielfach nicht möglich. Nicht zuletzt kommt die aus Privateinnahmen finanzierte Ausstattung beispielsweise mit modernsten Geräten auch GKV-Versicherten zugute.

Die Vorschläge der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Weg in die Bürgerversicherung und das Szenario der Bertelsmann-Studie zu einer Krankenversicherungspflicht für Beamte sind, jenseits erheblicher verfassungsrechtlicher und beamtenrechtlicher Bedenken, zur Lösung der zukünftigen finanziellen Probleme unseres Gesundheitswesens nicht geeignet. Die Vorschläge würden in ihrer Konsequenz das hohe Versorgungsniveau verschlechtern und das deutsche Krankenversicherungssystem unsolidarischer und ungerechter machen.

Krankenhausinvestitionsfinanzierung

Die Kammerversammlung begrüßt es, dass im Vorfeld der Landtagswahl die politischen Parteien ankündigen, die Krankenhaus-Investitionsmittel nach der Landtagswahl deutlich zu erhöhen, nachdem die aktuelle Landesregierung dies wie alle Vorgängerregierungen bisher unterlassen hat. Soweit allerdings angekündigt wird, die

Investitionslücke durch eine finanzielle Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen schließen zu wollen, weist die Kammerversammlung dies entschieden zurück.

Die Aufgabe der Krankenkassen liegt in der angemessenen Vergütung der in den Krankenhäusern erbrachten Behandlungen. Krankenhausinvestitionsfinanzierung und Krankenhausplanung liegen hingegen aus gutem Grund in der Verantwortung der Bundesländer.

In Nordrhein-Westfalen hat die Landesregierung dabei einvernehmliche Regelungen mit den Beteiligten im Landesausschuss für Krankenhausplanung anzustreben. Dazu gehören u.a. die Krankenhausgesellschaft, die gesetzlichen Krankenkassen und die Ärztekammern. Ein darüber hinausgehendes, durch eine Mitfinanzierung begründetes, privilegiertes Mitspracherecht der Krankenkassen ist abzulehnen.

Vielmehr muss Nordrhein-Westfalen seinen gesetzlich vorgegebenen Investitionsverpflichtungen aus eigenen Mitteln nachkommen. Dabei ist zu betonen, dass es sich nicht um „zusätzliche“ Mittel handelt, sondern um die Erfüllung einer gesetzlich vorgegebenen Finanzierungsverantwortung.

Eine Vergabe dieser Mittel nach politischen Kriterien ist abzulehnen. Stattdessen muss es allen bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ermöglicht werden, ihre Substanz zu erhalten und die notwendigen Investitionen z.B. in den Bereichen Hygiene und IT-Sicherheit zu tätigen, ohne dafür Mittel aus der Patientenversorgung abzweigen zu müssen. Gerade dort, wo das Land in der Krankenhausplanung qualitätsorientierte Vorgaben macht, muss das mit einer diese Qualität ermöglichenden Investitionsfinanzierung verbunden sein.

Konzernbildung in der ambulanten Versorgung

Die Kammerversammlung sieht mit Sorge, dass sich in immer mehr Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung konzernartige Strukturen ausbilden, oft in der Hand renditeorientierter Unternehmen.

Regional kann dabei die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten eingeschränkt werden oder sogar verloren gehen. Für junge Ärztinnen und Ärzte wird es in diesen Regionen zunehmend schwerer oder unmöglich, sich in eigener Praxis niederzulassen, da die begrenzten Sitze im Unternehmen verbleiben.

Ein Ausscheiden durch Ruhestand im ursprünglichen Sinn unterbleibt.

Die Kammerversammlung fordert den Gesetzgeber und die zuständigen Institutionen der Selbstverwaltung auf, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten und im Interesse der Patientinnen und Patienten den freiberuflichen Charakter der ambulanten Versorgung, auch in eigener Praxis, zu erhalten. Dazu fordert die Kammerversammlung, die Größe solcher Strukturen zu begrenzen. Die Kammerversammlung fordert außerdem, die Regelungen für die Zulassung zu überprüfen und so anzupassen, dass die Zulassungsausschüsse ihre Entscheidungen an den Erfordernissen einer guten regionalen Versorgung ausrichten können, bei der eine Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten in einem Zulassungsbezirk sicher gewahrt bleibt. Diese Maßnahmen sind dadurch zu ergänzen, dass ärztliche Kooperationsmodelle konsequent gefördert werden, bei denen selbstständig tätige und angestellte Ärztinnen und Ärzte gemeinsam in Zusammenschlüssen überschaubarer Größe eine freiberuflich geprägte, patientenorientierte, regional abgestimmte Versorgung gewährleisten und der Bevölkerung im Zulassungsbezirk Wahlmöglichkeiten bieten.

Digitalisierung und Telemedizin

Die Kammerversammlung begrüßt es, dass die Vorstände der beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen ein gemeinsames Positionspapier zur Digitalisierung im Gesundheitswesen erarbeitet haben und darin Anforderungen an die Entwicklung und Nutzung digitaler Anwendungen aus ärztlicher Sicht benennen. Das Papier „*Digitalisierung im Gesundheitswesen: Positionsbestimmung der NRW-Ärztekammern*“ ist im Internet verfügbar unter <http://www.aekno.de/downloads/aekno/digitalisierung-aekno-aekwl.pdf>.

Schutz von informationeller Selbstbestimmung und Freiwilligkeit für Arzt und Patient sind Voraussetzungen für die Akzeptanz telemedizinischer Anwendungen

Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten ist auch und insbesondere bei telemedizinischen Anwendungen zu beachten. Telemedizinische Anwendungen müssen für Patienten und Ärzte freiwillig sein,

Entschließungen der Kammerversammlung

weil nur dann Akzeptanz gelingen kann. Wegen der grundlegenden Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist darüber hinaus bei der Speicherung telemedizinisch erhobener Daten das Prinzip der Datensparsamkeit zu gewährleisten.

Die Einschränkung ärztlich-ethischer Handlungsmöglichkeiten durch zunehmende Ökonomisierung in Klinik und Praxis muss zurückgeführt werden

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein rügt, dass die unabhängige, am Patienten orientierte ärztliche Behandlung in Klinik und Praxis immer stärkeren ökonomischen Restriktionen unterliegt. Budgetierung und andere Maßnahmen wie Regresse führen zu zunehmender Rationierung und Einschränkung des freien, unabhängigen ärztlichen Handelns im Sinne unserer Patienten.

Im Klinikbereich bedrohen wirtschaftliche Zielvorgaben und der Einfluss der Verwaltung die ärztliche Ethik und Unabhängigkeit. Wir fordern die Krankenhausträger auf, gegenüber allen Klinikärzten und bei den in ambulanten Bereichen (z.B. Medizinische Versorgungszentren) von Krankenhäusern angestellten Ärzten Fehlanreize durch vorrangig ökonomisch motivierte Zielvorgaben zu vermeiden, oder Ärzte durch solche Zielvorgaben unter Druck zu setzen.

Auf Bonusversprechungen, die zur Modifikation von Diagnosen und Therapien, des Einweisungs- oder Überweisungsverhaltens oder zum Upcoding von Kodierung und Abrechnung dienen, muss bei allen Ärzten verzichtet werden.

Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein wird aufgefordert, Strategien zu entwickeln, wie ethisch-ärztliche Autonomie des Arztes als Angehörigem eines freien Berufes gegenüber ökonomischer Fremdbestimmung gestärkt und zurückgewonnen werden kann.

Schweigepflicht gegenüber nicht-ärztlichen Institutionen

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein möge beschließen:
Der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg im Jahr 2012 hat unter TOP VI – 109 beschlossen:
„Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, dass

private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen und Behörden kein Recht auf Einsichtnahme in ärztliche Berichte haben dürfen, die zum Zweck der Kommunikation zwischen Ärzten erstellt wurden. Solche Berichte dürfen – mit Zustimmung des Patienten und des Herstellers des betreffenden Dokuments – ausschließlich anderen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zugänglich gemacht werden. Bei Anforderungen durch o.g. Institutionen ist daher der betreffende Beratungsarzt oder die ärztliche Stelle namentlich zu benennen, an die ein solches Dokument versandt werden soll. Die Anforderungen an die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.“

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein bestätigt aktuell nochmals ausdrücklich diesen Beschluss und fordert die angesprochenen Institutionen auf, diesen Beschluss bei Vertragsklauseln zur Schweigepflichts-Entbindung und bei Anforderungen von medizinischen Daten in vollem Umfang zu berücksichtigen.

Unabhängigkeit und Qualität freiberuflicher, selbständiger ärztlicher Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert, dass ärztliche Tätigkeit freiberuflicher, selbständiger Ärzte grundsätzlich bei der Behandlung aller Patienten, unabhängig von deren etwaigem Versicherungsstatus (GKV, PKV, Unfallversicherungsträger u.a.m) Existenz sichernd - und die ärztliche Unabhängigkeit während - möglich sein muss. Freiberuflich tätige, selbständige Ärzte sind bei der Ausübung ihres Berufes darauf angewiesen, dass ihre Tätigkeit bei allen Patienten angemessen honoriert wird, damit eine wirtschaftliche Existenz möglich ist. Darüber hinaus stellen die Delegierten der Kammerversammlung fest, dass die stets gebotene Qualität ärztlichen Handelns bei allen Patientengruppen ein wirtschaftlich solides Fundament für die selbständige ärztliche Tätigkeit voraussetzt.

Tabakwerbeverbot, Nichtrauchererschutz

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein setzt sich dafür ein, noch in dieser Legislaturperiode über das Tabakwerbeverbot zu entscheiden, dass die Bundesregierung im Deutschen Bundestag als Gesetzentwurf beantragt hat. Es ist dringend Zeit, Tabakreklame

im öffentlichen Raum zu unterbinden, denn diese Reklame wirkt auch auf Kinder und Jugendliche ein. Deutschland hat sich bereits 2003 verpflichtet, derartige Reklame abzustellen. Die heutigen Mehrheitsfraktionen haben dies 2004 unterstützt. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung muss noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden! Jährlich 120.000 vorzeitige Todesfälle durch Tabak mahnen uns dringend zum Handeln! An den künftigen Landtag Nordrhein-Westfalen appelliert die Kammerversammlung im gleichen Sinne, die heute in Nordrhein-Westfalen gültigen Regeln zum Nichtrauchererschutz beizubehalten, speziell auch in der Gastronomie. Krankheit und Tod infolge Passivrauchens sind kein Ausdruck von Freiheit, sondern von Unterwerfung und ein Signal der Gleichgültigkeit gegenüber fremder Gesundheit.

Nichtraucherschutz – Rauchverbot in öffentlichen Bereichen

Die Ärztekammer Nordrhein fordert die Umsetzung flächendeckender Maßnahmen zur Eindämmung jeglichen Tabakgebrauches. Ein deutlicher Schritt zum Ausbau dieser Maßnahmen ist die Verbesserung des Nichtrauchererschutzes durch Ausdehnung des Rauchverbotes in öffentlichen Gebäuden und auf öffentlichen Flächen. Die Ärztekammer Nordrhein fordert das Land NRW auf den Nichtrauchererschutz konsequent umzusetzen.

Antibiotika-Resistenzen

Die Ärztekammer Nordrhein fordert die Umsetzung flächendeckender Maßnahmen zur Reduktion des Einsatzes von Antibiotika und unterstützt alle Maßnahmen des zielgenauen Einsatzes in der Humanmedizin. Hierbei sind Maßnahmen zu unterstützen, die in die Routine - Versorgungsabläufe integriert werden können. Modellmaßnahmen, die durch verzögernde und komplexe Zwischenschritte eine spätere Implementierung in die Routine verhindern werden abgelehnt. Die Ärztekammer Nordrhein unterstützt KV Nordrhein in ihrem Engagement den Antibiotikaeinsatz zu optimieren. Zudem sind die seit 2014 stattfindenden Reduktionen der Antibiotikagabe in QS Tiermastbetrieben nicht ausreichend, insbesondere der Einsatz von Reserveantibiotika sollte eingestellt werden.