

# Ein digitales Logbuch für die Weiterbildung

*Die anstehende Novelle des Landeskrankenhausplans NRW, eine sektorenübergreifende Notfallversorgung und die Digitalisierung des Gesundheitswesens standen im Fokus der 2. Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein im November in Düsseldorf. Verabschiedet hat das rheinische Ärzteparlament die neue Weiterbildungsordnung – und damit auch den Weg für das elektronische Logbuch freigemacht.*

von **Bülent Erdogan**



**D**ie Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat am 16. November eine neue Weiterbildungsordnung (WBO) beschlossen. Grundlage hierfür waren entsprechende Beschlüsse der Deutschen Ärztagung und des Vorstandes der Bundesärztekammer (*wir berichteten*). Vorbehaltlich der Genehmigung durch das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen soll die neue WBO im Juli 2020 in Kraft treten. Statt wie bisher auf den Nachweis von abgeleisteten Zeiten zu fokussieren, setzt die neue Weiterbildungsordnung auf den Erwerb von Kompetenzen, wie Privatdozent Dr. Hansjörg Heep als Vorsitzender des Ausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ auf der Kammerversammlung in Düsseldorf ausführte. Zudem wird die Weiterbildung digital. Heep: „Es wird ein elektronisches Logbuch geben.“ Eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer arbeite an der weiteren Ausgestaltung.



*Stellte den Delegierten die wesentlichen Reformen vor, die mit der neuen Weiterbildungsordnung verbunden sein werden: Privatdozent Dr. Hansjörg Heep.*

**Privatdozent Dr. Hansjörg Heep**  
Foto: Jochen Rolfes

Auf Basis der neuen Weiterbildungsordnung müsse auch die Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse neu entwickelt werden, erläuterte Heep einen weiteren Arbeitsauftrag: „Wir müssen alle Beteiligten informieren und schulen. Das läuft auch schon.“ Seit Sommer 2018 biete die nordrheinische Kammer den Weiterbildungsbefugten entsprechende Fortbildungen an, die sehr gut angenommen würden. Entwickelt werden sollen zudem fachbezogene Weiterbildungspläne, mit denen die in der Weiterbildungsordnung (Abschnitt B) geforderten Kompetenzen konkretisiert werden sollen.

Die Kammerversammlung setzte mit dem Beschluss die im November 2018 vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Novelle der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) in Landesrecht um. Allerdings verzichtete die Kammerversammlung bei der neuen WBO auf die Zusatzbezeichnung Homöopathie, die in den vergangenen fünf Jahren lediglich von 17 Ärztinnen und Ärzten in Nordrhein erworben wurde. Alle bisher erworbenen Zusatzbezeichnungen können weitergeführt werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich bereits in Weiterbildung befinden, können diese innerhalb bestimmter Fristen auf der bisherigen Grundlage fortführen oder auf die neue WBO umsteigen. Ärztinnen und Ärzte, die erst nach Inkrafttreten der neuen WBO mit ihrer Weiterbildung beginnen, müssen diese gemäß der neuen WBO gestalten.

Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, brachte in seiner Rede zur berufs- und gesundheits-

politischen Lage die Sorge zum Ausdruck, dass die zunehmende Ökonomisierung die Freiheit ärztlicher Tätigkeit zusehends bedrohe. Dies steht ihm zufolge in einem Spannungsverhältnis zum Postulat der Bundesärzteordnung in ihrem ersten Paragraphen. Darin heißt es: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Henke sagte: „Wir erleben gerade in den Kliniken eine zunehmende Prozessualisierung ärztlicher Tätigkeit.“ Wer die Begriffe „Krankenhaus“ und „Prozesse“ in eine bekannte Internet-Suchmaschine eingabe, erhalte auf einen Schlag mehr als vier Millionen Suchtreffer. Die Eingabe „Patientenfreundliches Krankenhaus“ führe im Vergleich dazu zu lediglich 30.000 Treffern, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein.

Wenn Studierende der Humanmedizin bereits in ihrer Ausbildung das Bild einer Medizin vermittelt bekämen, dass Prozesse die Leitschnur für die Patientenversorgung sind, also „ärztliches Handeln nach Schema F“, dann sei die Gefahr groß, dass die nachrückende Ärztegeneration dies als normal verinnerliche und dieses Modell einer ökonomisierten Medizin überhaupt nicht mehr infrage stelle. „Für uns ist Medizin nicht schematisch, kein Prozess, anwendbar in einem von Krankenkassen überwachten Reparatursystem“, mahnte Henke, „sondern für uns ist Medizin vor allem menschliche Beziehung und Kommunikation.“ Ärztliches Handeln basiere auf einer unmittelbaren und passenden Reaktion auf die Befindlichkeit des Patienten und auf seine „Bedürfnisse im Hier und Jetzt“.



*„Das deutsche DRG-System mit seinem 100-Prozent-Ansatz ist vor die Wand gefahren. Es hat so viele unerwünschte Nebenwirkungen zu Lasten unserer Patienten und des Personals im Krankenhaus produziert, dass man von einem echten Totalschaden sprechen muss.“*

**Rudolf Henke**, Präsident der Ärztekammer Nordrhein  
Foto: Jochen Rolfes

Die rheinische Ärzteschaft habe die Gefahr einer Medizin nach Schema F in ihrer gemeinsamen Absichtserklärung aller drei Fraktionen der Kammerversammlung vom Spätsommer dieses Jahres klar und deutlich zur Sprache gebracht, so Henke. Mit dem gemeinsamen Positionspapier habe man schon zu Beginn der neuen Wahlperiode ein beeindruckendes Signal der Geschlossenheit ausgesendet, welches dem Bild vom Arzt als zuerst seinem Patienten verpflichteten Heilkundler in der Öffentlichkeit zugutekomme und welches die gesundheitspolitische Gestaltungskraft der Selbstverwaltung für den Erhalt eines patientenorientierten Arztbildes stärke. Die Freiberuflichkeit des Arztes sei „keine Erinnerungsgröße, keine Memorabilia, keine unbedeutende Worthülse aus vergangenen Zeiten“, sondern der

„Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit. Und das können wir uns nicht nehmen lassen“, sagte Henke unter dem Beifall der Delegierten.

Der Kammerpräsident kündigte an, dass sich die rheinische Ärzteschaft mit entsprechenden Initiativen in die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses an den Medizinischen Fakultäten einbringen werde, um ein „Gegengewicht zu den Zusatzstudiengängen und Aufbaukursen“ wie Gesundheitsmanagement, Gesundheitstechnik oder Präventionsmarketing zu bilden, „die jungen Ärztinnen und Ärzten heute geradezu inflationär parallel zum Medizinstudium angeboten werden“. Außerdem stehe die Überlegung im Raum, ein Rechtsgutachten zur ärztlichen Entscheidungsfreiheit in Auftrag zu geben, das Ärzten bei möglichen Konflikten mit der kaufmännischen Leitung über Zielvorgaben argumentative Unterstützung bieten könne. Denn, so Henke: „Die Vorfahrt für unsere ethisch basierte Medizin in Krankenhaus und Praxis darf jedenfalls nicht nur in Sonntagsreden gefordert, sondern sie muss auch durch entsprechende Entscheidungen untermauert werden, und ich sage, sie muss auch durch eine entsprechende Honorierung untermauert werden – und das in den Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen genauso wie im Krankenhaus.“

Henke forderte den Gesetzgeber zu einer umfassenden Finanzreform der stationären Versorgung auf. Ein Grund ist die beschlossene Herausnahme der Pflegekosten in Höhe von derzeit 25 Milliarden Euro aus der bisher zu 100 Prozent mittels Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz DRG) erfolgenden Betriebsfinanzierung der bundesweit noch knapp 2.000 Krankenhäuser. Die Funktion der Kliniken als Orte der Daseinsvorsorge lasse sich im Rahmen einer solchen Finanzierung nicht ohne gravierende negative Auswirkungen auf die Versorgung abbilden, die Auslagerung der Pflegeaufwendungen werde nun den Druck auf den ärztlichen Dienst erhöhen. „Das deutsche DRG-System mit seinem 100-Prozent-Ansatz ist vor die Wand gefahren“, sagte Henke. „Es hat so viele unerwünschte Nebenwirkungen zu Lasten unserer Patienten und des Personals im Krankenhaus produziert, dass man von einem echten Totalschaden sprechen muss. Und an seine Stelle muss eine Finanzierung treten, die bedarfsgerecht ist und eine individuelle Behandlung und Betreuung der Patienten ermöglicht.“ Die nordrheinische Ärzteschaft werde ihre Patienten nicht „mit einer geschäftsmäßigen Medizin abspeisen“, sondern weiterhin für die Qualität der Behandlung eintreten.

Die Behandlungsqualität müsse auch die Richtschnur für die von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann per Gutachten angestoßene Debatte um eine große Reform der Krankenhauslandschaft sein, so Henke. „Die Krankenhäuser müssen für alle Menschen in unserem Flächenland gut erreichbar bleiben“, mahnte der Kammerpräsident. Die Qualität in der Krankenhausversorgung hänge zudem entscheidend von einer angemessenen Ausstattung mit gut qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und der Gewährleistung des Facharzt-

## Haushaltsplan 2020 beschlossen – NÄV legt Geschäftszahlen vor

Als Vorsitzender des Finanzausschusses der Ärztekammer berichtete Dr. Wilhelm Rehorn über die vom Revisionsverband durchgeführten Prüfungen der Jahresabschlüsse von Ärztekammer und der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Der Revisionsverband hatte im Rahmen der jährlichen Abschlussprüfung neben der Ordnungsmäßigkeit von Buchführung und Rechnungslegung auch die Einhaltung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft. Die Prüfung hat zu keinerlei Beanstandungen geführt. Sowohl der Ärztekammer wie der Akademie wurde der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt. Dem Kammervorstand wurde für das Haushaltsjahr 2018 durch die Delegierten die Entlastung erteilt.

Im Anschluss daran stellte Dr. Joachim Wichmann als Verbindungsmann des Vorstandes zum Finanz-

ausschuss den Etat 2020 vor. Wie in den Vorjahren sei der Haushalt „solide finanziert“, so Wichmann, „es wird aber enger, sodass die Fortsetzung der mittelfristigen Finanzplanung weiterhin geboten ist“. Die Kammerversammlung billigte den vorgestellten Haushalt für 2020.

Die Kammerversammlung hat den Bericht über das Geschäftsjahr 2018 der Nordrheinischen Ärzteversorgung (NÄV) entgegengenommen und den Jahresabschluss für das Geschäftsjahr festgestellt. Der Geschäftsbericht 2018 kann unter [www.nordrheinischeaerzteversorgung.de](http://www.nordrheinischeaerzteversorgung.de) heruntergeladen werden. Die Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlage für das Geschäftsjahr 2020 sowie Anpassungen der laufenden Versorgungsleistungen wurden einstimmig beschlossen, *siehe Amtliche Bekanntmachungen in diesem Heft ab Seite 57.*

standards ab – dies auch vor dem Hintergrund, eine gute ärztliche Weiterbildung für die nachrückenden Facharztgenerationen gewährleisten zu können. Der von Minister Laumann angestrebte neue Krankenhausplan müsse fachlich fundierte Strukturkonzepte erhalten, „die den Krankenhäusern ihre Aufgaben klar zuweisen und es ermöglichen, dass jedes Haus seine besonderen Stärken in eine sinnvolle Kooperation einbringen kann“. Die Delegierten der Kammerversammlung fassten hierzu eine entsprechende Resolution. Henke begrüßte die Ankündigung des Ministers, bei seinem Reformvorhaben den ärztlichen Sachverstand intensiv einzubinden.

Die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Reform zeigt sich nach Ansicht Henkes auch bei der notdienstlichen Versorgung der Menschen im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Klinikambulanzen. „Wir müssen dahin kommen, dass gleichzeitig die Versorgung gut ist, der Zeitaufwand und die Kosten für die niedergelassenen Ärzte vertretbar sind und die krasse Fehlanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhausambulanzen deutlich reduziert wird“, sagte Henke. „Wir brauchen dazu eine engere Kooperation der ambulanten Versorgung und wir brauchen sie in Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung mit den Krankenhäusern und mit den in den Krankenhäu-

sern tätigen Kolleginnen und Kollegen, und wir brauchen eine Kooperation mit dem Rettungsdienst in Zuständigkeit des Landes.“ Henke zeigte sich skeptisch, was eine Aufnahme des landesgesetzlich verankerten Rettungsdienstes in den Regelungsbereich des Fünften Sozialgesetzbuches über die Gesetzliche Krankenversicherung angeht.

Ein wichtiges Thema auch der kommenden Jahre werde die Digitalisierung sein, sagte Henke und erinnerte an eine entsprechende Passage aus der fraktionsübergreifenden Absichtserklärung. Wenn die Ärzteschaft die Ausgestaltung des elektronischen Gesundheitswesens nicht selbst aktiv gestalten, sondern Konzernen und Informatikern überlasse, dann drohten „Kommerz und Wildwestverhältnisse“, so Henke. Die



*Der Wuppertaler Hausarzt und Vizepräsident Bernd Zimmer stellte Änderungen an der Berufsordnung vor.*

**Bernd Zimmer**, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein Foto: Jochen Rolfes

große Frage, die sich mit dem Einzug von Apps und Künstlicher Intelligenz in die Versorgung stellen werde, sei die, ob die digitale Medizin von morgen „nur eine andere sein wird als die Medizin von heute oder ob sie eine bessere sein wird“.

Der Umstand, dass inzwischen mehr als 260 Arzneimittel und Impfstoffe auf einer Liste über aktuelle Lieferengpässe gelistet sind, müsse Sorge bereiten, sagte Henke mit Blick auf ein weiteres aktuelles gesundheitspolitisches Thema. Da es sich nur um freiwillig gemeldete Arzneimittel handle, müsse man davon ausgehen, dass hier lediglich die „Spitze des Eisbergs“ sichtbar sei. Hintergrund sei, dass beim Einkauf lediglich auf den günstigsten Preis abgestellt werde, sodass Arzneimittel nur noch in Niedriglohnländern und von wenigen Firmen produziert würden. Seien versorgungsrelevante Arzneimittel in der Apotheke nicht mehr zu haben, müssten Ärzte zwangsläufig auf andere Präparate mit identischem Wirkstoff ausweichen, die sich aber von ihren pharmazeutischen Eigenschaften wie Tablettengröße, Teilbarkeit oder Farbe erheblich unterscheiden. Das, so Henke, sei aber insbesondere für chronisch Kranke und alte Menschen, die von den permanenten Wechseln am häufigsten betroffen sind, ein Problem. Die Kammerversammlung forderte daher in einem Beschluss, die Ursachen der Lieferengpässe zu bekämpfen, die unter anderem in gesetzlichen Instrumenten zur Preisregulierung auf nationaler Ebene (Rabattverträge, Importquoten) liegen sowie in gesetzlichen Lücken, die die Kontingentierung von Arzneimitteln und den legalen Verkauf ins Ausland ermöglichen. In einem weiteren

Antrag sprachen sich die Delegierten dafür aus, den Klimawandel und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der medizinischen und interprofessionellen Forschung stärker zu thematisieren. Die rheinische Ärzteschaft will sich auf dem 123. Deutschen Ärztetag im Mai 2019 in Mainz mit eigenen Beiträgen aktiv in das Schwerpunktthema „Klimawandel und Gesundheit“ einbringen.

### Ärztliches Handeln ist nicht normierbar

Ärztliches Handeln sei nicht normier- und katalogisierbar, sagte Dr. Christiane Friedländer (Neuss) in der Aussprache zum Bericht des Präsidenten. Ebenso wenig lasse sich ärztliche Heilkunst durch Künstliche Intelligenz oder Digitalisierung ersetzen. Elementar für die ärztliche Heilkunst sei die Zuwendung zum Patienten, „das Erfassen der gesamten Persönlichkeit des Patienten im direkten Austausch mit ihm und das in angemessener Zeit“, so Friedländer. Denn um das naturwissenschaftliche Wissen sinnvoll in Beziehung zum Patienten und dessen gesundheitlichen Problemen zu setzen, brauche es den persönlichen Kontakt, in dem der Arzt oder die Ärztin neben dem Gesagten auch Gefühlsregungen und andere Signale einbeziehe.

Die alltäglichen Probleme auch und gerade in der vertragsärztlichen Versorgung drohten hinter schlaglichtartig beleuchteten Themen wie der Digitalisierung zu verschwinden, kritisierte Wieland Dietrich (Essen). Lieferengpässe bei Medikamenten, Probleme mit der Überalterung der Ärzteschaft, dem Mangel an Ärzten und an Zeit für das Arzt-Patient-Gespräch ließen sich

nicht mit der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wie eine „Monstranz“ vor sich her getragenen Digitalisierung des Gesundheitswesens beseitigen, sagte Dietrich, „das ist fern jeder Versorgungsrealität“. Mittels elektronischer Gesundheitsakte drohe derweil auch den niedergelassenen Ärzten eine Durchstrukturierung und Normierung ihrer Tätigkeit, wie sie infolge der Ökonomisierung in der stationären Versorgung ebenfalls kritisiert werde, so Dietrich.

Dr. Christiane Groß (Wuppertal) warb für die Annahme der interfraktionell eingebrachten Anträge zum Themenkomplex Digitalisierung. Mit Blick auf die Entwicklung von Medizin-Apps müsse auch Transparenz darüber herrschen, ob die Belange von Frauen gleichberechtigt mit denen von Männern Eingang in die jeweilige Software gefunden hätten oder ob die Gefahr von Verzerrungen bestehe. Groß kündigte an, dass das Thema ärztliche Gesundheit auch in dieser Wahlperiode eine bedeutende Rolle in der Gremienarbeit einnehmen werde.

Beschlossen hat die Kammerversammlung auch die Novelle der §§ 9 und 12 Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte (BO). Vorausgegangen war eine Änderung von § 203 StGB, der die Verletzung von Privatgeheimnissen zum Inhalt hat. Kammervizepräsident Bernd Zimmer erläuterte die sich hieraus ergebenden Änderungen der BO.

Für die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein informierte der Präsident des Oberlandesgerichts a.D. Johannes Riedel als deren Vorsitzender über das Geschäftsjahr 2018/2019. Einen ausführlichen Bericht hierüber lesen Sie im Februarheft des *Rheinischen Ärzteblatts*. **RA**

## Dr. Jürgen Krömer mit Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft ausgezeichnet

Eine besondere Ehrung wurde auf der Kammerversammlung Dr. Jürgen Krömer zuteil. Aus den Händen von Rudolf Henke erhielt der Düsseldorfer Internist die Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft. „Durch ihre langjährigen herausragenden Verdienste um die ärztliche Selbstverwaltung und die Förderung des Allgemeinwohls haben Sie sich um den ärztlichen Berufsstand und die nordrheinische Ärzteschaft außerordentlich verdient gemacht“, sagte Henke in seiner Laudatio. Dabei zählte der Kammerpräsident neben den berufspolitischen Verdiensten auch das unermüdete Engagement Krömers für vulnerable Patientengruppen auf, insbesondere Menschen mit der Immunschwächekrankheit AIDS, Menschen mit Depression oder nach Schlaganfall und für Mädchen und Frauen, die von Genitalverstümmelung betroffen

oder bedroht sind. Auch hat er sich für die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und chronischen Erkrankungen eingesetzt. Krömer ist Vorstandsmitglied der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung in Düsseldorf. „Ihr Einsatz galt beharrlich immer denjenigen, die sich nicht selbst helfen können und eine starke Stimme brauchen“, sagte Henke. Dr. Jürgen Krömer wurde am 3. Juli 1938 im ober-schlesischen Ratibor geboren. 1949 kam er nach Düsseldorf. Das Studium der Humanmedizin absolvierte er in Münster und Wien, sein Staatsexamen legte er 1964 in Düsseldorf ab, die Approbation erhielt er 1966. 1976 ließ sich Krömer als Facharzt für Innere Medizin in Düsseldorf-Kaiserswerth nieder und war dort bis 2004 vertragsärztlich tätig. Von 1981 bis 2019 war Krömer Mitglied der Kammerversammlung, von 1985 bis



*Für seine langjährigen herausragenden Verdienste um die ärztliche Selbstverwaltung und die Förderung des Allgemeinwohls ist der Düsseldorfer Internist Dr. Jürgen Krömer (rechts) mit der Johannes-Weyer-Medaille ausgezeichnet worden.*

Foto: © Jochen Rolles

2009 war er Vorsitzender der Kreisstelle Düsseldorf, von 1997 bis 2019 Vorsitzender der Bezirksstelle. Von 1987 bis 1989 gehörte Krömer dem Vorstand der Ärztekammer Nordrhein an. 1994 erhielt er das Bundesverdienstkreuz.

## Entschlüsseungen der Kammerversammlung am 16. November 2019 im Wortlaut

### Klimawandel und Gesundheit

Der Klimawandel entwickelt sich zu einer der großen Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung in vielen Ländern dieser Erde und zunehmend auch in Deutschland. Dazu stellt die Kammerversammlung fest:

- Die Herausforderungen des Klimawandels für die ärztliche Versorgung und das Gesundheitswesen insgesamt müssen von der medizinischen Forschung und von der ärztlichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung noch stärker in den Blick genommen werden, damit Ärztinnen und Ärzte ihrer spezifischen Verantwortung für die Patientinnen und Patienten auch in Zukunft gerecht werden können.
- Teil unserer ärztlichen Verantwortung ist der Einsatz dafür, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens selbst ihre Energie- und Klimabilanz substantiell verbessern.
- Darüber hinaus ist es Aufgabe der Ärzteschaft, ihren medizinisch-fachlichen Sachverstand in die Beratung von Politik und Gesellschaft für das Handlungsfeld „Klimawandel und Gesundheit“ zielgerichtet einzubringen.

Die Kammerversammlung begrüßt es vor diesem Hintergrund, dass es gelungen ist, das Thema „Klimawandel und Gesundheit“ als ein Schwerpunktthema des 123. Deutschen Ärztetages 2020 in Mainz zu etablieren. Die Kammerversammlung bittet den Vorstand, die Beratungen des Ärztetages zu diesem Thema in den nächsten Monaten durch die Erarbeitung von geeigneten antragsfähigen Vorschlägen und Positionen vorzubereiten.

### Anpassungsstrategien dringend erforderlich

Die nordrheinische Ärzteschaft bekennt sich zu notwendigen Klimaanpassungsstrategien zur Schadensminderung für die individuelle und öffentliche Gesundheit. Die notwendigen Finanzmittel zum Aufbau resilienter Strukturen im Gesundheitswesen müssen zur Verfügung gestellt werden. Die Folgen des Klimawandels sind real. Neben einem notwendigen und intensivierten Klimaschutz sind Anpassungsstrategien dringend erforderlich.

### Krankenhausplanung

Die Kammerversammlung begrüßt die Erklärung des nordrhein-westfälischen Ministers

für Arbeit, Gesundheit und Soziales, dass er nach der Vorlage des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen nun die Ärzteschaft intensiv in die Entwicklung eines neuen Krankenhausplans einbinden will. Aus Sicht der Ärztekammer Nordrhein sind dabei folgende Punkte besonders wichtig:

#### 1. Krankenhäuser müssen für alle Menschen in unserem Bundesland ähnlich gut erreichbar sein.

Da mit dem Gutachten aktuell weder Schließungen noch Neugründungen verbunden sind, bleibt Zeit, um die regionalen Versorgungsstrukturen genau zu analysieren. Dabei darf nicht der berechtigte Wunsch der Menschen vergessen werden, auch zukünftig regional versorgt und von Angehörigen im Krankheitsfall besucht werden zu können. Das gilt gerade für die ländliche und ältere Bevölkerung. Auch aus ärztlicher Sicht ist es unerlässlich, dass Krankenhäuser als wichtiger Teil der Daseinsvorsorge für alle Bürgerinnen und Bürger gerade im Hinblick auf die Notfallversorgung auch zukünftig gut erreichbar sind.

#### 2. Die Qualität in der Krankenhausversorgung hängt entscheidend von einer angemessenen Ausstattung mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten ab, einschließlich der Gewähr des Facharztstandards. Dazu muss der Plan Mindestvorgaben mit Augenmaß vorsehen. Außerdem muss auch zukünftig für eine gute ärztliche Weiterbildung gesorgt werden.

Eine noch stärkere Qualitätsausrichtung in der Krankenhausplanung ist zu begrüßen. Dreh- und Angelpunkt ist dabei die Personalausstattung.

Mit Blick auf die ärztliche Versorgung muss in jeder Krankenhausabteilung sichergestellt sein, dass rund um die Uhr eine erfahrene Fachärztin bzw. ein erfahrener Facharzt hinzugezogen werden kann, wenn dies erforderlich ist. Dazu sind mindestens drei entsprechend qualifizierte Ärztinnen bzw. Ärzte je Abteilung erforderlich.

Um auch in Zukunft auf eine ausreichende Zahl hochqualifizierter Ärztinnen und Ärzte zurückgreifen zu können, muss die Krankenhausplanung ihrer Verantwortung mit Blick auf die ärztliche Weiterbildung gerecht werden. Bei allen Überlegungen zu Umstrukturierungen und zu einer stärkeren Zentrali-

sierung sind die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung zu bedenken. Deswegen muss der Krankenhausplan den Krankenhäusern aufgeben, im Bedarfsfall standort- und krankenhausesübergreifende Weiterbildungsverbände aufzubauen, die der Anerkennung durch die Ärztekammern bedürfen.

#### 3. Die Krankenhausversorgung braucht mehr Zusammenarbeit und eine bessere Koordination. Der Krankenhausplan muss den Krankenhäusern ihre Aufgaben klar zuweisen und es ermöglichen, dass jedes Haus seine besonderen Stärken in eine sinnvolle Kooperation, auch mit dem ambulanten Sektor einbringt.

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine hochwertige und breit aufgestellte Krankenhauslandschaft. Dieses Potenzial ist durch mehr Kooperation und Koordination noch besser zu nutzen. Dazu gehört eine medizinisch-fachlich sinnvolle Aufgabenteilung. Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen. Gerade in den Ballungsräumen müssen unnötige Mehrfachvorhaltungen vermieden werden. Krankenhäuser sollten sich auf das konzentrieren, was sie besonders gut können und in den anderen Bereichen auf verbindliche Kooperationen mit anderen Häusern setzen.

Die Basis für diese Zusammenarbeit müssen eindeutige Versorgungsaufträge sein. Die im Gutachten vorgesehene Definition von Leistungsbereichen und -gruppen muss sich möglichst eng an der medizinisch-fachlich fundierten ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren. Für die Leistungsbereiche muss der Krankenhausplan mit durchdachten Struktur Anforderungen einen klaren Rahmen vorgeben. Bei der Definition dieser Anforderungen sind der medizinisch-fachliche Sachverstand und das Versorgungswissen der Ärzteschaft besonders zu berücksichtigen.

Außerdem muss der Plan die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stärken. Halbtägige Tätigkeiten in einem Krankenhaus bei gleichzeitig bestehender Niederlassung mit halbem Sitz sind ebenso wie Belegarztverträge in die Planung einzubeziehen. Der Plan muss zudem wirkungsvolle Impulse für einen patientengerechten Einsatz von Digitalisierung und Telemedizin geben.

Schließlich gilt es zu betonen, dass sich Kooperation nicht einfach vom grünen Tisch aus anordnen lässt. Deswegen kann der Krankenhausplan nur einen Rahmen vorgeben. Dieser Rahmen muss in regionalen Planungskonferenzen unter Einbeziehung aller Beteiligten so ausgefüllt werden, dass das Ergebnis zu den spezifischen Gegebenheiten vor Ort passt.

### Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert den Gesetzgeber und alle Beteiligten mit Nachdruck auf, konkrete Maßnahmen zur langfristigen Sicherstellung einer ausreichenden Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu treffen.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln sind seit Jahren Gegenstand der gesundheitspolitischen Debatte und erweisen sich als ein stetig zunehmendes bundes- bzw. europaweites Problem mit vielfältigen Ursachen.

Auf der Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) über aktuelle Lieferengpassmeldungen für Humanarzneimittel (ohne Impfstoffe) mit Versorgungsrelevanz befanden sich Ende Oktober 2019 mehr als 260 Arzneimittel und das, obwohl die Schwelle für freiwillige Meldungen der pharmazeutischen Unternehmer in dieser Liste schon sehr hoch ist. Erst bei Erfüllung der Vorgaben bzgl. Schweregrad und/oder Prognose einer Erkrankung, der Relevanz für die Gesamtbevölkerung und beim Fehlen therapeutischer Alternativen bei gleichzeitig erhöhtem Versorgungsrisiko (nur ein Hersteller oder Vertreiber) erfolgt die Aufnahme in die Liste. Daher spiegeln sich auch lokale Engpässe hier nicht wider. Zwar können die öffentlich einsehbaren Listen des BfArM und des Paul-Ehrlich-Institutes (Impfstoffe) teilweise dazu beitragen, Umgehungsstrategien zu planen, das Grundproblem bleibt aber erhalten. Verschiedene gesetzliche Instrumente zur Preisregulierung auf nationaler Ebene (Rabattverträge, Importquote), der Parallelhandel, gesetzliche Lücken, die die Kontingentierung von Arzneimitteln und den legalen Verkauf ins Ausland ermöglichen, sind als Ursache für eine Umverteilung von Arzneimitteln auf unregulierten Handelswegen auszumachen. Ökonomisch begründete Zulassungsrücknahmen von gut eingeführten versorgungsrelevanten Arzneimitteln seitens der Hersteller stellen ein zusätzliches Problem dar. Sehr wesentlich ist die ebenfalls ökonomisch begründete Konzentrierung der Wirkstoffher-

stellung auf wenige oder einzelne pharmazeutische Unternehmen, ganz besonders die Bündelung auf eine einzige Produktionsanlage, außerhalb Deutschlands oder der EU. Störungen oder Unterbrechungen des Produktionsablaufes (z. B. Viruskontamination von Produktionsanlagen, technische Störungen, bei behördlicher Überprüfung festgestellte Produktionsmängel etc.) führen hierzulande zu unlösbaren Versorgungsengpässen. Unmittelbare Abhilfe schaffen kann hier ein Zurückholen der Wirkstoffproduktion in die EU.

Unübersehbar sind derzeit die Folgen eines Brexit z. B. für die zahlreichen Arzneimittel, die ein europäisches dezentrales Zulassungsverfahren mit England als Reference Member State durchlaufen haben. Ganz abgesehen von der Auswirkung der dramatischen Ausdünnung des Fachpersonals der europäischen Zulassungsbehörde EMA, die mittlerweile von London nach Amsterdam umgezogen ist, für zukünftige Zulassungsverfahren ist auch der Zulassungsstatus solcher Arzneimittel und damit deren Verfügbarkeit ab dem Zeitpunkt eines Brexit unklar. Auch hier bedarf es vertraglicher Absprachen, die zeitnah entwickelt werden müssen.

Die Kammerversammlung fordert deshalb alle am Prozess Beteiligten auf, langfristige Strategien zur Vermeidung von Engpässen bei der Arzneimittelversorgung zu entwickeln und umzusetzen. Der Gesetzgeber auf europäischer und nationaler Ebene muss hierzu die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Die Versorgung der Bevölkerung bleibt oberstes Ziel für alle Beteiligten.

### Unterstützung des Ausbaus der betriebsärztlichen Versorgung bei Kleinst- und Kleinbetrieben

Die Ärztekammer Nordrhein unterstützt die Initiative des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte zur Entwicklung und Implementierung regionaler Zentren zur Verbesserung der betriebsmedizinischen Versorgung von Klein- und Kleinbetrieben.

### Notfallversorgung

Die Kammerversammlung fordert den Gesetzgeber auf Bundesebene und das Land Nordrhein-Westfalen auf, geeignete Rahmenbedingungen für eine funktionierende sektorenübergreifende Notfallversorgung unter Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes zu schaffen. Dabei gilt:

1. Der in Nordrhein-Westfalen gemeinsam von allen Beteiligten beschrittene Weg der Etablierung von Portalpraxen und der Erprobung einer engen Kooperation von Leitstellen und Arzttrufzentrale muss weiterverfolgt werden. Diese positive Entwicklung darf nicht durch Bundesvorgaben unterbrochen oder gar konterkariert werden.
2. Ziel muss die möglichst gute Verschränkung und Kooperation der bestehenden Strukturen sein. Ein Aufbau von Sonderstrukturen mit eigenständigen Rahmenvorgaben und Vergütungswegen (dritter Versorgungsbereich) ist abzulehnen. Denn dies würde selbst im Idealfall Jahre in Anspruch nehmen und dabei eine Vielzahl neuer Rechtsfragen und Abgrenzungsprobleme auslösen und in jedem Fall neue bürokratische Strukturen generieren. Allerdings ist die Finanzierung der Portalpraxen nicht aus der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu leisten. Die neuen Leistungen der Notfallversorgung sind den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen zusätzlich zu zahlen.
3. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten muss bei der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben. Die Ärztekammern sind bei der Ausgestaltung von Portalpraxen bzw. integrierten Notfallzentren ebenso zu beteiligen wie bei der Entwicklung und Evaluation von Ersteinschätzungssystemen, bei der Festlegung von Qualifikationsvoraussetzungen für die im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte und bei der Qualitätssicherung der Notfallversorgung.
4. Portalpraxen bzw. integrierte Notfallzentren müssen personell und strukturell so gut ausgestattet und finanziert werden, dass sie die Patientenströme über ihre Kompetenz lenken („Abstimmung mit den Füßen“). Dazu gehört auch eine ausreichende Finanzierung der telefonischen Vermittlungsstrukturen (Kooperation von Leitstellen und Arzttrufzentrale). Dies kann zukünftig durch elektronische Angebote (Apps) und ein von den Krankenkassen mitgetragenes Kommunikationskonzept ergänzt werden. Falsch ist es hingegen, eine Patientensteuerung dadurch erreichen zu wollen, dass man Krankenhäuser ohne Portalpraxis oder integriertes Notfallzentrum bestraft, wenn sie sich um Notfallpatientinnen und -patienten kümmern, die bei ihnen vorstellig werden.

5. Die Zuständigkeit der Bundesländer für den Rettungsdienst ist in vollem Umfang beizubehalten. Der Rettungsdienst darf als unmittelbare, öffentlich verantwortete Daseinsfürsorge bei lebensbedrohlichen Notfällen nicht Teil des von Budgetierung und Leistungsbegrenzung geprägten GKV-Systems werden. Stattdessen müssen die Bundesländer ihrer Verantwortung entsprechen und den Rettungsdienst kooperativ weiterentwickeln.
6. Neue Versorgungsansätze wie Telenotarzt-systeme können die Versorgung weiter verbessern und sollten bedarfsgerecht aufgebaut werden. Die Voraussetzungen (Indikationskataloge, Notrufabfragesysteme, Qualifikationsvoraussetzungen u.v.a.m.) sind unter enger Einbeziehung der Ärztekammern und fachkundiger Gremien zu definieren. Unabdingbar ist die zusätzliche Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Ressourcen. Auch nach der Einrichtung eines telemedizinischen Unterstützungssystems muss die jederzeitige und kurzfristige Präsenz des Notarztes am Einsatzort zur Behandlung von Notfallpatienten landesweit gewährleistet sein. Eine Reduktion von Notarztstandorten darf durch eine Implementierung eines „Telenotarzt-systems“ nicht erfolgen.
7. Gerade in der Notfallversorgung müssen sich die Menschen auch in Zukunft auf die Versorgung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte verlassen können. Eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen ist deswegen entschieden abzulehnen. Richtig sind stattdessen eine Verbesserung der Kooperation und die Nutzung von Möglichkeiten zur Delegation.

#### Forderungen zur digitalen Kommunikation

Elektronische Kommunikation, elektronische Datenübertragung und elektronische Datensammlungen verändern ebenso wie telemedizinische Anwendungen die Arzt-Patienten-Beziehung. Grundsätzliche Forderungen der Ärzteschaft dienen in erster Linie einer Verbesserung der Versorgungsqualität und dem Schutz des informellen Selbstbestimmungsrechtes der Patientinnen und Patienten sowie der Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht auch im digitalen Zeitalter.

Um diesen Anforderungen nachzukommen sind einige Bedingungen als Basis unerlässlich:

1. Die digitale Kommunikation bei der Patientenversorgung muss sicher sein. Dies

gilt sowohl für die Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten, aber auch für die innerärztliche Kommunikation und auch für die Kommunikation mit an der Behandlung beteiligten anderen Heilberuflern.

2. Daten der Patientinnen und Patienten dürfen nicht aus kommerziellen Interessen weitergegeben werden. Hierzu gehört auch Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten bei Bonus-Programmen und ähnlichen Aktivitäten von Versicherungen und Krankenkassen.
3. Der Gesetzgeber wird aufgefordert klarzustellen, dass die durch die Vertrauensstelle übermittelten und in Forschungszentren genutzten Abrechnungsdaten anonymisiert sind. Eine strikte Anonymisierung aller für die Forschung genutzten Daten aus der Patientenversorgung wäre im Sinne von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten notwendig.
4. Die Versorgungsforschung muss wie bisher in ihren Ergebnissen transparent darstellen, welche Daten – ärztliche Diagnosen, Abrechnungsdaten der Krankenkassen, von Patientinnen und Patienten erhobene Gesundheitsdaten (z.B. aus Wearables oder medizinischen Apps) – einbezogen wurden.
5. Außerhalb einer Weitergabe der Abrechnungsdaten müssen folgende Grundsätze weiterhin gelten: Patientinnen und Patienten müssen stets informiert werden, welche Daten zu Forschungszwecken verwendet werden. Zugleich muss den Patientinnen und Patienten stets die Möglichkeit eingeräumt werden der Datenverarbeitung zu widersprechen. Der Entzug dieses Einverständnisses darf unter keinen Umständen zu Nachteilen für die Patientinnen und Patienten oder für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt führen.
6. Die Aufklärung über die Nutzung elektronischer Akten, über die Unterscheidung der einzelnen Akten, über die Zulassung und Bewertung von medizinischen Apps darf nicht allein in den Praxen und Krankenhäusern erfolgen. Krankenkassen und Versicherungen müssen verpflichtend in diese Aufklärungsarbeit mit eingebunden werden.
7. Mit den Geldern der gesetzlich Versicherten muss verantwortungsvoll umgegangen werden. Gelder von gesetzlich Versicherten sind kein Risikokapital. Eine Förderung der Entwicklung kasseneigener digitaler Innovationen von bis zu zwei Prozent der Finanzreserven der Krankenkassen wie im

Digitale-Versorgung-Gesetz vorgesehen – wird kritisch gesehen.

8. Digitale Prozesse auf Grundlage allgemeiner oder individueller Gesundheitsdaten, wie auch digitale Anwendungen (Apps), können lediglich als Ergänzung ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der Gesundheitsversorgung dienen. Die Kammerversammlung lehnt sie als Substitut für persönliche ärztliche Behandlung, beispielsweise als Kostendämpfungsinstrument oder als Surrogatmaßnahme bei Ärztemangel, ab.

#### Nutzenbewertung von Medizinischen Applikationen (Apps)

Technische Funktion darf nicht vor medizinischen Nutzen gehen: Die Ärztekammer Nordrhein kritisiert, dass bei der Einführung Medizinischer Applikationen (Apps) auf ausreichende Tests verzichtet werden soll. Dies betrifft insbesondere auch die neu aufgenommenen Regelung, **zu verschreibende Apps erst nach einer Einführungsphase zu bewerten, sie aber schon in den Honorarkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufzunehmen.** Ärztinnen und Ärzten kommt hier eine Aufgabe zu, Anwendungen zu verschreiben, ohne dass Wirkung und Nebenwirkung letztendlich evaluiert sind. Damit wird die App-Nutzung nach Zulassung durch das BfArM bis zum Nachweis positiver Versorgungseffekte durch die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte zu einem unverantwortlichen Feldversuch. Die Aufklärung über Möglichkeiten, aber auch Unsicherheiten dieses „Feldversuchs“ wird so bei den behandelten Ärztinnen und Ärzten liegen.

Daraus entstehende Haftungsfragen sind nicht geklärt. Ein Hinweis auf die bestehende Gesetzgebung ist aus ärztlicher Sicht nicht ausreichend.

Eine Bewertung der einzelnen Anwendung in Bezug auf Qualität, Nutzen und Nutzbarkeit im Versorgungsalltag bleibt unabdingbar, da die Patientensicherheit unter keinen Umständen gefährdet werden darf. Ärzteschaft sowie Patientinnen und Patienten dürfen nicht Nutzer von unzureichend erprobten medizinischen Anwendungen sein. Qualifizierte Tests medizinischer Anwendungen müssen ärztlich begleitet werden.

Die Unsicherheit, die dadurch entsteht, dass Algorithmen der Entwickler nicht offen gelegt werden müssen, und dass internationale Konzerne (wie Google und Apple) an den medizinischen Apps durch die Nutzung ihrer Plattformen mitverdienen und ggf. auch Einsicht

auf die Daten und Datenströme haben, ist ein nicht zu vernachlässigender Aspekt.

**Hier müssen Wege gesucht werden, die Unabhängigkeit zu gewährleisten und die Patientendaten vor ungerechtfertigten Zugriffen zu schützen.**

### **Gesundheits-Apps und -Software auf Verordnung erfordern einen Nutznachweis**

Die Ärztekammer appelliert an den Bundesgesundheitsminister, bei aller Begeisterung für die Möglichkeiten digitaler Anwendungen, nicht die Grundprinzipien der Medizin außer Kraft zu setzen.

1. Wenn Gesundheits-Apps zu Lasten des Solidarsystems verordnet werden können, müssen sie sowohl nachweisen, dass sie nicht schaden (*primum nil nocere*) als auch, dass ein Nutzen für die Patienten vorliegt.
2. Für professionelle Medizin-Apps mit valider Datenerhebung, Nutzen und gutem Datenschutz muss ein zertifizierter Distributionskanal eingerichtet werden und nur die dort verfügbaren Apps dürfen durch Versicherungsgelder finanziert werden. Nur wenn die Ärztin/der Arzt das Herunterladen aus so einem professionellen App-Kanal empfehlen kann, sind auch die Haftungsfragen geklärt und werden nicht in das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis übertragen.

Patienten müssen durch das Gesundheitsministerium darüber informiert werden, dass jedes Update Veränderungen der Datenschutzerklärungen mit sich bringen kann.

### **Beachtung von genderspezifischen Daten bei der Entwicklung medizinischer Apps**

Bei der Entwicklung von medizinischen Applikationen müssen zwingend Genderspezifika beachtet werden. Hierzu gehört auch, dass dargelegt wird, inwieweit die Erhebungen und Grundlagen ebenso wie verwendete Statistiken schon genderspezifische Daten enthalten.

### **Elektronische Patientenakten**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein spricht sich grundsätzlich dafür aus, elektronische Patientenakten einzuführen. Die Qualität der Behandlung auf der Basis von elektronischen Patientenakten jedoch ist abhängig von der Integrität ihrer Einträge. Eine der ärztlichen Versorgung dienende

elektronische Patientenakte muss strukturierte, durchsuchbare und ausschließlich ärztlich validierte Daten enthalten.

Entsprechend der Gesetzgebung müssen Krankenkassen ihren Patienten elektronische Patientenakten anbieten, mittels derer diese ihre eigenen medizinischen Daten verwalten können. Zumeist können so Dokumente oder Abrechnungsdaten gesammelt und verwaltet werden. Positiv hierbei ist, dass der Patient persönliche Daten beliebig verwenden und speichern, löschen oder erweitern kann. Als problematisch für die ärztliche Versorgung bewertet die Ärztekammer Nordrhein jedoch, dass die Daten in diesen Akten nicht strukturiert zur Verfügung gestellt werden. Die Option, dass Patienten ungefiltert Daten in die Akte einbringen können, kann die Akte ebenso unübersichtlich machen wie die Durchmischung von Behandlungs- und Abrechnungsdaten.

Damit eine elektronische, der Versorgung dienende Patientenakte im Versorgungsalltag eine hohe Akzeptanz bei Patientin/Patient und Ärztin/Arzt erfährt, fordert die Ärztekammer Nordrhein die Möglichkeiten der Technik besser zu nutzen, um eine intelligente Analyse und Verknüpfung der eingestellten Patientendaten zu erreichen. Hierzu sind Tools notwendig, die über die reine Ablage von PDFs (von z.B. Arztbriefen, Befunden, Labordaten), Diagnosen und Behandlungsempfehlungen auch eine Mustererkennung von Krankheitsdiagnosen anbieten und so entscheidungsunterstützend fungieren. Nur so kann eine moderne, der Versorgung von Patientinnen und Patienten dienende elektronische Patientenakte für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte gleichsam hilfreiche Nutzung gewährleisten (intelligente Akte). Um das Potenzial der elektronischen der Versorgung dienenden Patientenakten auszuschöpfen, müssen alle relevanten Behandlungsdaten vollständig und ausreichend detailliert erfasst und vom System intelligent verknüpft werden. Je vollständiger und umfangreicher die Daten sind, desto hilfreicher sind sie im Alltag. **Hierbei entsteht jedoch ein Spannungsfeld zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und dem Einsatz der elektronischen Patientenakte als zentrales Versorgungsinstrument. Dieser Aspekt muss in der Gesellschaft unbedingt diskutiert werden. Dabei gebietet das Recht auf Selbstbestimmtheit des Patienten, dass er der Weitergabe seiner Patientenakte über den jeweils behandelnden Arzt hinaus selektiv oder insgesamt wider-**

**sprechen kann. Diese Maßgabe dient auch der Stärkung des unverzichtbaren Vertrauensverhältnisses zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt.**

Eine höhere Akzeptanz der elektronischen Patientenakten in der Ärzteschaft ist nur dann zu erreichen, wenn sich der Mehrwert zu den Archivierungssystemen, die von den Krankenkassen als elektronische Patientenakten angeboten werden sollen, direkt erschließt. **Eine versorgungsrelevante elektronische Patientenakte muss vom reinen Archiv zum Dialogpartner für die Ärztinnen und Ärzte gemacht werden.** Hierbei ist es haftungsrechtlich notwendig, dass für jeden Eintrag, beziehungsweise jedes Dokument ersichtlich zu machen ist, **wer es wann und in welchem Kontext eingestellt hat und welche Informationen zu welchem Zeitpunkt für den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin einsehbar waren.** Zudem müsse die elektronische Patientenakte in der Lage sein, Behandlungsdaten in ihrem Kontext zu präsentieren.

Die Ärztekammer Nordrhein weist darauf hin, dass für eine gute ärztliche Versorgung im ersten Schritt ein strukturierter Notfalldatensatz hilfreich wäre. Dass diese „kleine“ jedoch ärztlich definierte elektronische Patientenakte sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch den behandelnden Ärztinnen und Ärzten als sinnvoll und umsetzbar angesehen wurde, hat die Testung des Notfalldatensatzes (NFD-Sprint) im Raum Münster gezeigt. Ein ebenso sinnvoller Schritt ist eine breit akzeptierte ärztliche elektronische Kommunikation mit einem elektronischen Arztbrief, der jedoch nicht als PDF erfolgen soll, sondern strukturierte Daten enthalten muss, damit die Erstellung des Briefes ebenso wie die Übernahme in eine elektronische Akte unkompliziert erfolgen kann.

### **Voraussetzung für sinnvolle Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Die Ärztekammer Nordrhein begrüßt die Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, sofern folgende Ziele erreicht bzw. folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Die Verbesserung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten
- Bürokratieabbau und Erleichterung ärztlicher Tätigkeit in Klinik, Praxis und MVZ
- Gewährleistung eines höchsten Schutzniveaus der sensiblen Patientendaten
- Freiwilligkeit der Weitergabe von Gesundheitsdaten für den Patienten im Rahmen seiner informationellen Selbstbestimmung

- Keine Sanktionen für Ärzte, die im Rahmen gewissenhafter Berufsausübung und unter Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung die Daten ihrer Patienten schützen
  - Digitale Anwendungen können nur Ergänzung, aber kein Ersatz für ärztliche Behandlung sein
  - Berücksichtigung der Position des Weltärztebundes zur künstlichen Intelligenz (WMA-Statement „on augmented intelligence in medical care“, Oktober 2019)
- Neben individuellem Datenschutz ist die Datensicherheit von großer Wichtigkeit. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert den Gesetzgeber auf, Regelungen zu schaffen, um finanzielle Mittel für den technischen Ausbau und den laufenden Unterhalt der Datensicherheit in allen Versorgungsbereichen dauerhaft bereitzustellen.

#### Reform der Akademie

Die Kammerversammlung unterstützt das Anliegen einer Reform der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung. Zur Weiterentwicklung sollen beispielsweise folgende Reformziele umgesetzt werden:

1. Ein interaktiver Zugang zum Fortbildungsangebot.
2. Eine den aktuellen Ansprüchen angepasste Homepage.
3. Ein didaktisch modernes Kurskonzept mit adäquat aufbereitetem E-Learning wie virtuelle Lehre, Webinare, videobasierte Kurse, Lern-App usw.
4. Eine Konzeption für moderne Kongressveranstaltungen.

Die Entwicklung der Konzepte findet in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung statt.

#### Reform der Akademie

Die Kammerversammlung bittet den Vorstand dafür Sorge zu tragen, die erfolgreiche Arbeit der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung durch geeignete strukturelle, personelle und finanzielle Maßnahmen weiterzuentwickeln und zukunftsfest zu machen. Dabei soll die bisherige Strategie, ausschließlich nicht gesponserte Fortbildungsmaßnahmen zu erschwinglichen Preisen anzubieten, unverändert fortgesetzt werden. Neben der Optimierung des bisherigen Fortbildungsangebotes soll zukünftig im Rahmen der satzungsgemäßen Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Schwergewicht auf die Entwicklung elektronisch basierter Fortbildung gelegt werden. Flankierend sollen verstärkt Maßnahmen ergriffen werden, das Fortbildungsangebot der Nordrheinischen Akademie bei den Kammermitgliedern noch besser bekannt zu machen und auch die Zugänglichkeit zu erleichtern.

## Delegierte der Ärztekammer Nordrhein zum 123. Deutschen Ärztetag vom 19.05.2020 bis 22.05.2020 in Mainz (gewählt in der Kammerversammlung am 16. November 2019)

### Fraktion „Marburger Bund“

#### Delegierte

- Dr. med. Lydia Berendes, Krefeld
- Dr. med. Jan Brünsing, Köln
- Dr. med. Sven Dreyer, Düsseldorf
- Dr. med. univ. Feras El-Hamid, Waldbröl
- Dr. med. Christiane Groß, M. A., Wuppertal
- PD Dr. med. Hansjörg Heep, Essen
- Dr. med. Thorsten Hornung, Bonn
- Michael Krakau, Köln
- Dr. med. Anja Mitrenga-Theusinger, M. Sc., Leverkusen
- Dr. med. Wilhelm Rehorn, Düsseldorf
- Jonathan Sorge, Aachen
- Steffen Veen, Essen
- Eleonore Zergiebel, Düren

#### Ersatzdelegierte

- Dr. med. Regine Arnold, Köln
- Dr. med. Dagmar Hertel, Köln
- Andreas Fleischer, Bonn
- Dr. med. Wolfgang Klingler, Moers
- Dr. med. Silvia Kowalski, Bonn
- Dr. med. Ursula Stalmann, Moers

- Prof. Dr. med. Gisbert Knichwitz, MBA, Köln
- Dr. med. (I) Martina Franzkowiak de Rodriguez, MPH, Düsseldorf
- Dr. med. Christina Banner-Janßen, Essen
- Dr. med. Daniel Krause, Köln
- Carina Susanne Lipp, Düsseldorf
- Dr. med. Theresia Catharina Sarabhai, Düsseldorf
- Dr. med. Thomas Scheck, Bonn
- Rudolf Henke, Aachen

### Fraktion „Das Ärztebündnis“

#### Delegierte

- Christa Bartels, Düren
- Prof. Dr. med. Bernd Bertram, Aachen
- Wieland Dietrich, Essen
- Melissa Camara Romero, Eschweiler
- Dr. med. Ivo Grebe, Aachen
- Dr. med. Ernst Lennartz, Heinsberg
- Dr. med. Lothar Rütz, Köln
- Dr. med. Stefan Schröter, Essen
- Dr. med. Herbert Sülz, Wipperfürth
- Barbara vom Stein, Burscheid

- Dr. med. Joachim Wichmann, MBA, Krefeld
- Thomas Franke, Mülheim

#### Ersatzdelegierte

- Dr. med. Hans Uwe Feldmann, Essen
- Dr. med. Birgit Utako Barnikol, Köln
- Dr. med. Bernhard Welker, Bonn
- Dr. med. Michael Rado, Bergheim

### Fraktion „VoxMed“

#### Delegierte

- Bernd Zimmer, Wuppertal
- Dr. med. Arndt Berson, MHBA, Kempen
- Dr. med. Oliver Funken, Rheinbach
- Dr. med. Rainer Holzborn, Duisburg

#### Ersatzdelegierte

- Dr. med. Christiane Friedländer, Düsseldorf
- Dr. med. Guido Marx, Köln
- Dr. med. Claus Cantus, Düsseldorf
- PD Dr. med. Johannes Kruppenbacher, Bonn
- Dr. med. Martin Stankowski, Köln
- Dr. med. Stephan Kern, Bonn
- Dr. med. Stefan König, Dinslaken

Bei Ausfall einer/eines Delegierten tritt an deren/dessen Stelle die/der Ersatzdelegierte der jeweiligen Fraktion in der Reihenfolge der Nominierung