

der Qualität und von Innovationen, Schutz und Gewährleistung des individuellen Patient-Arzt-Verhältnisses – zur Geltung kommen können.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert daher, dass das GOÄ-Konzept der Bundesärztekammer Grundlage für die Weiterentwicklung der GOÄ sein und unverzüglich aufgegriffen werden muss. Eine weitere Verzögerung verschärft die Konflikte, vergrößert die Rechtsunsicherheit, belastet Patienten und Ärzte – eine Verschiebung in die nächste Legislaturperiode ist nicht hinnehmbar. □

Abschaffung des GOÄ-Ostabschlages

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 in Berlin fordert die Bundesregierung mit Nachdruck auf, den Gebührenabschlag Ost in Höhe von zehn Prozent der privatärztlichen Leistungen der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe in den neuen Bundesländern und in Ostberlin endlich abzuschaffen.

Die zehnjährige Honorarkürzung in den neuen Bundesländern und Ostberlin gilt nur noch für Ärzte und einige weitere Gesundheitsberufe. Die angefügte Übersicht über die Honorarsituation der Freiberufler in den neuen Bundesländern belegt die Situation. Die Begründung der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, dass die unterschiedlichen wirtschaftlichen Bedingungen und die unterschiedlichen Lebensverhält-

Freiberufler und ihre Gebühren: Der Ost-West-Abschlag (Stand: 7. 5. 2004)		
Berufsgruppe	Gebühren in den neuen Bundesländern in % der Gebühren der alten Bundesländer	Bemerkungen
Ärzte	90 %	Nach den einzelnen Gebührenanpassungsverordnungen: 1. 1991: 60 % 2. 1993: 75 % 3. 1994: 81 % 4. 1999: 86 % 5. 2001: 90 % BMG (noch unter Bundesminister Horst Seehofer) hatte bereits zum 1. 1. 2000 100 % angekündigt. Einen Anpassungsbedarf sieht das Ministerium inzwischen nicht mehr, auch nicht nach den jüngsten Änderungen im rechts-, steuer- und wirtschaftsberatenden Bereich.
Zahnärzte	90 %	zur Gebührenentwicklung s. Ärzte
Tierärzte	84 %	seit 1. 8. 1999
Physiotherapeuten	zwischen 73 % und 94 %	
Logopäden	100 %	seit Juni 2001 Kompromiss: Verzicht der Logopäden auf eine Gebührenerhöhung bis Ende 2002
Berufsbetreuer	100 %	ab 1. 7. 2004 bzw. in Berlin bereits seit dem 1. 1. 2003
Notare	100 %	ab 1. 7. 2004
Rechtsanwälte	100 %	ab 1. 7. 2004
Steuerberater	100 %, auch vor Gericht	seit dem 1. 1. 1991 bzw. vor Gericht ab dem 1. 7. 2004
Vor Gericht: Öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige	100 %	ab 1. 7. 2004
Architekten	100 %	ab 1. 1. 1993
Ingenieure	100 %	ab 1. 1. 1993
Seelotsen	100 %	ab 1. 2. 1998

nisse in Ost und West den Honorarabschlag für Ärzte bedingen, wirft die Frage auf, ob sich die wirtschaftliche Entwicklung und die Lebensbedin-

gungen im Osten Deutschlands ausschließlich auf den Arzt und die Gesundheitsberufe auswirken und bei den anderen Freien Berufen keine Rolle spielen. Private Krankenversicherungen machen ebenfalls keinen Unterschied in der Beitragsgestaltung zwischen Ost und West.

Der permanent entgegengehaltene formale Hinweis auf die Kopplung der ärztlichen Privathonorare im Osten an die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung vermischt zwei Versorgungsbereiche, die auf völlig anderen gesetzlichen Grundlagen beruhen und auch anderen Rahmenbedingungen unterliegen. Der Bezug der Privathonorare auf eine Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung ist rechtlich fragwürdig.

Die Situation in Berlin ist inzwischen vollkommen unzumutbar, da Ärzte im Ostteil der Stadt oder in Potsdam ihre Patienten, auch aus dem Westteil oder den alten Bundesländern, zu ermäßigten Sätzen behandeln müssen. Zunehmend werden Investitionen von Wirtschaftsunternehmen nur im Westen Berlins getätigt (Hernienzentrum, Frauenklinikum, etc.). Der Wirtschaftsstandort Ostberlin ist benachteiligt.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, endlich den Ostabschlag zu beseitigen! Die Abwertung der Tätigkeit von Ärzten in Ostdeutschland muss 15 Jahre nach Wiedervereinigung beendet werden!

Dies wäre ein politisches Signal für die Ärzteschaft in den neuen Bundesländern zur Würdigung ihres beruflichen Einsatzes (s. Tabelle). □

Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VII

Ärztliches Fehlermanagement/ Patientensicherheit

Initiativen der Ärzteschaft zur Förderung von Patientensicherheit

Patientensicherheit ist für die Ärzteschaft oberstes Gebot. Das ethische Gebot des „primum nil nocere“ – zuallererst keinen Schaden anrichten – ist so alt wie die Medizin selbst. Aber das Thema ist nicht einfach. Es ist emotional besetzt und mit psychologischen, juristischen und administrativen Schwierigkeiten gepflastert. Missbrauch oder Dramatisierung war in der Vergangenheit bei diesem Thema häufig. Gleichwohl bestehen Handlungsbedarf und neue Handlungsmöglichkeiten.

Die Herausforderungen:

Die Medizin wird leistungsfähiger, aber komplexer

Während vor 20 Jahren zahlreiche Krankheiten unheilbar waren oder nur wenige Therapieverfahren zur Verfügung standen, gibt es jetzt eine große Auswahl unterschiedlicher Möglichkeiten, kranken Menschen zu helfen. Dies gilt beispielsweise bei Aids-Patienten, bei Tumorkranken oder bei Patienten mit Zuckerkrankheit. Neue Medikamente versprechen bessere Behandlung, Nebenwirkungen werden jedoch erst im Alltag entdeckt.

Unsere Patientinnen und Patienten leben länger

Der demographische Wandel macht vor der Medizin nicht halt. Ältere Menschen sind zunehmend öfter chronisch krank oder haben mehrere Krankheiten auf einmal. Dies macht sie anfälliger für Risiken und Nebenwirkungen medizinischer Behandlungen. Selbstverständlich möchten alle am medizinischen Fortschritt teilhaben.

Die Rahmenbedingungen, gute Medizin zu gewährleisten, werden kontinuierlich schlechter

Kostendruck und Wettbewerb führen zu undifferenzierten Einsparungen mit der Konsequenz der Gefährdung der Patientenversorgung. In immer kürzerer Zeit und mit weniger Personal müssen immer mehr Patienten mit immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreut werden.

Die gewandelten Rahmenbedingungen haben einen neuen Bedarf zur Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien in Klinik und Praxis erzeugt. Zur

klassischen Aufarbeitung von Behandlungsfehlern unter haftungsrechtlichem Blickwinkel treten Verfahren und Initiativen zur Erkennung von systembedingten Gefährdungspotenzialen und zur Fehlervermeidung hinzu.

Neue Erkenntnisse und Möglichkeiten sind:

Besseres Wissen über Fehlerentstehung und Fehlervermeidung

Aus der Arbeits- und Organisationspsychologie wissen wir, dass Organisations- und Kommunikationsmängel führende Fehlerursachen überall dort sind, wo Menschen arbeiten. An den Ursachen und an der Beseitigung muss intensiv gearbeitet werden.

Noch wird in der Patientenversorgung allzu oft nach dem „Sündenbock-Prinzip“ gearbeitet („Wer war schuld?“), anstelle zu fragen „Was war schuld?“. So erscheint ein Systemfehler als individuelles Verschulden eines Arztes. Dies ist ungerecht und sachlich falsch.

Neue Initiativen zur Vermeidung von Fehlern und Erhöhung der Patientensicherheit

Neuere Fehlermeldesysteme wie CIRS (Critical Incident Reporting System) basieren auf dem prozessorientierten Ansatz, dass Fehler in einer medizinischen Behandlung weniger häufig auf dem schicksalhaften Versagen einer Einzelperson als auf der Verkettung mehrerer Schwachstellen beruhen. Die Suche von Beinahe-Fehler-Berichtssystemen wie CIRS konzentriert sich auf eben diese Schwachstellen oder Zwischenfälle, die für sich betrachtet noch nicht zu einem Schaden für die Patientinnen und Patienten geführt haben, aber in Kombination mit einer anderen Schwachstelle zu einem Schaden hätten führen können.

Fortbildungsangebote der Ärztekammern in Fehler- und Risikomanagement stoßen auf große Resonanz unter den Kammermitgliedern.

Das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement wird dieser Entwicklung durch Neugewichtung und Ergänzung der Lerngebiete Rechnung tragen.

Module zu Risikomanagement in Klinik oder Praxis sind integraler Bestandteil von Zertifizierungsprogrammen, wie Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTO), oder Qualitäts-Management-Systemen, wie Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP).

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist seit Jahrzehnten auf dem Gebiet der Medikationsfehlervermeidung tätig und hat anlässlich ihres Kongresses für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie im April 2005 in Saarbrücken ein Sonderheft ihrer Zeitschrift „Arznei-Verordnungen in der Praxis“ (AVP) zum Spontanmeldesystem für Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen vorgelegt.

Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern, die im Bereich der außergerichtlichen Streitschlichtung tätig sind, haben eine neue bundeseinheitliche Statistik entwickelt, die eine aussagekräftigere Verwertung der Daten ermöglicht.

Unter Federführung des Ärztlichen Zentrums für Qualität (ÄZQ) sind ein Buch und ein Glossar „Patientensicherheit“ sowie das Internetforum (www.forum-patientensicherheit.de) erstellt worden. Die Ärzteschaft unterstützt darüber hinaus die Einführung anonymer Beinahe-Fehler-Berichts- und Lernsysteme wie (www.jederfehlerzaehlt.de) für Hausärzte oder das Schweizer CIRS. Aktuell hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 12. 4. 2005 ein internetbasiertes CIRS-Angebot zur freiwilligen Teilnahme für alle Ärzte kostenlos zur Verfügung gestellt (<http://cirsmedi cal.kbv.de/>).

Hoher berufspolitischer Stellenwert von ärztlichem Fehlermanagement und Patientensicherheit

Die systematische Befassung mit der Sicherheit der Patientenversorgung ist zentrale Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung und Ausdruck professionellen ärztlichen Selbstverständnisses. Das Prinzip der Gemeinwohlbildung der Ärztekammern und die ärztliche Ethik sind Grundlage für die Übernahme neuer Erkenntnisse und Möglichkeiten zur Förderung der Patientensicherheit.

Mit Beschluss vom Oktober 2004 haben die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung die Bildung einer Netzwerkorganisation zur Förderung von Patientensicherheit befürwortet. Hiermit sollen bereits auf Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung und der medizinischen Fachgesellschaften entwickelte Initiativen gebündelt und neue Maßnahmen, wie zum Beispiel Beinahe-Fehler-Berichtssysteme und Risikomanagement, gefördert werden. Dies gelingt jedoch nicht im Alleingang, sondern setzt berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und vertrauensvollen gegenseitigen Austausch der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens voraus. Das Prinzip der Netzwerkorganisation gewährleistet gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Kooperation.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest:

- Maßnahmen zur Erhöhung von Patientensicherheit basieren auf Vertrauen. Beinahe-Fehler-Berichtssysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention. Dass über vermeidbare Zwischenfälle berichtet wird, setzt neben der Freiwilligkeit der Teilnahme an einem Berichtssystem voraus, dass lückenlos anonymisiert und frei von Schuldzuweisungen gearbeitet werden kann.

- Im Zentrum der Entwicklungsarbeit für neue Fehlervermeidungsstrategien steht die Suche nach organisations- oder kommunikationsbedingten Verbesserungspotenzialen und Schnittstellenproblematiken in der Behandlungs- beziehungsweise Versorgungskette; die individuelle Verantwortung bleibt unberührt.

- Plakative Schuldzuweisungen und Skandalisierungen des Themas führen nicht zur Aufklärung, sondern zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten, und schaden der Patientensicherheit.

- Die Förderung einer sicheren Patientenversorgung führt zu einer „Win-win-win-Situation“ durch eine sicherere Versorgung, solidere Arbeits-

bedingungen von Ärztinnen und Ärzten und weniger Kosten.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt

- die Entwicklung und Implementierung von Fehlervermeidungsstrategien in der medizinischen Versorgung;

- die Unterstützung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung von Methoden und Instrumenten zur kontinuierlichen Erhöhung der Patientensicherheit;

- die Flankierung der Initiativen zur Patientensicherheit durch Versorgungsforschung;

- die Zusammenführung und Koordination bestehender Aktivitäten zur Intensivierung des interdisziplinären Erfahrungsaustauschs und Wissenstransfers in einer Netzwerkorganisation;

- die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. als eine solche Netzwerkorganisation. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde in einer konzertierten Aktion gemeinsam mit Vertretern der Patientinnen und Patienten am 11. 4. 2005 in Düsseldorf gegründet und steht allen Ärztinnen und Ärzten und anderen Partnern des Gesundheitswesens offen, die sich zur Thematik Patientensicherheit engagieren wollen;

- die Erarbeitung eines Positionspapiers zur Bedeutung der Obduktion als Bestandteil der Fehleranalyse und Qualitätsanalyse. □

Patientensicherheit

Der 108. Deutsche Ärztetag lehnt fachübergreifende Bereitschaftsdienste in Kliniken im Interesse der Patientensicherheit generell ab. Die medizinischen Fachgesellschaften werden dringend aufgefordert – sofern nicht bereits geschehen – hierzu klare Positionen zu beziehen.

Begründung

An einer steigenden Anzahl von Krankenhäusern werden trotz vorhandener Fachdisziplinen aufgrund der „Mobilisierung ökonomischer Reserven“ fachübergreifende Bereitschaftsdienste durch die Klinikleitungen eingeführt. Dies stellt nicht nur eine Gefährdung der Patientensicherheit dar, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die personelle Besetzung des Bereitschaftsdienstes oft nicht mit Kolleginnen und Kollegen mit abgeschlossener Facharztqualifikation erfolgt, sondern ist auch – vor dem Hintergrund des „Facharzt-Urteils“ des Bundesgerichtshofes (BGH) – kritisch zu sehen, da es mit erheblichen Risiken verbunden ist. □

Ablehnung von nichtärztlichen Operations- und Anästhesieassistenten

Der 108. Deutsche Ärztetag sieht mit Besorgnis zunehmende Tendenzen, originär ärztliche Tätigkeiten aus Gründen der Kostenersparnis auf nicht-ärztliches Personal zu verlagern.

Hier sind besonders der Einsatz von Operations- und Anästhesieassistenten zu erwähnen.

Die Verlagerung bisher ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal bedeutet eine Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung und hat erhebliche negative Auswirkungen auf die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses. □

Risikomanagement in der universitären Ausbildung

Bereits die Studierenden der Medizin müssen in Fragen des Risikomanagements und der Fehler-

analyse eingeführt werden. Geeignet dafür sind Unterrichtungen in Qualitätsmanagement, die die medizinischen Fakultäten leisten sollten. □

Voraussetzungen von Qualitäts- und Risikomanagement

Der 108. Deutsche Ärztetag weist die Krankhausträger und Verwaltungen darauf hin, dass für eine erfolgreiche Qualitätssicherung und ein erfolgreiches Risikomanagement die Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals entscheidend verbessert werden müssen.

Hierzu zählen als Voraussetzungen insbesondere:

- adäquate Bezahlung aller erbrachten Arbeitsleistungen;
- Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes;
- echtes Klima der Kollegialität zwischen und auf allen Hierarchieebenen;
- ausreichende Personalausstattung;
- kontinuierliche Fortbildung mit finanzieller und zeitlicher Unterstützung durch den Arbeitgeber. □

EntschlieBungen zum Tagesordnungspunkt VIII

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Telematik im Gesundheitswesen

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Anfang 2006 soll nach dem Willen des Gesetzgebers eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden. Voraussetzung für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte ist die umfassende elektronische Vernetzung aller Sektoren des Gesundheitswesens (Telematik-Infrastruktur). Mit der eGK sollen Anwendungen wie elektronische Verordnung (e-Rezept), elektronischer Notfallausweis, elektronischer Arztbrief, elektronische Werkzeuge zur Verbesserung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie und eine elektronische Patientenakte eingeführt werden. Mit der eGK ist auch die Einführung von elektronischen Arztausweisen und elektronischen Ausweisen für andere Heil- und Gesundheitsberufe verbunden.

Der 108. Deutsche Ärztetag ist sich bewusst, dass mit der Einführung der eGK und der mit ihr verbundenen sicheren Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen eine Plattform für Integration und Kooperation geschaffen wird, die für alle beteiligten Professionen und Institutionen sowie die Patienten große Chancen eröffnet.

Chancen der Telematik

Verfügbarkeit relevanter Behandlungsdaten

Die Telematik bietet Ärzten die Möglichkeit, im Behandlungsfall die oft zeitraubende Beschaffung von Vorbefunden zu vereinfachen und zu beschleunigen. In einer durch Mobilität geprägten Gesellschaft eröffnet sich Ärzten die Möglichkeit, auf die im Gesundheitswesen an verschiedenen Stellen bereits vorhandenen Daten eines Patienten

zugreifen. So können sie sich in kürzerer Zeit ein umfassendes Bild von bereits durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen machen, den Krankheitsverlauf besser beurteilen und gezielter weiterbehandeln.

Erhöhung der Arzneimittelsicherheit

Bei der Arzneimitteltherapie ergeben sich durch eine sinnvoll gestaltete und umfassende Dokumentation der von verschiedenen Ärzten verordneten und der im Zuge der Selbstmedikation vom Patienten selbst eingenommenen Arzneimittel neue Möglichkeiten, potenzielle Wechselwirkungen auszuschließen, notwendige Dosisanpassungen zu erkennen und damit unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden.

Verbesserung der Notfallversorgung

In medizinischen Notfällen bietet die eGK die Möglichkeit, sich im Anschluss an die Erstversorgung bereits sehr früh ein besseres Bild vom Gesundheitszustand des Patienten und möglicherweise bestehenden besonderen Risiken zu machen, und wer im weiteren Behandlungsverlauf Ansprechpartner für das Einholen weiterer Informationen sein kann.

Stärkung der innerärztlichen Zusammenarbeit und Kooperation

Durch die Einführung des elektronischen Arztausweises und eines sicheren Kommunikationsnetzes im Gesundheitswesen bietet sich für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, Befunde und Arztbriefe elektronisch sicher verschlüsselt via E-Mail auszutauschen. Durch Vereinheitlichung der technischen Infrastruktur ergeben sich neue Chancen für die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten und alle Formen der sektorübergreifenden Kooperation, da neue Partner schneller in bestehende Netzwerke einbezogen werden können.

Entlastung von administrativen Aufgaben

Die Telematik schafft schließlich auch die Grundlage, Ärzte von administrativen Aufgaben zu entlasten, die durch Mehrfachdokumentationen entstehen. Zukünftig bietet sich z. B. die Möglichkeit, Daten für die eigene Dokumentation, für ein Krebsregister, zum Zweck der Qualitätssicherung und für eine klinische Studie nur einmal zu erfassen und dann für verschiedene Zwecke zu nutzen.

Unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen der Telematik

Bei allen Chancen ist sich der 108. Deutsche Ärztetag jedoch der notwendigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung und Nutzung der Telematik bewusst. Kommunikation ist Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit. Die Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien wird umfassende Auswirkungen auf alle Bereiche ärztlichen Handelns und auf die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten haben. Die Ärzteschaft in Deutschland wird kritischer Begleiter dieser Entwicklung sein und wird sie aktiv mitgestalten. Für die Einführung der eGK und der Telematik-Infrastruktur erhebt der 108. Deutsche Ärztetag die folgenden Forderungen:

Gesicherte Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln schaffen

Für die Ärzte ist ein rechtlich, organisatorisch und technologisch vertrauenswürdiger Rahmen zur Nutzung von Telematik zu schaffen. Es sind ausreichend lange Übergangsregelungen einzuräumen. Ärzte, die Telematik einsetzen, müssen sichergehen können, dass sie bei korrekter Anwendung nicht Gefahr laufen, gegen die ärztliche Schweigepflicht und sonstige Vorschriften zur vertraulichen Behandlung von Patientendaten zu verstoßen. Im Rahmen der Einführung der Telematik ist auch der Datenschutz der Ärzte umfassend zu berücksichtigen und wirksam abzusichern.

Vertrauen der Patienten in die Telematik ermöglichen

Dem Anspruch von Patienten und Versicherten, sich vertrauensvoll dem Arzt offenbaren zu kön-