

Auszüge aus dem

BESCHLUSSPROTOKOLL

DES

106. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES

vom 20. – 23. Mai 2003

in KÖLN

Zusammenstellung der wichtigsten Beschlüsse zu diversen
bioethischen Themen

Zusammengestellt am 27.05.03 anhand des offiziellen Protokolls von
Christian Frodl, InteressensGemeinschaft Kritische Bioethik Bayern,
abrufbar auf dem Gemeinschaftsportal der InteressensGemeinschaften Kritische Bioethik
Deutschland unter

www.kritische-bioethik.de

Quelle: Originalprotokoll zum Ärztetag unter
http://www.baek.de/30/Aerztetag/106_DAET/04Beschluss.pdf

Diese Informationsschrift wurde erstellt am für die InteressensGemeinschaften Kritische Bioethik Deutschland und alle bioethik-kritischen Interessierten. Es handelt sich um eine Zusammenstellung von Beschlüssen des 106. Ärztetages in Köln zu verschiedenen bioethischen Themen, entnommen aus dem oben angegebenen 82-seitigen Original-Protokoll. Verbindlich ist allein das Original-Protokoll.

Zu Punkt III der Tagesordnung: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland

Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland

1. Palliativmedizin

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksachen III-01a und III-01b) und von Dr. Holfelder (Drucksache III-01c) fasst der 106. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Wir Ärztinnen und Ärzte betreuen Patienten, für die es keine kurativen Therapien mehr gibt. Der Umgang mit diesen Patienten bringt große physische, psychische, soziale und seelische Belastungen für die Patienten selbst, aber auch für die Angehörigen und das behandelnde Team, insbesondere die Pflegekräfte und Ärzte, mit sich.

Ängste in der Bevölkerung vor einem menschenunwürdigen Leben in einer solch scheinbar ausweglosen Situation, lassen immer wieder die Forderung der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aufkommen.

Die Konsequenz aus diesem Problemkreis heißt nicht Resignation oder Hoffnungslosigkeit, sondern aktives, palliativmedizinisches Handeln, das heißt Entwickeln einer Lebensperspektive für Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Dies kann erreicht werden durch eine umfassende Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerztherapie, sowie mitmenschliche Begleitung und Verwirklichung realistischer Hoffnung, um die Menschenwürde bis zum Lebensende zu bewahren.

Der Deutsche Ärztetag erachtet die Stärkung und Förderung der Palliativmedizin und Schmerztherapie als notwendig und lehnt die Euthanasie und die Hilfe zur Selbsttötung ab.

Der 106. Deutsche Ärztetag begrüßt daher die Aufnahme der Palliativmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt mit Nachdruck die in der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung vorgesehene wichtige Stellung der Palliativmedizin als ein wesentliches Element der ärztlichen Tätigkeit.

Der 106. Deutsche Ärztetag fordert:

- **die Aufnahme der Palliativmedizin als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung für Ärzte und ihre Zulassung als Wahlfach für die abschließende ärztliche Prüfung**

Die Palliativmedizin wurde mit der letzten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) im Frühjahr 2002 zwar namentlich in die ÄAppO aufgenommen, ohne Anerkennung als Querschnittsbereich bzw. Wahlfach bleibt diese Erwähnung jedoch weitgehend wirkungslos. Unter dem jetzigen Wortlaut der Approbationsordnung hängt es allein vom Engagement der einzelnen medizinischen Fakultät ab, ob palliativmedizinische Inhalte auch prüfungsrelevant sein können. Daher wird wahrscheinlich auch weiterhin nur ein kleiner Teil der Medizinstudenten mit den Grundlagen der Palliativmedizin vertraut gemacht werden.

- **den Auf- und Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen**

Die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Die zeit- und betreuungsintensive Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen wird aber häufig durch Rahmenbedingungen belastet,

die eine angemessene Versorgung in häuslicher Umgebung am Lebensende schwer oder unmöglich machen. Modellprojekte, die deutlich zeigen konnten, wie sehr spezialisierte Unterstützungssysteme hilfreich zur häuslichen Versorgungsqualität Schwerkranker und Sterbender beitragen können, sind bis heute auf wenige Regionen beschränkt. Und das, obwohl es durch solche Unterstützungssysteme möglich ist, die medizinische Versorgung der zu Hause sterbenden Patienten eindrucksvoll zu verbessern.

Vor dem Hintergrund der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalen-Systems (DRG) und der dadurch zu erwartenden schnelleren Verlegung von besonders schwerkranken und sterbenden Menschen in ihre häusliche Umgebung ist der Aufbau leistungsfähiger ambulanter Strukturen der palliativmedizinischen Versorgung notwendig.

- Die zuständigen Stellen werden aufgefordert, bisher bestehende bürokratische Hemmnisse in der (finanziellen) Versorgung Schwerstkranker zu beseitigen, z.B. schnellere Zuerkennung der entsprechenden Pflegestufen etc..

- **den Auf- und Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen im stationären Bereich und die Anpassung der Krankenhausfinanzierung an die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen**

Die unveränderte Einführung diagnoseorientierter Fallpauschalen (DRG) zur Krankenhausfinanzierung wird die Einrichtung und den Betrieb von Palliativstationen massiv gefährden, weil die neuen Fallpauschalen die Palliativmedizin nicht sachgerecht abbilden können.

Durch die seit dem 01.01.2003 im Einsatz befindliche DRG-Version wird die palliativmedizinische Behandlung von Schwerkranken und Sterbenden nicht korrekt dargestellt. Dies liegt u. a. daran, dass die Palliativmedizin in Australien, dem Ursprungsland auch der deutschen DRG-Systematik, aus dem DRG-System ausgeschlossen ist und dort über andere Entgelte vergütet wird. Sollen Palliativstationen als Ort einer hohen Versorgungsqualität Schwerkranker und Sterbender erhalten bleiben und gleichzeitig ihrer Aus- und Weiterbildungsfunktion dauerhaft gerecht werden, muss eine Sonderregelung für die adäquate Finanzierung der Palliativmedizin am Krankenhaus gefunden werden.

- **Sektoren- und Berufsgruppen übergreifende Angebotsstrukturen (Integrierte Versorgung)**

Menschen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen benötigen eine möglichst reibungslose Versorgungskette mit einer optimalen interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit. Deshalb muss die starre Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Regelversorgung aufgelöst werden.

- **Förderung und Ausbau der Kinder-Palliativmedizin**

Palliativmedizinische Angebote für Kinder sind noch viel zu wenig vorhanden. Davon sind die schwerstkranken Kinder und ihre Familie betroffen. Diese brauchen palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten, die auch Eltern und Geschwister einbeziehen.

- **Palliativmedizinische und hospizliche Angebote statt Euthanasie**

Der Deutsche Ärztetag lehnt aktive Sterbehilfe (Euthanasie) ab. Er betont die Notwendigkeit guter palliativmedizinischer Angebote, um dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe eine echte Lebenshilfe entgegen zu setzen. Die rein verbale Ablehnung der aktiven Sterbehilfe ohne die Bereitstellung der Ressourcen für eine gute

Palliativmedizin ist menschenverachtend. Sie fördert die Angst der Patienten, die ohne Aussicht auf eine würdige Behandlung den Ruf nach aktiver Sterbehilfe anstimmen werden. Politiker und Kostenträger werden deshalb an ihre Pflicht erinnert, die gesetzlichen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen, dass schwerkranke und sterbende Menschen jederzeit eine gute palliativmedizinische Versorgungsqualität erhalten.

2. Ehrung von Dame Cicely Saunders

Auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache III-02) ehrt der 106. Deutsche Ärztetag:

Dame Cicely Saunders, Begründerin der Palliativmedizin an St. Christopher's Hospice in London/Großbritannien im Jahre 1967 – nach Vorarbeiten seit 1948 – in besonderer Weise für ihre Verdienste in der Betreuung und Behandlung Schwerstkranker und Sterbender.

3. Konsiliarärzte für Palliationsfragen

Auf Antrag von Herrn Zimmer (Drucksache III-03) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Träger von Kliniken, in denen regelhaft schwerstkranke und sterbende Patienten betreut werden, werden aufgefordert, „Konsiliarärzte für Palliationsfragen“ abteilungsübergreifend zu etablieren.

Begründung:

So wird schnellstmöglich eine Implementierung von palliativen, interdisziplinären Handeln angestoÙen. Neben der gezielten Weiterbildung der Hausärzte (FA für Allg. Innere und Allgemeinmedizin) und einer flächendeckenden Vermittlung von palliativmedizinischem Wissen durch Kurse der Ärztekammern (s. Westfalen-Lippe) ist hier eine Schließung der Lücken in der Breite möglich.

4. Informationsbroschüre Palliativmedizin

Der Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 106. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, eine Informationsbroschüre zur Palliativmedizin zu erstellen, die an entsprechenden Stellen (onkologischen Stationen, ambulanten Pflegediensten, hausärztlichen Praxen, etc.) ausgelegt wird, um Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und medizinisches Fachpersonal über Versorgungs- und Finanzierungsmöglichkeiten sowie weitere wichtige Themen zu informieren.

5. Bedeutung der Ernährungsmedizin

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache III-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ernährungsmedizin speziell für Tumorkranke, Demente und Cerebralgeschädigte muss eine große Rolle in der Palliativ- und hausärztlichen Medizin spielen. Noch immer sterben viele o. g. Erkrankte an Verhungern und Verdursten, wobei bekannt ist, dass die künstliche Ernährung das Leiden nicht verlängert. Diese Basisversorgung wird in der ambulanten und stationären Medizin noch stark vernachlässigt. Die Bundesärztekammer wird gebeten, dafür Sorge zu tragen, dass o. g. Antrag verstärkt Niederschlag findet in der Aus-, Fort- und Weiterbildung!

6. Palliativmedizin

Der Antrag von Herrn Zimmer, Herrn Weigeldt und Dr. Hansen (Drucksache III-06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt die bereits in der Vergangenheit getroffene Feststellung, dass die Betreuung und Begleitung Sterbender außergewöhnliche Anforderungen an Ärzte und Pflegende stellt. Zu viele alte und schwerstkranke Menschen sterben in Deutschland in Krankenhäusern.

Bei den meisten Menschen überwiegt dagegen nach wie vor der Wunsch, am Lebensende in der vertrauten heimischen Umgebung sterben zu können. Bei der Sterbebegleitung und insbesondere bei der palliativmedizinischen Betreuung haben Ärzte eine große Verantwortung. Gerade Hausärzte, zu denen ältere Menschen eine besondere – oft über die medizinische Betreuung im engeren Sinne hinausgehende – Beziehung haben, werden sich dieser Aufgabe in Zukunft noch stärker zu stellen haben. Der Deutsche Ärztetag befürwortet deshalb, dass das Thema Palliativmedizin stärker als bisher in die hausärztliche Weiterbildung integriert wird. Er befürwortet darüber hinaus eine weitere Professionalisierung in diesem Bereich durch die Einführung einer zusätzlichen Qualifikation im Weiterbildungsrecht. Die Delegierten des Deutschen Ärztetages betonen, dass Strukturen geschaffen werden müssen, die ermöglichen, dass spezialisierte Palliativmediziner und allgemein-palliativmedizinisch weitergebildete Hausärzte in enger Kooperation mit den Pflegeberufen, den Angehörigen und dem weiteren sozialen Umfeld die Bedürfnisse der Sterbenden in den Mittelpunkt stellen können. Dazu müssen im Weiterbildungsrecht und im Sozialrecht Rahmenbedingungen für eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung geschaffen werden: Eine wünschenswerte Spezialisierung ärztlichen und pflegerischen Personals an stationären Einrichtungen oder von besonders im Rahmen ambulanter Hospiz- und Palliativdienste kann dabei zur Sicherung einer flächendeckenden Betreuung nur im Zusammenwirken mit der palliativmedizinischen Begleitung in der hausärztlichen Versorgungsebene sinnvoll sein.

Quelle: Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln (PDF-Fassung, aktualisiert) Seite 35-39

Zu Punkt IV der Tagesordnung: Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung

5. Beachtung der Weltärztebund-Deklaration in der (M-)BO

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Drucksache IV-10) beschließt der 106. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, die folgende Ergänzung der (Muster-) Berufsordnung dem 107. Deutschen Ärztetag vorzulegen.

§ 15 der (Muster-)Berufsordnung wird um folgenden Absatz ergänzt:

„(4) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.“

Begründung:

Die Deklaration von Helsinki richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die Forschung am Menschen betreiben möchten. Sie ist eine Leitlinie für den ethisch korrekten Umgang mit den Problemen der Forschung am Menschen. Die derzeitige Fassung der Deklaration wurde unter Beteiligung einer Delegation der Bundesärztekammer im Oktober 2000 von der Generalversammlung des Weltärztebundes einstimmig angenommen.

Quelle: Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln (PDF-Fassung, aktualisiert), Seite 43/44

Zu Punkt V der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Notfall- und Katastrophenmedizin

1. Gewährleistung der medizinischen Versorgung im Not- und Katastrophenfall

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-03) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bund und die Länder auf, im Hinblick auf die staatliche Daseinsfürsorge für die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten bei Großschadensereignissen und Katastrophen besondere Vorkehrungen zu treffen.

Dazu müssen gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, um

- Notärztinnen und Notärzte weiterhin aus den Kliniken bereitstellen zu können,
- ausreichende Reservekapazitäten in den Krankenhäusern zu sichern,
- notwendige Arzneimittel und Sanitätsmaterialien dezentral und rasch verfügbar zu bevorraten,
- regional unterschiedliche Katastrophenschutzpläne aufeinander abzustimmen,
- den Einsatz von Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Sanitätsdienst der Bundeswehr sinnvoll zu verbinden,
- mit speziellen Einsatzgruppen die organisatorische und medizinische Kompetenz lokaler Katastrophenschutzkräfte zu unterstützen.

Begründung:

Die derzeit wieder ins öffentliche Bewusstsein gerückten Bedrohungspotentiale durch Terroranschläge, Naturkatastrophen und Infektionserkrankungen machen deutlich, dass unser Gesundheitssystem stets auch für die Versorgung einer größeren Zahl erkrankter bzw. verletzter Menschen gewappnet sein muss. Mit der vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Einführung neuer Abrechnungsbedingungen für die Krankenhäuser (Diagnosebezogene Fallpauschalen) werden ökonomische Rentabilitätswänge das medizinische Versorgungsniveau bedeutend prägen. Ohne geeignete Unterstützungsmaßnahmen seitens des Bundes und der Länder werden personelle wie materielle medizinische Vorhaltungen zur zügigen und sicheren Bewältigung von Katastrophen gefährdet bzw. gar nicht erst aufgebaut. Die rasche Verfügbarkeit mit notwendigen Arzneimitteln und Sanitätsmaterialien ist bereits jetzt nicht überall gewährleistet. Eine erforderliche Reserve bei Krankenhausbetten und die Bereitstellung von Notärztinnen und Notärzten aus den Kliniken sind im Fallpauschalensystem gar nicht vorgesehen und drohen damit verloren zu gehen.

Um besonderen Gefahren- und Schadenslagen angemessen begegnen zu können, bedarf es übersichtlicher gesetzlicher Grundlagen.

Bisher ist nur in einzelnen Bundesländern die Tatsache beachtet worden, dass nahezu alle Großschadensereignisse und Katastrophen erst nach und nach ihr volles Schadensbild erkennen lassen. Bis zur amtlichen Feststellung eines Katastrophenfalls und der Gründung von Krisenstäben sind zumeist lokale Einsatzkräfte (Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr) im Einsatz. Die gesetzlichen Grundlagen in zahlreichen Bundesländern schaffen aber Zuständigkeiten für die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes in zumeist völlig unverbundenen Regelwerken. Sanitätsdienstliche Kapazitäten der Bundeswehr sind für zivile Schadenslagen gar nicht eingeplant. Dem Ablauf größerer Schadensereignisse entsprechend fordert daher auch die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, der Mitwirkung des Rettungsdienstes im Katastrophenschutz gerecht zu werden und die heterogenen Katastrophenschutz- und Ret-

tungsdienstgesetze der Länder anzugleichen und zumindest teilweise zusammenzufassen.

Um Brüche für den Schutz und die Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden, ist bei der bestehenden Uneinheitlichkeit von Katastrophenschutzplänen in den Ländern, Landkreisen und Kommunen ein erheblicher Abstimmungs- und Koordinationsbedarf, mindestens für benachbarte territoriale Zuständigkeitsbereiche, festzustellen.

Daher fordert auch die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin eine bundeslandübergreifende kommunikationstechnisch und personell gut ausgestattete Koordinationszentrale, die als Informations-, Medien-, Melde-, Lage- und Alarmzentrale fungieren soll. Bei besonderen Gefahren und Schadenslagen sollten spezielle Einsatzgruppen mit organisatorischer und medizinischer Kompetenz in den Katastrophenschutz einbezogen werden und die lokalen Kräfte unterstützen.

Quelle: Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln (PDF-Fassung, aktualisiert), Seite 50/51

Diagnosis Related Groups / Fallpauschalengesetz

1. DRG-Einführung darf nicht auf dem Rücken von Patienten, Ärzten, Pflege- und anderen Gesundheitsberufen ausgetragen werden

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-06) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Seit dem 01.01.2003 ist das G-DRG-System (German (Refined) Diagnosis Related Groups) an mehr oder weniger freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern als „lernendes Vergütungssystem“ eingeführt. Etliche Probleme seiner Gestaltung sind noch nicht gelöst. Der Deutsche Ärztetag fordert, dass das G-DRG-System erst dann wirksam zum Einsatz kommt, wenn es ausreichend an die Versorgungswirklichkeit angepasst ist. Die jetzt noch bestehenden Mängel der insgesamt realitätsfernen G-DRG-Erstversion würden sonst die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, humanen und wirtschaftlichen Krankenversorgung gefährden und damit die angestrebte Leistungsgerechtigkeit ad absurdum führen. Zahlreiche Leistungen und Leistungsbereiche werden in der aktuellen G-DRG-Fassung unzureichend abgebildet. Dazu gehören Leistungen oder Leistungsbereiche wie

- Dermatologie,
- (Früh-)Rehabilitation,
- Geriatrie und Palliativmedizin,
- Intensivmedizin,
- Pädiatrie und Kinderchirurgie,
- Hämatologie, Onkologie und Strahlentherapie,
- Transplantationsmedizin,
- Unfallchirurgie,
- die Behandlung zusätzlicher Behinderungen und chronischer Erkrankungen insbesondere in der Rheumatologie und Neurologie sowie
- besondere Therapiekonzepte und Schwerpunktbildungen.

Die Kritik daran hat erfreulicherweise zu der Initiative des Gesetzgebers mit dem vor seiner Verabschiedung stehenden Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) geführt. Damit sollen verbesserte Öffnungsklauseln für eine zusätzliche oder alternative Finanze-

rung von Leistungen oder Einrichtungen geschaffen werden, die über GDRGs nicht sachgerecht vergütet werden können. Der Deutsche Ärztetag begrüßt diese Einsicht des Gesetzgebers. Die Nachbesserung des „lernenden Systems“ kann damit aber keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden. Nach internationaler Erfahrung und angesichts des bisherigen Fortschritts der Arbeiten in Deutschland kann nicht damit gerechnet werden, dass alle Krankenhausleistungen bis zum Jahr 2007 sachgerecht durch DRG-Fallpauschalen abgebildet werden. Deshalb müssen Zusatz- und Sonderregelungen für Problembereiche über diesen Termin hinaus dauerhaft angelegt werden. Um dem speziellen regionalen Versorgungsbedarf flexibler zu entsprechen, müssen die Länder hierbei einen größeren Einfluss erhalten.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass weitere wesentliche Problemfelder im Rahmen kurzfristiger Gesetzgebung gelöst werden müssen. Dazu zählen

- der unangemessene Zeitrahmen für die Anpassung und Einführung des neuen G-DRG-Vergütungssystems bis zu dessen budgetwirksamer Anwendung,
- der mit der angespannten Arbeitssituation an den Krankenhäusern kaum vereinbare hohe Dokumentationsaufwand der neuen Fallpauschalen,
- die fehlende Gegenfinanzierung der zahllosen unbezahlten Überstunden und die nicht umgesetzte Bewertung ärztlicher Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit statt als Ruhezeit,
- die fehlende Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung unter G-DRG-Bedingungen als Sonderfinanzierungstatbestand,
- die in entscheidenden Details praxis- und betroffenenfernen Regelungen zur Fallprüfung nach § 17c KHG,
- die zu weit reichende, kaum G-DRG-konform umsetzbare und daher kontraproduktive Mindestmengenregelung nach § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V wie auch insbesondere
- die fehlende Gegenfinanzierung von Leistungsverlagerungen zwischen dem stationären und anderen Versorgungsbereichen, insbesondere der nachstationären ambulanten Versorgung und der dabei notwendigen Pflege, der Rehabilitation und der Sicherstellung der präklinischen Notfallversorgung unter den Rahmenbedingungen des G-DRG-Vergütungssystems.

Schon jetzt ist absehbar, welche Probleme die Revision des G-DRG 1.0-Fallpauschalensystems für das Jahr 2004 bereitet. Eine solide Anpassung des Systems bis zur ab 2005 geplanten Konvergenzphase wird nicht möglich sein. Es ist unrealistisch, dass das System ab diesem Zeitpunkt unmittelbar wirksam werden soll. Probleme lösen sich nicht allein durch Fristen, sondern durch sachgerechte Lösungen. Deshalb muss die budgetneutrale Einführungsphase verlängert werden. Wegen der starken Anreizwirkung des neuen G-DRG-Vergütungssystems im Hinblick auf die Struktur, den Ablauf und die Qualität der Krankenhausversorgung dürfen Sorgfalt und Genauigkeit seiner Gestaltung nicht unter die Räder eines zu ehrgeizigen politischen Zeitplans oder fragwürdiger ökonomischer Anreize geraten. Das Geld kann der Leistung nur dann in gerechter Weise folgen, wenn das G-DRG-Vergütungssystem

die Leistungen korrekt abbildet. Solange dieses nicht der Fall ist, profitieren die Falschen zu Lasten der Krankenversorgung. Unter diesen Umständen muss auch die Ausgestaltung der Konvergenzphase und die darin vorgesehene Umverteilung der Erlöse dringend neu überdacht werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber und die Vertragsparteien der Selbstverwaltung daher auf, sicherzustellen, dass das G-DRG-Vergütungssystem unter Beachtung der vorgenannten Kriterien mit den betroffenen Berufsgruppen für eine sachgerechte Finanzierung der voll- und teilstationären Patientenversorgung im Kontext mit den angeschlossenen Versorgungsbereichen angepasst und weiterentwickelt werden kann.

2. G-DRG-System bleibt ohne Einbeziehung von Ärzteschaft und betroffenen anderen Gesundheitsberufen realitätsfern und nicht zukunftsfähig

Auf Antrag von Herrn Henke (Drucksache V-68) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das G-DRG-System wurde nach dem Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltung durch die Ersatzvornahme des Gesundheitsministeriums unter Inkaufnahme massiver Fehler in nur zwei Monaten unter weitgehendem Ausschluss der Ärzteschaft erstellt. Mangels ausreichender medizinischer Plausibilisierung bildet das G-DRG-System weder medizinisch-inhaltlich noch ökonomisch die Realität ab. Die im DRG-System abrechnungswirksamen Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen ICD-10-SGB V und OPS-301 bilden manche leistungsrelevanten Zustände, Behinderungen, Schweregrade und ärztliche Leistungen wie Ausschlussdiagnosen, Verdachtsdiagnosen, nicht operative Leistungen und zuzwendungsintensive nichtapparative Maßnahmen von Ärzten, Pflege und anderen Gesundheitsberufen noch unzureichend ab. Die Deutschen Kodierrichtlinien und die DRG-Abrechnungsbestimmungen sind zum Teil noch in entscheidenden Punkten unscharf, missverständlich und praxisfern. Die aus diesem Grund zwischen DRG-Optionskrankenhäusern und Kostenträgern resultierenden zahlreichen Abrechnungsstreitigkeiten behindern durch ihre Bürokratie die krankenhausärztliche Arbeit in unerträglicher Weise.

Ärztinnen und Ärzte, betroffene Fachgesellschaften, die Pflege und andere betroffene Gesundheitsberufe haben einen enormen Teil ihrer Freizeit und eigene finanzielle Mittel für die Erarbeitung von Änderungsvorschlägen geopfert, damit die zum Teil eklatanten Schwachstellen des G-DRG-Systems nachgebessert werden können. Bundesärztekammer und AWMF haben mit der Gründung ihrer gemeinsamen „Ständigen Fachkommission DRG“ für die medizinisch-fachliche Bewertung und fachübergreifende Abstimmung des Anpassungsbedarfs des G-DRG-Vergütungssystems ein eigenes Gremium geschaffen. Dieses konstruktive Engagement der Ärzteschaft wurde von Seiten des Gesetzgebers ausdrücklich begrüÙt. Obwohl die „Ständige Fachkommission DRG“ bisher in einzelnen Streitfragen sehr konstruktiv durch das DRG-Institut (InEK gGmbH, Siegburg) einbezogen wurde, ist die von den Spitzenverbänden der Kostenträger und Deutscher Krankenhausgesellschaft ermöglichte Einbindung der Ärzteschaft in die Anpassung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems äußerst dürftig.

Ein medizinisches Vergütungssystem, welches unter weitgehendem Ausschluss des Sachverständigen der betroffenen Berufsgruppen konstruiert wird, kann nicht die Realität und schon gar nicht einen ökonomischen Sollstandard abbilden. Ein solches System wird zu massiven Verzerrungen, Fehlanreizen und bürokratischen Reibungsverlusten zum Nachteil der Patientenversorgung führen und letztendlich das Gegenteil der darüber angestrebten gerechteren Mittelverteilung zur Folge haben. So lange die Ärzteschaft und andere betroffene Gesundheitsberufe an der fachlich korrekten Ausgestaltung dieses Vergütungssystems nicht adäquat beteiligt werden und so lange den Daten, auf denen das neue Krankenhausfinanzierungssystem aufbaut, nicht vertraut werden kann, darf dieses System nicht versorgungswirksam eingesetzt werden.

Sollten die Spitzenverbände der Kostenträger und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam das von Bundesärztekammer und AWMF gemachte Angebot einer gleichberechtigten und transparenten Zusammenarbeit bei der aus medizinischer Sicht notwendigen Anpassung des G-DRG-Vergütungssystems weiterhin nicht annehmen, wäre dies ein fatales Signal.

Ein diagnosen- und leistungsbezogenes Krankenhausfinanzierungssystem, welches unter Missachtung aller fachlicher Grundsätze und Verletzung jeglicher Partizipation an der Ärzteschaft, an den übrigen betroffenen Berufsgruppen und damit am Patienten und der

Leistungswirklichkeit vorbei entwickelt wird, macht krank, anstatt Heilung zu gewährleisten.

3. Fallpauschalen weiter verbessern

Auf Antrag von Dr. Ungemach, Herrn Henke und Dr. Mitrenga (Drucksache V-17) unter Berücksichtigung des Änderungsantrages von Dr. Ungemach, Herrn Henke und Dr. Mitrenga (Drucksache V-17a) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 106. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Konvergenzphase auf fünf Jahre auszudehnen, um Fallpauschalen so zu entwickeln, dass sie das tatsächliche Leistungsgeschehen im Krankenhaus korrekt wiedergeben. Die Umstellung von der bisherigen Krankenhausfinanzierung auf ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem ist für die deutschen Krankenhäuser ein gigantischer Kraftakt. Die Vorbereitung auf die neue Form der Abrechnung hat die Krankenhausbeschäftigten mit vielen zusätzlichen Arbeiten belastet. Dabei zeigte sich, dass festgelegte Fallpauschalen zum Teil nachgebessert werden müssen und dass vermutlich nicht alle Krankenhausleistungen in diesem System abgebildet werden können. Dies gilt insbesondere für komplexe Leistungen, wie z. B. in der Intensivmedizin und bei Verlegungen. Dem muss dadurch Rechnung getragen werden, dass über Ausnahmetatbestände die Finanzierung dieser Leistungen angemessen sichergestellt wird. Die Selbstverwaltung benötigt Zeit, um ein komplexes Leistungsgeschehen angemessen in einer Fallpauschale darstellen zu können.

Der 106. Deutsche Ärztetag erwartet deshalb vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, nicht vorschnell zum Instrument der Ersatzvornahme zu greifen. Ungeduld in diesem Bereich verstärkt lediglich die Zweifel daran, ob Krankenhausleistungen durch das neue System fair abgebildet werden. Eine zügige Umsetzung der neuen Krankenhausfinanzierung bedarf aber einer breiten Akzeptanz. Sie wird im Konsens leichter erreicht, als durch einseitige Festlegung. Aus der Sicht des 106. Deutschen Ärztetages ist es notwendig, bei der Kalkulation der Fallpauschalen das gesamte Leistungsgeschehen zu berücksichtigen und die Kosten für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung in die resultierenden Vergütungen hineinzurechnen. Dieser Aufwand ist notwendig, um auch künftig den Patienten eine zeitgemäÙe, qualitativ hochwertige, ärztliche Versorgung bieten zu können, die die Entwicklung der Medizin berücksichtigt.

4. Aus- und Weiterbildung unter DRG-Bedingungen

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache V-33) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses muss auch unter DRG-Bedingungen gewährleistet werden können. Budgetierung und DRG in den Krankenhäusern führt zu einer deutlichen Reduktion der Arztstellen, auch und insbesondere in kommunalen Krankenhäusern. Somit entfallen die erforderlichen personellen Ressourcen, um den ärztlichen Nachwuchs auch außerhalb der Universitäten aus- und weiterzubilden. Krankenhaus- und Kostenträger sind vom deutschen Ärztetag aufgefordert, diese Forderung bei der Personalbemessung und bei der Ermittlung der „base rate“ unter DRG zu berücksichtigen.

Quelle: Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln (PDF-Fassung, aktualisiert), Seite 50/51

Ethische Fragen ärztlichen Handelns

1. Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Folter

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache V-30) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Aus aktuellem Anlass weist der 106. Deutsche Ärztetag noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzten unter keinen Umständen bei Folterungen oder anderen grausamen, unmenschlichen und entwürdigenden Handlungen Hilfestellung leisten, sich daran beteiligen oder diese zulassen dürfen. Das ärztliche Ethos fordert von Ärztinnen und Ärzten, versuchte Folter – durch wen auch immer – zu verhindern, zu erkennen und anzuzeigen.

2. Zwangsrückführung von Flüchtlingen

Der Antrag von Frau Schlang (Drucksache V-27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 106. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zu prüfen, welche rechtlichen Schritte gegen den Betreiber der Internetseite www.notarztboerse.de unternommen werden können.

Begründung:

Auf der o. g. Internetseite werden ärztliche Flugbegleiter für die Zwangsrückführung von Flüchtlingen (der Betreiber der Seite bezeichnet es als „Repatriierung“) bundesweit gesucht und auch gefunden. Nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetages in Cottbus verstößt dies gegen die Berufsordnung. Es sollte ein deutliches Zeichen gesetzt werden, um nicht die Berufsordnung und die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage in der Öffentlichkeit als bedeutungslos erscheinen zu lassen.

3. Begutachtung der Flugreisetauglichkeit von Flüchtlingen

Der Antrag von Frau Dr. Rothe-Kirchberger u. a. (Drucksache V-42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Beurteilung der Flugreisetauglichkeit von psychotraumatisierten Flüchtlingen sollen ausschließlich unabhängige, qualifizierte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie mit Spezialisierung auf Psychotraumatologie eingesetzt werden.

Begründung:

Die Bundesinnenministerkonferenz hat am 06.12.2002 beschlossen, die Begutachtung von Flüchtlingen einschließlich derer mit psychoreaktiven Traumafolgen einzuschränken auf die Flugreisetauglichkeit als inlandsbezogenes Vollzugshindernis. Die Flugreisetauglichkeit ist als isoliertes Beurteilungskriterium im Sinne eines Abschiebehindernisses für traumatisierte Flüchtlinge nicht ausreichend. Die erhebliche Retraumatisierung durch die Androhung einer gewaltsamen Rückführung der Betroffenen und schweren Folgen auf den Verlauf der Erkrankung werden dabei ignoriert. Das ist wissenschaftlich und ethisch nicht verantwortbar. Der Beschluss der Innenministerkonferenz wird derzeit durch Erlasse der Bundesländer umgesetzt. Die Gutachter, die dazu eingesetzt werden, müssen ausreichend qualifiziert sein, um die Gefährdung der psychischen Gesundheit der Flüchtlinge kompetent abzuklären.

4. Konsequente Haltung gegen das Klonen von Menschen

Auf Antrag von Herrn Henke, Dr. Mitrenga und Frau Dr. Bühren (Drucksache V-59) fasst der 106. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Das Klonen von Menschen muss international geächtet werden!

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Ablehnung des reproduktiven und des so genannten therapeutischen Klonens durch den Deutschen Bundestag und das Europäische Parlament. Der Deutsche Ärztetag fordert Bundesregierung und Europäische Kommission auf, die von ihren Parlamenten geäußerte Ablehnung gegen das reproduktive und das „therapeutische“ Klonen nicht weiter zu unterlaufen, zu relativieren oder in Frage zu stellen. Es ist an der Zeit, dass sowohl Bundesregierung als auch EU-Gremien eine konsequente Haltung gegen das Klonen von Menschen einnehmen.

Begründung:

Während sowohl der Deutsche Bundestag als auch das Europäische Parlament sich sowohl gegen das reproduktive als auch gegen das „therapeutische“ Klonen ausgesprochen haben, drücken sich sowohl Bundesregierung als auch EU-Kommission um eine klare Positionsbestimmung herum und verhindern somit auf der internationalen Ebene das Zustandekommen eines internationalen Banns gegen das Klonen.

Quelle: Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln (PDF-Fassung, aktualisiert), Seite 67-69