

Die Ärzteschaft befindet sich derzeit regelrecht im Ausnahmezustand.“ – Das sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, bei der Kammerversammlung der ÄkNo am 18. März in Düsseldorf (siehe auch „Meinung“ Seite 3). Hoppe versicherte den streikenden Klinikärzten seine volle Unterstützung ebenso wie den Protestaktionen der niedergelassenen Ärzte. „Denn wir begrüßen es sehr, dass sich Ärztinnen und Ärzte in Solidarität engagieren und die Bürger über die Gefahr von Therapieeinschränkungen und Wartelistenmedizin informieren“, sagte der Kammerpräsident. Er übte erneut scharfe Kritik am Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), das inzwischen vom Bundesrat an den Vermittlungsausschuss überwiesen wurde. Dieses Gesetz solle Ärztinnen und Ärzte dazu verlocken, ihren Patienten Medikamente vorzuenthalten. Damit werde nicht nur die Therapiefreiheit unzulässig eingeschränkt, sondern vor allem das Patient-Arzt-Verhältnis zerstört. Hoppe nannte die geplante Bonus-Malus-Regelung „zutiefst unethisch“. Er kündigte weiteren entschiedenen Widerstand gegen das Gesetzesvorhaben an, das der Zustimmung des Bundesrates letztlich nicht bedarf. Hoppe wies auch darauf hin, dass das AVWG kaum mit dem Berufsrecht in Einklang zu bringen ist. „Wir werden alles in unserer Macht stehende tun, um dieses bürokratische Monstrum zu verhindern, mit dem Ärzte und Patienten gegeneinander aufgebracht werden“, sagte der Präsident.

Im Wortlaut steht der Lagebericht des Präsidenten im Internet unter www.aekno.de in der Rubrik KammerArchiv. RhÄ

„Unethische Verknüpfung“

In der Diskussion zum Lagebericht des Präsidenten sagte Dr. Lothar Rütz (Köln), die Rede habe „die Stimmung an der Basis sehr treffend wiedergegeben“. Die Mandatsträger haben nach seinem Eindruck verstanden, wie schlecht es den Kolleginnen und Kollegen an der Basis inzwischen geht. Die Ärzteschaft müsse ihre Kernforderungen wie zum Beispiel die freie ärztliche Berufsausübung, die Ablehnung von Gängelung und Bürokratie sowie der

Solidarität mit Streiks und Protesten

Bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 18. März in Düsseldorf herrschte große Einigkeit.

von Horst Schumacher

Ausbeutung der Krankenhausesärzte gemeinsam vertreten. Ebenso wie Rütz sprach sich Dr. Rainer Holzborn (Dinslaken) für den Erhalt der privaten Krankenversicherung als eigenständigen Versicherungszweig aus (siehe auch *Entschließung unten*): „Das Gesundheitswesen wird nicht daran gesunden, dass man alle in eine Einheitsversicherung schickt“, sagte er. Dr. Dietrich Rohde (Mülheim) erklärte, durch die geplante Bonus-Malus-Regelung werde das wichtige Gut des vertrauensvollen Verhältnisses von Patient und Arzt „massiv beschädigt“. Er plädierte dafür, aus Protest gegen das AVWG eine Ausstellung von Arzneimittel-Verordnungen nur noch auf Privatrezepten zu erwägen, weil das „die Politiker zum Nachdenken bringen könnte“.

Entschließung der Kammerversammlung ■

Erhalt der privaten Krankenversicherung

Die Kammerversammlung spricht sich für den Erhalt der privaten Krankenversicherung als eigenständigen Versicherungszweig in der Bundesrepublik Deutschland aus.

Auch Angelika Haus (Köln) sagte, die „Gewährung von Gesundheitsgütern“ dürfe nicht „in unethischer Weise“ mit dem ärztlichen Verdienst verknüpft werden. Sie sieht eine bedenkliche Tendenz der „Verbindung von Ökonomie und einer Pseudo-Gesundheitsversorgung“, die sich auch an den Beispielen der Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Kranke und der Krankenhausfinanzierung über diagnosebezogene Fallpauschalen festmachen lasse. Sie warb dafür, „herauszufinden, wie viele Kolleginnen und Kollegen bereit sind, die DMP fallen zu lassen.“ Dr. Erhard Stähler (Köln) wies darauf hin, dass der Staat in Deutschland – anders als in Großbritannien, wo die Grenzen des Leistungsumfangs klar definiert sind – die Verantwortung für die Rationierung von Gesundheitsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernimmt, sondern diese auf die Ärzteschaft abschiebt. „Damit zwingt er uns in eine Situation hinein, die wir nicht steuern können“, kritisierte Stähler. Ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte an den Kliniken erhalte nach wie vor „keine akzeptable Vergütung für qualifizierte Arbeit“, sagte Rudolf Henke (Aachen). Zum Beispiel verlassen sich die



Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer: Volle Unterstützung für Streiks und Proteste der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis. Foto: Altengarten/ÄkNo

Universitätskliniken nach seinen Worten darauf, dass Ärzte Arbeit leisten, ohne dass diese vergütet wird. Außerdem beklagte er die wachsende Bürokratie: „Man macht aus Krankenhäusern und Universitätskliniken Papier verarbeitende Industrie“, sagte er und forderte, die Ärztinnen und Ärzte zu Gunsten der Patientenversorgung von Verwaltungsaufgaben zu entlasten.

Empörung über Lauterbach

Die „Perfidie des AVWG“ werde in Nordrhein aufgrund der Arzneimittelvereinbarung nicht zum Tragen kommen, stellte Dr. Leonhard Hansen klar, Kammerversammlungsdelegierter aus Alsdorf und Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Er wies darauf hin, dass in Nordrhein für das Jahr 2006 mit 2,68 Milliarden Euro ein Ausgabenvolumen zur Verfügung steht, das oberhalb der tatsächlichen Ausgaben des Jahres 2005 liegt. „Wenn wir das nicht überschreiten werden im Sinne einer kollektiven Solidarität und rationalen Verschreibungsweise, dann würde hier in Nordrhein keiner einzigen Praxis etwas passieren“, sagte Hansen. Er warnte auch vor einem Ausstieg aus den DMP, der „die wirtschaftliche Stabilität von tausenden von Praxen zusätzlich aufs Spiel setzen“ würde.

Einmal mehr setzten sich die Delegierten kritisch mit öffentlichen Äußerungen des SPD-Gesundheitspoli-

Entschließung der Kammerversammlung ■
 Die Mitglieder der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein unterstützen die Proteste der Ärzteschaft und rufen verstärkt zur innerärztlichen Solidarität auf. Die Erfüllung der Forderungen der Ärzteschaft ist unerlässlich, um langfristig eine angemessene Patientenversorgung auf internationalem Niveau zu gewährleisten.

tikers Professor Dr. Karl Lauterbach auseinander. Dr. Dieter Mitrenga (Köln) zitierte Lauterbach, der laut Nachrichtenagentur *Associated Press* zum Streik der Uni-Ärzte gesagt hat: „Das ist die brutalste Mitgliederwerbung einer Gewerkschaft, die ich je gesehen habe.“ Mitrengas Kommentar dazu: „Ich wünsche Herrn Lauterbach von diesem Ort aus gute Besserung.“ Sven Christian Dreyer (Düsseldorf) empörte sich über Lauterbachs „Geltungssucht und Inkompetenz“. Nach seinem Eindruck „stehen die Patienten massiv auf unserer Seite“. Das gelte für die Krankenhausärzte wie für die niedergelassenen Ärzte. Bei dem Streik gehe es nicht nur um die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte, „sondern auch darum, unseren Patienten eine optimale Versorgung mit einem wachen, ausgeschlafenen und wohl bezahlten Arzt erlauben zu können“.

Wie zuvor auch andere Delegierte plädierte Dr. Michael Welfelberg (Hünxe) dafür, die Arzneimittelpreise in Deutschland kritisch unter die Lupe zu nehmen. Die pharmazeutische Industrie gehört nach seinen Eindruck nach wie vor zu den Gewinnern bei der Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen: „Und wer leidet unter dem ganzen System? Wir Ärzte und unsere Patienten. Unsere Patienten mit stets steigenden Zuzahlungen und wir, weil wir Regresse, Steuerungsmaßnahmen und die ganze Gängelei ertragen müssen.“ Einstimmig erklärte sich die Kammerversammlung solidarisch mit den Streiks und Protesten der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis (*siehe Kästen*).

Entschließung der Kammerversammlung ■

Positionierung der Ärztekammer Nordrhein zum Nationalen Protesttag am 24.03.2006

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein unterstützt die derzeitigen Proteste der Krankenhausärzte und der niedergelassenen Ärzte und solidarisiert sich mit den Protestierenden. Die Forderungen beider Gruppen sind berechtigt. Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte sind aufgerufen, am Nationalen Protesttag am 24.03.2006 in Berlin gemeinsam für ihre Interessen und Rechte einzutreten.

Entschließung der Kammerversammlung

Die Kammerversammlung der ÄkNo wünscht ein einheitliches und gemeinsames Handeln der ärztlichen Körperschaften und schließt sich aus diesem Grund dem Beschluss der Vertreterversammlung der KVNo an, der am 04.03.2006 mit folgendem Wortlaut verabschiedet wurde:

Die Ziele und Forderungen der am 01.02.2006 in Essen gefassten Essener Resolution werden in allen Punkten von der Vertreterversammlung der KVNo unterstützt.

Die Vertreterversammlung der KVNo wird sich für eine möglichst umfassende Umsetzung der Essener Resolution einsetzen. Der Regionalbezug wird auf den Verantwortungsbereich der KVNo erweitert, darüber hinaus wird die bundesweite Umsetzung befürwortet.

Der Vorstand der KVNo wird von der Vertreterversammlung der KVNo aufgefordert, die Ziele und Forderungen der Essener Resolution unter Erweiterung des Regionalbezuges zu stützen und zu fördern und allen gegenteiligen Bestrebungen entgegen zu wirken.

Ebenso unterstützt die Kammerversammlung die vom Marburger Bund in Nordrhein im Rahmen der aktuellen Lage an den

Krankenhäusern vorgelegte „Düsseldorfer Entschließung“ vom 17.03.2006.

Anlage: „Essener Resolution“ vom 01.02.2006 und „Düsseldorfer Entschließung“ vom 17.03.2006

Essener Resolution der außerordentlichen Mitgliederversammlung der Kreisstelle Essen der Ärztekammer Nordrhein vom 1.2.2006

1. Die Essener Ärzte, ob in Kliniken, Praxen oder sonstigen Einrichtungen tätig, fordern, die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten beizubehalten und die Unabhängigkeit und Freiberuflichkeit der Ärzte zu sichern. Nur die freie Arztwahl des Patienten und ein von staatlicher Bevormundung unabhängiger Arzt sind imstande, ein humanes Gesundheitswesen zu gewährleisten.

Fortsetzung auf Seite 12

2. Die Essener Ärzteschaft fordert normale Arbeitszeiten und international konkurrenzfähige Gehälter für die Ärztinnen und Ärzte an den Kliniken sowie die Bezahlung aller Überstunden und die Anerkennung von Bereitschaftsdiensten als vollwertige Arbeitszeiten. Es ist unerträglich, wenn unbezahlte Mehrarbeit im Umfang von 50 Millionen Arbeitsstunden jährlich als selbstverständliches Einsparpotential einer unaufrichtigen und verfehlten Politik ständig fortgeschrieben wird.
3. Die Essener Ärzteschaft lehnt den überbordenden, überflüssigen und monströsen Bürokratismus in Kliniken und Praxen ab. Es ist Ausdruck einer ungeheuerlichen Fehlentwicklung, wenn Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben mehr ärztliche Zeit beanspruchen als die Patientenversorgung. Es ist unerträglich, wenn kontrollverliebte Bürokraten uns dies auch noch als „Qualitäts- und Effizienzsteigerung“ anpreisen wollen.
4. Wir fordern die konsequente Sicherstellung einer ambulanten Hausärztlichen und Fachärztlichen Versorgung durch unabhängige Ärzte sowie das Ende der Budgetierung ärztlicher Leistungen. Wenn im Durchschnitt 30% der Leistungen niedergelassener Ärzte nicht vergütet werden, so handelt es sich nicht mehr um ein „Verteilungsproblem“.
5. Wir lehnen jegliche staatlich dirigierte, rationierte Einheitsmedizin nach dem Prinzip von Fließbändern entschieden und kompromisslos ab. Eine staatlich diktierte Listenmedizin vereinheitlicht in inhumaner Weise ärztliche Behandlungen zu schematisierten Verfahren. Eine auf Rationierung ausgerichtete Einheitsgebührenordnung mit staatlich diktierten Dumpingpreisen wird von uns als Versuch eines Verbotes qualifizierter Medizin entschieden bekämpft.
6. Die Essener Ärzteschaft fordert, das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zu stärken, anstatt es durch uneingeordnete Rationierungszwänge zu beschädigen. Für die Rationierung sollten diejenigen gerade stehen und sich verantworten, die meinen, sie anordnen zu müssen.
7. Wir lehnen daher jegliche Koppelung des Ordnungsverhaltens der Ärzte an ihre Vergütung ab. Bonus-Malus-Regelungen sind entwürdigende Versuche, die staatlich erzwungene Rationierung unter Demontage der ärztlichen Integrität heimlich umzusetzen.
8. Die Essener Ärzteschaft lehnt die Abwälzung des Morbiditätsrisikos unserer alternden Gesellschaft auf die Ärzte entschieden ab. Über viele Jahre ist dies durch die Ärzteschaft stillschweigend hingenommen worden. Nun ist die Grenze des Zumutbaren überschritten.
9. Wir lehnen die Einführung der „Elektronischen Gesundheitskarte“ ab, so lange nicht klar ist, wie der Datenschutz gewährleistet wird und so lange keine nachvollziehbare Kosten-Nutzen-Analyse existiert. Wir lehnen den gläsernen Patienten und den gläsernen Arzt kategorisch ab, da dies das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient im innersten Kern beschädigt und letztlich vernichtet. Und wer den wirtschaftlichen Nutzen an der eCard hat, soll auch deren Kosten tragen.
10. Die Essener Ärzteschaft fordert die Einführung eines EU-konformen Kostenerstattungssystems im deutschen Gesundheitswesen, damit der Arzt wieder ausschließlich Anwalt seiner Patienten sein kann und nicht zum Erfüllungsgehilfen einer staatlichen Rationierungsbürokratie degradiert wird.

Und letztlich: In einer Demokratie müssen alle Bürgerinnen und Bürger als mündig und selbstverantwortlich ernst genommen werden. Dazu gehört notwendig die Freiheit, über den Umfang der eigenen Gesundheitsversorgung frei von Bevormundung durch Staat oder Kostenträger selbst und eigenverantwortlich bestimmen zu dürfen.

Düsseldorfer EntschlieÙung Resolution des Marburger Bundes in Nordrhein (17.3.2006)

Wir fordern die bis zum Jahr 2004 geltenden tariflichen Regelungen zum Urlaubs- und Weihnachtsgeld wieder in Kraft zu setzen. Hinsichtlich der Arbeitszeit fordert der Marburger Bund ebenfalls die tarifliche Regelung für alle Ärztinnen und Ärzte. Der gegenwärtige Zustand einer einseitigen Festsetzung von Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie der Arbeitszeit durch die Bundesländer muss beendet werden.

Wir fordern für die Universitätskliniken Arbeitsverträge der Ärztinnen und Ärzte, deren Laufzeit zumindest die komplette Weiterbildungszeit umfasst und die Weiterbildung zum Facharzt ausdrücklich als Vertragsgegenstand festhält. Soll ein befristetes Arbeitsverhältnis nicht verlängert werden, muss mindestens 3 Monate zuvor eine schriftliche Mitteilung ergehen. An nicht-universitären Krankenhäusern ist auf befristete Verträge für regelmäßig anfallende Arbeit vollständig zu verzichten.

Wir fordern die vollständige Erfassung und Vergütung aller Arbeitsleistungen in Krankenversorgung, Lehre und Forschung an allen Krankenhäusern, Universitätskliniken und Instituten ein. Der Marburger Bund wirbt dafür, vorenthaltene Vergütungen außergerichtlich und notfalls gerichtlich gegenüber den Krankenhäusern und Universitätskliniken geltend zu machen.

Wir fordern ein Vergütungssystem, das die Verantwortung und die Leistung der Ärztinnen und Ärzte in der klinischen Arbeit angemessen berücksichtigt. Im internationalen Vergleich sind die Gehälter vielfach um 30 % höher!

Wir fordern eine stärkere Tarifspreizung als sie sowohl im BAT wie auch insbesondere im TVöD vorgesehen ist. Das derzeitige Vergütungssystem berücksichtigt die ärztliche Erfahrung und insbesondere die ärztliche Verantwortung nur ungenügend. Es schadet der beabsichtigten Profilbildung der Universitätskliniken, wenn ein zu geringes Vergütungsniveau immer mehr Ärztinnen und Ärzte in andere Beschäftigungsbereiche, ins Ausland sowie in Industrie und Wirtschaft drängt. Allen Kliniken droht auf diese Weise ein eklatanter Nachwuchsmangel.

Wir stellen fest, dass Forschung und Lehre wesentliche Bestandteile der Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten an Universitätskliniken sind und fordern deshalb definierte Zeiträume für Forschung und Lehre. Es ist keinesfalls hinnehmbar, dass Forschung und Lehre zur Privatsache erklärt werden. Mit einer Feierabendforschung, wie sie derzeit in Deutschland in der Medizin weit verbreitet ist, kann eine international konkurrenzfähige Position der medizinischen Wissenschaft nicht gehalten werden.

Wir fordern an allen Kliniken eine Konzentration auf die eigentlichen ärztlichen Aufgaben. Eine suffiziente ärztliche Therapie erfordert ausreichend Zeit mit, für und am Patienten. Schreib-, Organisations- und Dokumentationsarbeiten können durch intelligente Organisation entweder vermieden oder effektiver und wirtschaftlicher durch geschultes, nichtärztliches Personal erledigt werden. Wir wollen eine Reduktion nichtärztlicher Aufgaben im Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte auf ein Minimum.

Zur Reduzierung der ausufernden Bürokratie fordern wir die Nutzung aller Möglichkeiten moderner elektronischer Datenverarbeitung und die komfortable Nutzbarkeit elektronischer Patientenakten. Durch intelligente Programmierung und Formulargestaltung ist sicherzustellen, dass einmal erfolgte Dokumentationen nicht pausenlos wiederholt werden müssen, sondern Vordokumentationen weitergenutzt werden können.

Wir fordern den Verzicht auf alle Regelungen, die Patienten mit ungenügender Kaufkraft vom Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen ausschließen. Weder Eigenbeteiligungen noch Inkasso-Regelungen dürfen so gestaltet werden, dass sie finanziell schwache Patienten von der Nutzung erforderlicher Leistungen ausschließen.

Wir fordern eine nachhaltige Stärkung der Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung im Einklang mit dem demographischen Wandel in Deutschland. In der Vergangenheit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse vorgenommene Verschiebepflichten sind rückgängig zu machen. Für versicherungsfremde Leistungen ist ein Ausgleich aus Steuermitteln zu organisieren. Eine verursachungsgerechte Refinanzierung aktiv herbeigeführter gesundheitlicher Risiken ist anzustreben. Die Krankenkassen sind so auszustatten, dass eine Unterfinanzierung von Krankenhäusern vermieden wird und insbesondere tariflich bedingte Personalkosten vollständig refinanziert werden können.

Novelle des Krankenhausgesetzes NRW

Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat für dieses Jahr die Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes angekündigt, wie Kammerpräsident Hoppe den Delegierten berichtete. Neben einer Verschlinkung der Krankenhausplanung und der Streichung nicht notwendiger bürokratischer Regelungen aus dem Gesetz solle die Krankenhausförderung novelliert werden. Darüber hinaus sei vorgesehen, die Einzelförderung zu straffen und transparenter zu machen. Die Pauschalförderung solle mit weniger Verwaltungsaufwand und mehr Eigenverantwortung und Unabhängigkeit der Krankenhäuser gestaltet werden.

„Die Novellierung des Gesetzes ist angesichts der gewaltigen Herausforderungen, vor denen die Krankenhäuser angesichts des DRG-induzierten Wettbewerbs, in dem die Kliniken auch in Nordrhein-Westfalen stehen, keine einfache Aufgabe“, sagte Hoppe. Daher sei die gute Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe in dieser Frage hervorzuheben. Der Krankenhausausschuss der Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Kommission für Krankenhausplanung der Ärztekammer Nordrhein unter Vorsitz von Dr. Friedrich-Wilhelm Hülskamp (Essen) hatten in zwei gemeinsamen Sitzungen eine gemeinsame Stellungnahme beider Kammern zur zukünftigen Ausgestaltung des Krankenhausgesetzes erarbeitet. Ein wichtiges Anliegen beider Kammern ist es, in den Kreis der unmittelbar Beteiligten an der Krankenhausplanung aufgenommen zu werden.

Bekennnis zur Letztverantwortung

Wegen der bevorstehenden Novelle hatte der Präsident Ministerialdirigent Dr. Dorothea Prütting, zuständige Abteilungsleiterin im Landesgesundheitsministerium, in die Kammerversammlung eingeladen. Sie legte den Delegierten die Situation der stationären Versorgung in Nordrhein-Westfalen und die Ziele der Landesregierung dar. Diese wolle auch künftig einen bedarfsgerechten Ausbau der Krankenhauslandschaft fördern und für eine „Patientenversorgung auf einem möglichst hohen Niveau“ sorgen, sagte Prütting. Das Land bekenne sich „ausdrücklich und nachdrücklich“ zu seiner Letztverantwortung für die Krankenhausplanung und -förderung.



Gleichzeitig werde eine Balance angestrebt „zwischen staatlichem Ordnungsrahmen und unternehmerischer Eigen-

*Ministerialdirigent
Dr. Dorothea Prütting, Leiterin
der Gesundheitsabteilung im
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales NRW:
Keine parallelen Strukturen in
den Regionen.* Foto: bre

initiative: „Wir sind der Meinung, dass sich die Krankenhäuser noch besser zu funktionierenden Wirtschaftsbetrieben entwickeln müssen.“ Derzeit würden „klare Unternehmensstrategien“ und „unkomplizierte Entscheidungsstränge“ durch eine „starke Gremienintervention“ behindert – zum Beispiel bei den Kirchen oder den Kommunen.

„Was die disziplinierten Strukturen anbetrifft, haben wir immer noch eine ganz starke Konkurrenz von Krankenhäusern, die in der Region ganz eng nebeneinander liegen“, sagte Prütting. Die Strukturen müssten abgestimmt und „Berührungspunkte“ zurückgestellt werden, forderte sie: „Wir möchten keine Parallelvorhaltungen in den Regionen.“ Es könnten nicht „beliebige Kapazitäten“ angeboten werden: „Das bedeutet, dass wir immer wieder überprüfen müssen, was tatsächlich für die Krankenhausversorgung notwendig ist.“ Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sei allen bekannt. Es werde hier immer wieder zu Verschiebungen kommen.

Neue Wege in der Finanzierung

In der Investitionsförderung will die Landesregierung nach den Worten der Spitzenbeamtin künftig neue Wege beschreiten. „Wir möchten, dass Geld in das System kommt“, sagte Prütting, „wir sind dabei, alle möglichen Varianten zu diskutieren.“ Dazu gehöre zum Beispiel die „Public-Private-Partnership“, also die Zusammenarbeit eines öffentlichen Trägers mit einem privaten Finanzier.

So schnell wie möglich will das Land einen neuen Krankenhausplan aufstellen, kündigte Prütting an. „Denn wir glauben, dass die bisherigen Kriterien für die Planung wegen der Auswirkungen des DRG-Systems nicht mehr zeitgerecht sind, so dass neue entwickelt werden müssen.“ Wichtig sei in diesem Zusammenhang das Stichwort integrierte Versorgung: „Da muss noch viel mehr getan werden.“ Die Durchlässigkeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor müsse verbessert und das gesamte System transparenter werden.

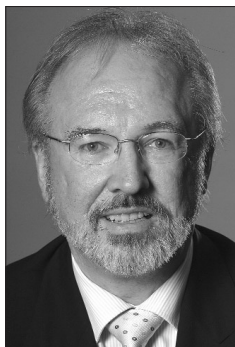
Darüber hinaus werde die Frage diskutiert, ob die in NRW vergleichsweise detaillierte Planung in dieser Form beibehalten werden soll. Prütting: „Wir wollen, dass die Selbstverwaltung mehr tut und mehr Verantwortung übernimmt“. Dabei werde es jedoch immer wieder Grenzen geben, zum Beispiel wenn es um unterversorgte Gebiete geht: „Da muss das Land natürlich steuernd eingreifen.“ Nach Prüttings Auffassung würde hier die Letztverantwortung des Landes greifen, aber: „Das heißt ja nicht, dass wir deshalb weiter so detailliert planen müssen.“

Zu der Frage, ob die Ärztekammern im Zuge der Gesetzesnovelle in den Kreis der im Landesausschuss für Krankenhausplanung unmittelbar an der Planung Beteiligten aufgenommen werden, gibt es nach Prüttings

Worten „einen ganz klaren Prüfauftrag“. Doch sei das Ergebnis noch offen. Eine klare Absage erteilte sie den Forderungen, das Land solle die Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung beurteilen. Es sei „ein Unding“ und rechtlich problematisch, wenn das Land auf diese Weise in den Wettbewerb eingreifen würde. Das Thema Ergebnisqualität will sie in den Händen der Selbstverwaltung und der Selbstverantwortung der Häuser sehen.

Leitsätze aus ärztlicher Sicht

Aus Sicht der Ärztekammer Nordrhein beleuchtete Vorstandmitglied und Krankenhausexperte Rudolf Henke die Situation der Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen. Er hält Studien für realistisch, nach denen sich der Bettenabbau fortsetzen und die Zahl von Krankenhausabteilungen und selbständigen Krankenhäusern weiter fortsetzen wird. Geschätzt wird ein Kapazitätsabbau um 10 Prozent bis zum Jahr 2010, nachdem seit 1990 bereits 22,5 Prozent der Bettenkapazität abgebaut worden sind. Henke wies darauf hin, dass wegen der Intensivierung des Leistungsgeschehens der Bedarf an ärztlichem Personal dennoch gestiegen ist.



Rudolf Henke, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein: Ärztliche Gesichtspunkte bei der Planung stärker berücksichtigen. Foto: Altengarten/ÄkNo

Die Krankenhausplanung lässt sich nach Henkes Meinung auf ganz wenige Leitsätze aufbauen:

- Jeder Bürger braucht ein Krankenhaus der Grundversorgung in der Nähe.
- Ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung muss in einer zumutbaren Entfernung erreichbar sein.
- Es dürfen keine Wartelisten entstehen.
- Die Notfallversorgung und Rettungsmedizin muss sichergestellt sein.

„Wenn man dieses Regelwerk einhält, sind aus der ärztlichen Warte die wesentlichen Gesichtspunkte der Krankenhausplanung berücksichtigt“, sagte Henke. Als möglichen Entscheidungsparameter für den Bettenabbau brachte er das Nutzungsverhalten der Patienten ins Spiel: „Je stärker wir Transparenz im Versorgungsgeschehen haben, je nutzbarer zum Beispiel Leistungsberichte, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklungsberichte von Krankenhäusern werden, je mehr integrierte Information abrufbar ist, desto eher wird man den informierten Patienten entscheiden lassen können, welche Kapazitäten er durch sein Nutzungsverhalten als erforderlich kenntlich macht.“

Erläuterungen zum Bemessungsmultiplikator

Den versicherungsmathematischen Hintergrund und die Auswirkungen der jährlichen Festsetzung des Bemessungsmultiplikators gemäß der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung (NÄV) erläuterte Versicherungsmathematiker Dipl.-Math. Dr. Richard Herrmann von der Heubeck AG vor der Kammerversammlung. Vorangegangen waren Informationsveranstaltungen in den Fraktionen, zu denen neben dem Versicherungsmathematiker auch die Geschäftsführung der NÄV zur Verfügung gestanden hatte.

Marktbereinigung in vernünftigen Grenzen

Eine „Marktbereinigung in vernünftigen Grenzen“ ist laut Henke durchaus akzeptabel: „Es nützt niemandem, wenn die Krankenhäuser, denen es besonders schlecht geht, besonders viel Druck auf ihre Mitarbeiter ausüben, besonders schlechte Arbeitsbedingungen bieten und besonders viel Fassade gegenüber den Patienten in Kauf nehmen, damit man bloß den Laden über Wasser hält. Es gibt auch eine Grenze, ab der es besser ist, ein Krankenhaus vom Netz zu nehmen, statt es unter Vorspiegelung des Wiedererreichens einer künftigen Wirtschaftlichkeit zu erhalten.“ Der Marburger Bund, dessen NRW-Landesvorsitzender Henke ist, setze jedenfalls im Tarifgeschäft „eindeutige Grenzen dessen, was wir an Notvereinbarungen und Rettungsvereinbarungen mitzumachen bereit sind.“

Henke plädierte dafür, Krankenhausträgern und Krankenkassen die Ärztekammer als Instanz des medizinischen Sachverständs zur Seite zu stellen. Ärztliche Gesichtspunkte sollten im Planungsprozess künftig stärker berücksichtigt werden.

Änderung der Notfalldienstordnung

Die Kammerversammlung hat eine Änderung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung von Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein beschlossen, die der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses „Ärztlicher Notfalldienst“, Dr. Frieder Götz Hutterer, den Delegierten erläuterte. Der besonderen Situation des pädiatrischen Notfalldienstes soll durch die Möglichkeit der Einrichtung eines eigenen fachspezifischen Notdienstes Rechnung getragen werden können. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hatte einen entsprechenden Beschluss bereits bei ihrer Vertreterversammlung am 4. März 2006 gefasst. Die Änderung wird im Einzelnen in einer späteren Ausgabe veröffentlicht.



Die Änderung wird im Einzelnen in einer späteren Ausgabe veröffentlicht.

Dr. Frieder Götz Hutterer, Vorsitzender des Ständigen Ausschusses „Ärztlicher Notfalldienst“ der Ärztekammer Nordrhein: Die Einrichtung eines eigenen fachspezifischen pädiatrischen Notfalldienstes wird möglich. Foto: Altengarten/ÄkNo