

**Protokoll der Delegiertenkonferenz
der AWMF
am 12. Mai 2007
in Frankfurt am Main**

Geschäftsstelle | office:
Ublerstraße 20
D-40223 Düsseldorf
Telefon (0211) 31 28 28
TeleFAX (0211) 31 68 19

AWMF-Büro Berlin
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
D-10117 Berlin
Telefon: (030) 2800-4410
TeleFAX: (030) 2800-4419

e-mail: awmf@awmf.org
AWMF online: <http://awmf.org>

Beginn der Sitzung: 9.⁰⁰ Uhr

Prof. Encke eröffnet die Sitzung und stellt fest, dass sie beschlussfähig ist.

TOP 1: Genehmigung der Tagesordnung

Prof. Encke schlägt vor, als neuen Tagesordnungspunkt 15 den Bericht aus dem Arbeitskreis „Operative Fachgesellschaften“ einzufügen. Die Tagesordnung wird mit dieser Ergänzung genehmigt.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Delegiertenkonferenz vom 11. November 2006

Gegen das Protokoll sind bei der Geschäftsstelle der AWMF keine Einwände eingegangen, auch aus der Versammlung ergibt sich kein Wunsch nach Korrekturen. Damit ist das Protokoll einstimmig genehmigt.

TOP 3: Aufnahmeanträge von Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Genterapie:

Die Gesellschaft wurde 1994 gegründet und hat derzeit rund 260 Mitglieder. Sie beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Grundlagenforschung und der Anwendung der Gentechnik bei somatischen Zellen. Die Gesellschaft ist durch internationale Kontakte vernetzt und führt jährliche Tagungen mit 100 bis 200 Teilnehmern aus. Rund die Hälfte der Mitglieder sind Ärzte, die andere Hälfte Naturwissenschaftler. Die Gesellschaft ist interdisziplinär ausgerichtet.

Bei der Abstimmung über die Aufnahme der Deutschen Gesellschaft für Genterapie gibt es keine Gegenstimmen und 4 Enthaltungen, damit ist die Gesellschaft mit der erforderlichen $\frac{3}{4}$ -Mehrheit in die AWMF aufgenommen.

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufferkrankungen:

Die Gesellschaft ist 1958 gegründet worden und hat seither zweimal ihren Namen geändert. Derzeit sind rund 700 Mitglieder in der Gesellschaft, davon 520 Ärzte und ca. 120 Kliniken, die in der Gesellschaft jedoch durch Einzelpersonen vertreten werden. Die Gesellschaft veranstaltet seit 1973 regelmäßige wissenschaftliche Jahrestagungen, fördert wissenschaftliche Studien und gibt zwei Zeitschriften heraus.

In der Abstimmung wird die Gesellschaft ohne Gegenstimmen bei 9 Enthaltungen mit der notwendigen $\frac{3}{4}$ -Mehrheit in die AWMF aufgenommen.

TOP 4: Bericht des Präsidiums

Am 12./13. März 2007 und am Vorabend der DK haben Sitzungen des Präsidiums mit Erörterung grundsätzlicher und aktueller Fragen stattgefunden.

Prof. Encke berichtet über die Kooperation mit Ministerien und Körperschaften. Auf die Auswirkungen des GKV-WSG geht er bewusst nicht ein. In der Gemeinsamen Fachkommission „DRG“ von Bundesärztekammer und AWMF wird am 30. Mai 2007 in Berlin u.a. mit Herrn Tuschen über das Ergebnis einer Umfrage des BMG zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung diskutiert, die 30 Fachgesellschaften über die AWMF beantwortet haben. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) drückt sich darin aus, dass die AWMF im Gesundheitsforschungsrat und in der Vorbereitungskommission für einen Workshop des BMBF und des IQWiG zur Frage der Nutzenbewertung in der Medizin (4.9.2007) vertreten ist.. Ebenfalls beteiligt war die AWMF an dem vom BMBF veranstalteten Gesundheitsforschungstag 2007, der zukünftig vom Ministerium an die AWMF, den Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und den Medizinischen Fakultätentag (MFT) übergeben werden soll. Das Thema des Gesundheitsforschungstages im Februar 2008 lautet „Krebs“.

Beim Deutschen Ärztetag im Mai 2007 in Münster wird die Weiterbildungsordnung durch die beabsichtigte Wiedereinführung eines „Allgemeinen Internisten“ eine besondere Rolle spielen. .

Eine kontinuierliche und gute Zusammenarbeit besteht mit dem Hochschulverband und nach wie vor mit BÄK, VUD und MFT. Im April 2007 hat der G-BA die AWMF zu einer konstruktiven Diskussion über die Bedeutung der Leitlinienarbeit der AWMF für die Arbeit und Unterstützung des G-BA und für die externe Qualitätssicherung eingeladen. Mit der Leitung des IQWiG fanden ein schriftlicher Austausch und Gespräche (Selbmann) zur Verbesserung der Zusammenarbeit statt.

Das Präsidium hat beschlossen, die Kommissionsarbeit innerhalb der AWMF zu intensivieren, ein Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit zu entwickeln und eine Befragung der FG bzgl. ihrer Erwartungen an die Arbeit der AWMF durchzuführen..

Prof. Selbmann berichtet aus der Ständigen Kommission Leitlinien der AWMF (Vortragsfolien siehe **Anlage 1**). In der Diskussion wird das Problem angesprochen, dass die Leitlinien der Fachgesellschaften teilweise von internen Leitlinien der Medizinischen Dienste der Krankenkassen konterkariert werden. Alle Fachgesellschaften sind aufgefordert, derartige Probleme mit den MDKs an die AWMF zu melden.

Prof. Brähler berichtet aus der Kommission für Bibliometrie, dass die Vorschläge der AWMF-Bibliometrie-Kommission wieder stärker von den Fakultäten nachgefragt werden. Das Institut für Qualitätssicherung der DFG (IfQ), das von seinem Leiter Herrn Hornbostel bei der letzten Delegiertenkonferenz vorgestellt worden ist, hat seine Arbeit aufgenommen. Vor der nächsten Delegiertenkonferenz will die Bibliometrie-Kommission einen Workshop zum Thema „Bewertungsmethoden für Publikationsleistungen“ durchführen, auf dem auch das IfQ über seine Arbeit und seine ersten Ergebnisse berichten soll.

Prof. Bock berichtet als Schatzmeister, dass der Kassenbericht allen Delegierten als Tischvorlage verteilt worden ist. Weiterhin macht er darauf aufmerksam, dass noch eine ganze Reihe von Fachgesellschaften ihren Jahresbeitrag aus dem Jahr 2006 nicht bezahlt haben bzw. dass dieser bei der AWMF wegen fehlender Absenderangaben nicht verbucht werden konnte. Durch diese Überhänge der Mitgliedsbeiträge hat sich im Jahr 2006 ein rechnerischer Verlust in Höhe von rund 20.000 EUR ergeben.

TOP 5: Bericht der Kassenprüfer, Entlastung des Präsidiums

Prof. Giani berichtet, dass die Kassenprüfer die Belege und Buchführung der AWMF in der Düsseldorfer Geschäftsstelle stichprobenartig intensiv geprüft und dabei keine Unregelmäßigkeiten festgestellt haben. Die Buch- und Kassenführung ist nicht zu beanstanden. Deshalb beantragt Prof. Giani die Entlastung des Präsidiums. Die Delegiertenkonferenz beschließt ohne Gegenstimme, bei Enthaltung der Präsidiumsmitglieder das Präsidium zu entlasten.

TOP 6: Änderung der Satzung

Das Registergericht beim Amtsgericht Frankfurt am Main hat einige Punkte der im Mai 2006 neu gefassten Satzung der AWMF gefunden, die einer Eintrag des Vereins im Vereinsregister noch entgegenstehen. Daher hat das Präsidium Vorschläge zur Änderung der Satzung formuliert, die allen Delegierten zusammen mit der Einladung schriftlich zugegangen sind (**Anlage 2**). Herr Müller erläutert die einzelnen Punkte der Satzungsänderung.

Bei der Abstimmung über die Satzungsänderung ergeben sich weder Gegenstimmen noch Enthaltungen, damit ist die Satzungsänderung einstimmig angenommen. Die geänderten Paragraphen bzw. der Satzung lauten jetzt wie folgt:

§ 3 Mitglieder

1. Auf schriftlichen Antrag an das Präsidium kann jede selbständige deutsche wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft Mitglied werden, die sich ausschließlich oder vorwiegend wissenschaftlichen Fragen der Medizin einschließlich ihrer praktischen Anwendungen widmet, deren Satzung diese Ziele sowie die Gemeinnützigkeit der Gesellschaft ausweist und die den von der Delegiertenkonferenz verabschiedeten Aufnahmekriterien in der jeweils gültigen Fassung genügt.
3. Die Mitgliedschaft kann von seiten einer Mitgliedsgesellschaft ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des laufenden Geschäftsjahres durch schriftliche Mitteilung an das Präsidium gekündigt werden.

§ 5 Das Präsidium

3. Das Präsidium führt die Geschäfte der AWMF. Es bereitet eine Tagesordnung für die DK vor und hat Anträge aus dem Kreise der Mitgliedsgesellschaften oder deren Delegierten auf die mit der Einladung versandte Tagesordnung zu setzen, wenn diese mindestens sechs Wochen vor der DK eingehen.
5. Das Präsidium erstellt über jede DK ein Ergebnisprotokoll, das vom Präsidenten unterzeichnet und jedem Delegierten sowie den Präsidenten der Mitgliedsgesellschaften übersandt wird.

§ 7 Die Delegiertenkonferenz (= DK)

...

2. Der DK gehören alle Delegierten und deren Stellvertreter an. Die DK wird vom Präsidenten oder einem seiner Stellvertreter geleitet.
Die delegierende Fachgesellschaft kann nach der Wahl ihres Delegierten in das Präsidium entscheiden, ob sie diesem oder seinem Stellvertreter das Stimmrecht in der DK übertragen will.
3. Die DK wird in der Regel zweimal im Jahr einberufen. Das Präsidium gibt bei jeder Sitzung der DK den Termin der nächsten Sitzung bekannt. Die Einladung zur DK erfolgt durch das Präsidium. Sie muss mit Angabe einer Tagesordnung schriftlich mindestens vier Wochen vor dem Sitzungstermin erfolgen. Eine außerordentliche Sitzung der DK findet auf Einladung des Präsidiums statt, wenn es dem Interesse der AWMF entspricht oder 10 % ihrer Mitglieder dies beantragen. Der Antrag auf Einberufung einer außerordentlichen Sitzung muss schriftlich an das Präsidium gerichtet werden, das einen Termin für die außerordentliche DK festlegt, der die fristgerechte Einreichung von Anträgen nach § 10 Abs. 1 ermöglicht, und dazu fristgerecht einlädt. Die DK ist nach ordnungsgemäßer Einladung beschlussfähig.

§ 10 Änderungen der Satzung

1. Anträge auf Änderung der Satzung können von allen stimmberechtigten Delegierten und von den Präsidiumsmitgliedern gestellt werden.
Sie sind dem Präsidenten schriftlich mit Begründung mindestens sechs Wochen vor dem festgelegten Termin der nächsten DK einzureichen. Sie sind der Einladung zur nächsten DK beizufügen.

TOP 7: Delegation ärztlicher Leistungen

Die Vortragsfolien von Prof. Bauer sind dem Protokoll als **Anlage 3**, die Vortragsfolien von Dr. Wienke als **Anlage 4** beigefügt.

In der Diskussion weist der Vertreter der Gesellschaft für Gefäßchirurgie darauf hin, dass eine Qualitätssteigerung des Assistenzpersonals durch detailliert festgelegte Ausbildungsqualifikationen erreicht werden soll, dass dort aber auch die Grenzen der Kompetenz definiert werden. Prof. Treede betont, dass die wissenschaftliche Basis der ärztlichen Ausbildung das Erkennen von unvorhersehbaren Reaktionen ermöglicht, diese Grundausbildung ist bei den nichtärztlichen Berufen in der Regel nicht vorhanden. Deshalb sollte die AWMF aktiv propagieren, dass die wissenschaftliche Basisausbildung im Medizinstudium weiterhin großes Gewicht bekommt. Prof. Reinauer führt als Beispiel aus der Labormedizin an, dass Naturwissenschaftler und technische Assistenten zwar Messwerte ermitteln können, diese aber nicht zu einem ärztlichen Befund formulieren dürfen. Prof. Hahn weist auf den Verlust der Ausbildungsqualität hin, wenn Ärzte zukünftig nur noch die Durchführung ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal beaufsichtigen sollen. Dies würde rasch dazu führen, dass die Ärzte nicht mehr in diesen Tätigkeiten ausgebildet würden, die sie später überwachen sollen. Prof. Bauer weist darauf hin, dass in die Leitlinien nur in begrenztem Maß Anforderungen an die Qualifikation geschrieben werden können, dies ist aus seiner Sicht leichter möglich in den Behandlungspfaden, die in den einzelnen Häusern aufgestellt werden.

TOP 8: German Medical Science

Prof. Reinauer berichtet, dass es Probleme bei der Manuskripteinwerbung für das interdisziplinäre Journal German Medical Science gibt, da bisher die Medline-Listung noch nicht erfolgt ist. Herr Korwitz erläutert in seinem Vortrag, dass die Zeitschriften im GMS-Portal einzeln bei Medline gemeldet werden müssten und eine Gesamtmeldung von GMS nicht möglich sei. Prof. Sewing weist in der Diskussion darauf hin, dass die German Medical Science ein einheitliches Editorial-Board hat und durchaus bei Medline als Gesamtjournal angemeldet werden sollte.

Prof. Korwitz berichtet über den derzeitigen Stand von GMS, seine Vortragsfolien sind dem Protokoll als **Anlage 5** beigefügt.

TOP 9: Resolution Urheberrechtsgesetz

Herr Korwitz trägt vor, dass im vorliegenden Entwurf einer Novellierung des Urheberrechtsgesetzes durch das Bundesministerium der Justiz eine Regelung für den elektronischen Versand von Zeitschriftenartikeln vorgesehen ist, die es den Bibliotheken verbietet, solche Artikel elektronisch zu versenden, die von den Verlagen selbst kommerziell angeboten werden. Er bittet die AWMF, die mit der Einladung verschickte Resolution zu verabschieden. In der Diskussion spricht sich Prof. Korting dagegen aus, da aus seiner Sicht das Verlagswesen durch die AWMF nicht angegriffen werden sollte. Prof. Sewing schlägt vor, einen alternativen Formulierungsvorschlag für den § 53 a mit in die Resolution aufzunehmen. Viele weitere Diskussionsredner befürworteten eindeutig, eine derartige Resolution zu verabschieden, da die großen Verlage versuchen, den Zeitschriftenmarkt und die elektronische Verbreitung von Artikeln zu monopolisieren.

Bei der Abstimmung wird das Präsidium beauftragt, den Vorschlag von Prof. Sewing aufzugreifen und in die Resolution einzubauen. In dieser Form wird die Resolution bei einer Enthaltung und einer Gegenstimme von einer sehr großen Mehrheit der Delegierten verabschiedet. Es wird angeregt, das Thema Urheberrecht im Herbst auf die Tagesordnung der Delegiertenkonferenz zu setzen. Die vom Präsidium fertiggestellte Resolution ist dem Protokoll als **Anlage 6** beigefügt.

TOP 10: Arbeitsbedingungen des Wissenschaftlichen Nachwuchses in Deutschland

Angesichts der fortgeschrittenen Zeit und der Bedeutung dieses Themas regt Prof. Encke an, den geplanten Vortrag von Prof. Pohl auf die nächste Delegiertenkonferenz zu verschieben und dort zu einem Hauptthema zu machen. Zudem soll eine Kommission der AWMF eingesetzt werden, für die sich bereits folgende Mitglieder gemeldet haben: Prof. Treede (AWMF-Präsidium), Prof. Pohl (Physiologie), Prof. Budach, Prof. Rethwilm, Prof. von Wichert, Prof. Encke und ein Vertreter der Anatomischen Gesellschaft. Weitere Interessenten können sich bei der Geschäftsstelle der AWMF melden.

TOP 11: Externe Qualitätssicherung nach § 137a SGB V

Prof. Polonius berichtet, dass in den Fachgruppensitzungen im BQS-Verfahren in einigen Bereichen eine relativ hohe Zahl an „Ausreißern“ bei den Qualifikationsanforderungen festzustellen seien. Da der Gemeinsame Bundesausschuss alleine nicht feststellen kann, welche Ursachen dem zugrunde liegen, bittet er um die Hilfe der Fachgesellschaften um festzustellen, ob möglicherweise die Qualitätsanforderungen falsch angesetzt worden sind oder ob tatsächlich in größerem Umfang Qualitätsprobleme vorliegen. Herr Riegel ergänzt, dass die ca. 17 Qualitätsindikatoren, die der externen Qualitätssicherung zugrunde gelegt werden, möglicherweise nicht in allen Bereichen gleiches Gewicht haben. Er regt daher eine übergreifende Aktivität der AWMF an, um in den Unterausschüssen die einzelnen inhaltlichen Themen besprechen zu können.

In der Diskussion regt Prof. Selbmann an, die Gespräche aufzunehmen, wenn die BQS-Berichte für das Jahr 2006 vorliegen. Dann kann anhand der konkreten Probleme besprochen werden, welche Ursachen dem zugrunde liegen, es können aber auch Qualitätsindikatoren für sektorübergreifende Versorgung diskutiert werden. Prof. Polonius weist darauf hin, dass zukünftig auch mehr Qualitätssicherung außerhalb der BQS stattfinden kann. Dies ergänzt Prof. Hofstädter durch den Hinweis, dass durch regionale Register z. B. in der Onkologie sehr gute Daten geliefert werden können, die für Fragen der Qualitätssicherung genutzt werden können. Prof. Jakse weist darauf hin, dass in der Qualitätssicherung auch Langzeitergebnisse einzubeziehen sind. Herr Riegel regt an, möglicherweise könnten auch Anreize im Entgeltsystem verankert werden, um Qualitätsziele zu erreichen.

TOP 12: IGeL-Leistungen

Frau Dr. Klakow-Franck von der Bundesärztekammer berichtet, dass die Bundesärztekammer die Hilfe der Fachgesellschaften bei der Bewertung von IGeL-Leistungen in Anspruch nehmen möchte. Die Vortragsfolien von Frau Dr. Klakow-Franck sind dem Protokoll als **Anlage 7** beigefügt.

In der Diskussion weisen mehrere Redner darauf hin, dass eine Reihe von medizinisch sinnvollen Leistungen aus der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen herausgefallen ist, weil der Gemeinsame Bundesausschuss bei neuen Methoden nur den Nachweis nach den „Evidenz“-Klassen 1 und 2 akzeptieren will. Prof. Selbmann begrüßt diesen IGeL-Ansatz, weil die „Evidenz“-basierte Medizin vom Anspruch her auch Patientenpräferenzen einbeziehen soll. Prof. Ollenschläger berichtet, dass dies im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin ein zentrales Thema ist und von dort methodische Hilfe zur Verfügung gestellt werden kann.

TOP 13: Bericht aus dem Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“

Prof. Bock berichtet über die Themen der vergangenen Sitzung in Würzburg:

- Gesundheitspolitische Notwendigkeit und rechtliche Hürden für ein nationales Mortalitätsregister
- Stand des Gesetzgebungsverfahrens zur Patientenverfügung
- Die Verwendung ärztlicher Leitlinien bei der Begutachtung von Arzthaftungsfragen
- Die Objektivität des medizinischen Gutachtens

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises wird am 23. und 24. November 2007 in Köln stattfinden. Dort sind folgende Themen vorgesehen:

- Outsourcing von medizinischen / ärztlichen Leistungen
- Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht – Stand des Gesetzgebungsverfahrens
- Gewebegesetz und Transplantation

TOP 14: Bericht aus dem Arbeitskreis „Krankenhaushygiene“

Herr Müller berichtet, dass der Arbeitskreis einen neuen Vorstand gewählt hat. Zur Vorsitzenden gewählt wurde Frau Prof. Dr. Heide Suger-Wiedeck, Ulm, (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin), als Stellvertreter wurde gewählt PD Dr. Frank Pitten aus Gießen (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie).

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises wird am 15. und 16. Juni 2007 auf Einladung der österreichischen Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) in Wien stattfinden. Dort stehen folgende Themen auf dem Programm:

- Verabschiedung des bisherigen Vorsitzenden Dr. Hans Rudolph
- Aktualisierung der vorhandenen S1-Leitlinien
- Neue S1-Leitlinie zur Hygiene beim Auftreten von Erregern mit ESBL.

TOP 15: Bericht aus dem Arbeitskreis „Operative Fachgesellschaften“

Der AK hat unmittelbar vor der DK getagt: Themen: 1. Zusatzqualifikation des Pflegepersonals - Einfluss auf die Ausbildung; 2. Arbeitszeitgesetz; 3. Zentrumsbildung.

TOP 16: Öffentlichkeitsarbeit

Herr Müller berichtet über die aktuellen Zahlen der verschickten Pressemitteilungen beim IDW sowie über die Abrufe auf der Website der AWMF. Die Vortragsfolien sind dem Protokoll als **Anlage 8** beigelegt.

TOP 17: Verschiedenes

Gemäß den neuen Regelungen in der Satzung wird der Termin der nächsten Delegiertenkonferenz bekannt gegeben:

Die nächste Delegiertenkonferenz der AWMF wird am 10. November 2007 an gleicher Stelle in Frankfurt am Main stattfinden.

Ende der Sitzung: 14.15 Uhr

Protokoll:

gez.

Prof. Dr. A. Encke,
Präsident der AWMF

gez.

W. Müller M.A.,
Leiter d. Geschäftsstelle

Anlage 1 zu TOP 4

Delegiertenkonferenz der AWMF Frankfurt, 12.05.2007 Bericht aus der Ständigen Kommission Leitlinien

Aktivitäten im letzten Halbjahr

Leitlinien der Fachgesellschaften mit AWMF-Beteiligung:

- AWMF-Register: 121 Anmeldungen; Tendenz weiter steigend.
- Weiter zunehmender Trend zu S3, auch in „kleinen“ Fächern, z.B. pädiatrische Disziplinen
- S3-Leitlinien Enterale Ernährung und Psoriasis Basis für EU-LL

NVL-Programm

- Asthma im Aktualisierungsverfahren
- Nephropathie / Neuropathie / Makrovaskuläre Komplikation bei DM II, Depression, Herzinsuffizienz, Kreuzschmerz in Entwicklung
- Demenz, Adipositas beschlossen

Arbeitskreise:

- AZO: Manual für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für NVL
- GFR/BMBF: Workshop zu Methoden der Nutzenbewertung
- Onkologie
- Internetseite: FAQ zu Leitlinien von AZO/AWMF freigeschaltet

Folie 1

Folie 2

Publikationen zum Leitlinien-Regelwerk

Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis

Kap. 15: Kritische Bewertung von Leitlinien
Kap. 35: EbM und Leitlinien

Konsensusfindung in evidenzbasierten Leitlinien

ZaeFQ 101(2):89-95

Neue Mitglieder in die Leitlinienkommission der AWMF berufen

- Monika Lelgemann MSc. (Klin. Epi.)
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), FB Rechtswissenschaft, Universität Bremen
- Prof. Dr. med. Berthold Rzany Sc.M.
Division of Evidence Based Medicine (dEBM), Klinik für Dermatologie der Charité Berlin
- PD Dr. Karsten Schwerdtfeger
Neurochirurgische Klinik, Universitätskliniken des Saarlandes Homburg/Saar
- PD Dr. Helmut Sitter
Institut für Theoretische Chirurgie, Philipps-Universität Marburg

Folie 3

Folie 4

Qualitätsentwicklung von Leitlinien im System der AWMF

Jahr	Anteil Leitlinien ohne Klassifikation (S1, S2, S3)	Angemeldete Leitlinienprojekte
1998	~50	S1: 25, S2: 29, S3: 67, Zus. 121!
2000	~100	Mai 2007
2002	~150	
2004	~100	
2005	~100	
2007	~110	

NVL: Asthma, COPD, KHK, DM II (Netzhaut- und Fußkomplikationen)

Bitte bei Anmeldungen auf bereits existierende/angemeldete Leitlinien zum gleichen Themengebiet prüfen!

Folie 5

Folie 6

IQWiG: Aufträge zu Leitlinienrecherche und -bewertung vergeben

Themen:
KHK, Asthma/COPD
Adipositas, Brustkrebs

Stellungnahmeverfahren
<http://www.iqwig.de>

Berichtsplan „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit“

Version 1.0. vom 04.04. 2007
(Auftrag V06-03)

Folie 7

Folie 8

Antrag des Präsidiums an die
Delegiertenkonferenz vom 12. Mai 2007
in Frankfurt/Main auf



Änderung der Satzung der AWMF (TOP 6):

Die Satzung der AWMF in der Fassung vom 13. Mai 2006 soll wie folgt geändert werden, die beantragten Änderungen sind folgendermaßen gekennzeichnet: ~~entfallender Text~~, neuer Text

§ 3 Mitglieder

1. Auf schriftlichen Antrag an das Präsidium kann jede selbständige deutsche wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft Mitglied werden, die sich ausschließlich oder vorwiegend wissenschaftlichen Fragen der Medizin einschließlich ihrer praktischen Anwendungen widmet, deren Satzung diese Ziele sowie die Gemeinnützigkeit der Gesellschaft ausweist und die den von der Delegiertenkonferenz verabschiedeten Aufnahmekriterien in der jeweils gültigen Fassung genügt.
...
3. Die Mitgliedschaft kann von seiten einer Mitgliedsgesellschaft ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des laufenden Geschäftsjahres durch schriftliche Mitteilung an das Präsidium gekündigt werden.

§ 5 Das Präsidium

3. Das Präsidium führt die Geschäfte der AWMF. Es bereitet ~~die~~ eine Tagesordnung für die DK vor und hat Anträge aus dem Kreise der Mitgliedsgesellschaften oder deren Delegierten auf die mit der Einladung versandte Tagesordnung zu setzen, wenn diese mindestens ~~acht~~ sechs Wochen vor der DK eingehen.
...
5. Das Präsidium erstellt über jede DK ein Ergebnisprotokoll, das vom Präsidenten unterzeichnet und jedem Delegierten sowie den Präsidenten der Mitgliedsgesellschaften übersandt wird.

§ 7 Die Delegiertenkonferenz (= DK)

...

2. Der DK gehören alle Delegierten und deren Stellvertreter an. Die DK wird vom Präsidenten oder einem seiner Stellvertreter geleitet, ~~sie wird in der Regel zweimal im Jahr einberufen.~~

Die delegierende Fachgesellschaft kann nach der Wahl ihres Delegierten in das Präsidium entscheiden, ob sie diesem oder seinem Stellvertreter das Stimmrecht in der DK übertragen will.

3. **Die DK wird in der Regel zweimal im Jahr einberufen. Das Präsidium gibt bei jeder Sitzung der DK den Termin der nächsten Sitzung bekannt.** Die Einladung zur DK erfolgt durch das Präsidium. Sie muss mit Angabe ~~der~~ **einer** Tagesordnung schriftlich mindestens vier Wochen vor dem Sitzungstermin erfolgen. ~~Die ordentliche Delegiertenkonferenz~~ **Eine außerordentliche Sitzung der DK** findet ~~zweimal jährlich und im übrigen~~ **auf Einladung des Präsidiums** statt, wenn es dem Interesse der AWMF entspricht oder 10 % ihrer Mitglieder dies ~~verlangen~~ **beantragen**. **Der Antrag auf Einberufung einer außerordentlichen Sitzung muss schriftlich an das Präsidium gerichtet werden, das einen Termin für die außerordentliche DK festlegt, der die fristgerechte Einreichung von Anträgen nach § 10 Abs. 1 ermöglicht, und dazu fristgerecht einlädt.** Die DK ist nach ordnungsgemäßer ~~Einberufung~~ **Einladung** beschlussfähig.

...

§ 10 Änderungen der Satzung

1. Anträge auf Änderung der Satzung können von allen stimmberechtigten Delegierten und von den Präsidiumsmitgliedern gestellt werden.

Sie sind dem Präsidenten schriftlich mit Begründung mindestens ~~acht~~ **sechs** Wochen vor ~~der~~ **dem festgelegten Termin der nächsten** DK einzureichen. Sie sind der Einladung zur nächsten DK beizufügen.

Begründung für den Änderungsantrag:

Das Amtsgericht Frankfurt/Main hat genauere Regelungen hinsichtlich der Einladungs- und Antragsfristen sowie der Protokollunterzeichnung in der Satzung angemahnt, damit die AWMF wie geplant als Verein ins Vereinsregister eingetragen werden kann. Die jetzt beantragten Änderungen der Satzung entsprechen diesen Anforderungen.

Anlage 3 zu TOP 7

AWMF Delegiertenkonferenz 12.5.2007

Delegation von ärztlichen Leistungen

- Hintergrund
- Delegierbarkeit von Leistungen
- Lehrangebote
- Profession und De-Professionalisierung

H. Bauer/DOCH 1

Folie 1

Politik

Koalitionsvertrag:

- „nichtärztliche Heilberufe sollen vermehrt in Versorgungskonzepte einbezogen werden“
- „Sollte sich ein Ärztemangel in Zukunft abzeichnen, würde das zu einer Leistungsverlagerung in den Bereich der Pflege führen“ (Lauterbach)

Gesundheitsministerkonferenz

- „Ende des ärztlichen Therapiemonopols“ (Gruhl)

Sachverständigenrat

- „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen“ (Anhörung 2006)

H. Bauer/DOCH 2

Folie 2

Entwicklungstendenzen des Arbeitsmarktes Gesundheitswesens

- Zunehmende Differenzierung und Spezialisierung innerhalb der Sektoren Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege
- Herausbildung neuer Berufsfelder innerhalb dieser Sektoren
- Zunehmender Bedarf an sektorübergreifenden, koordinierenden und steuernden Funktionen

H. Bauer/DOCH 3

Folie 3

Grundprinzipien bei Übernahme neuer Aufgaben durch die Pflege
Thesenpapier „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ des DBFK e.V. (August 2006)

- Genuine Aufgaben der Pflege sind gesichert
- Juristisch ist eindeutig zu klären, dass die Aufgabe übertragen werden kann. Übertragung in diesem Kontext meint aber, dass diese Aufgabe dauerhaft in das Berufsbild der Pflege übergeht.
- Die Pflegekraft, die die Aufgabe übernimmt, ist dafür qualifiziert.
- Mit der Aufgabe geht auch das entsprechende (Personal-) Budget an die Berufsgruppe Pflege über.
- Es ist grundsätzlich vorzuziehen, die Zuständigkeit für Aufgaben zu übertragen statt Tätigkeiten zu delegieren.
- Die Übertragung von Aufgaben bzw. die Delegation muss für die Patienten in mindestens gleicher Qualität bei gleichem oder günstigerem Preis für den Kostenträger resultieren.

H. Bauer/DOCH 4

Folie 4

Grundprinzipien bei Übernahme neuer Aufgaben durch die Pflege
Thesenpapier „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ des DBFK e.V. (August 2006)

These 6: Aufgaben in der Notaufnahme:

... Auf der Grundlage der Erfahrungen im deutschen Klinikalltag und der internationalen Erfahrungen können auch hier ohne Qualitätseinbußen bisher ärztliche Aufgaben in die Zuständigkeit von Pflegekräften übergehen.

Eine denkbare Auswahl solcher Tätigkeiten:

- Ersteinschätzung (Triage)
- Erste diagnostische Maßnahmen (EKG, Ultraschall, Labordiagnostik...)
- Wundversorgung einschließlich Wundnaht
- Gips- und Tape-Verbände

H. Bauer/DOCH 5

Folie 5

„Richtungsstreit“ in der deutschen Pflege

- Wird die Pflege mehr eine sozialpädagogische Ausrichtung bekommen und ihre Schwerpunkte in Richtung Psychologie, Seelsorge usw. setzen oder
- Wird sie sich wie in den angelsächsischen Ländern entwickeln und vermehrt Tätigkeiten im ärztlichen Bereich übernehmen?

Blick in die Zukunft: „Mit Fortschreiten der Akademisierung der Pflegeberufe werden sich künftig gänzlich andere Perspektiven eröffnen, sodass mit entsprechender Qualifizierung eigene, ganz neue Aufgabenbereiche und andere Berufsprofile der Pflege entstehen können.“

H. Bauer/DOCH 6

Folie 6

ärzteblatt.de 27. März 2007

Ärzteschaft

Gemeindeschwester-Projekt in Sachsen gestartet

Dresden - In Sachsen startet das Gemeindeschwester-Projekt „AGNES“ (Arztentlastende, Gemeinde-Nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention). Hauptanliegen ist, Hausärzte durch speziell ausgebildete Krankenschwestern oder Arzthelferinnen in Regionen zu unterstützen, in denen Ärztemangel herrscht.

„Wenn die Arzthelferinnen des Hausarztes durch eine Qualifikation in die Lage versetzt werden, bestimmte delegierbare Leistungen auszuführen und damit die Ärzte in Problemregionen zu entlasten, dann hat das Projekt seine Berechtigung“, sagte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. Jan Grottel.

Er betonte, dass die Gemeindeschwestern aber damit auch die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern helfen. „Das Modell der Gemeindeschwestern soll in den nächsten Monaten in weiteren Regionen des Landes eingeführt werden.“

Das Modell der Gemeindeschwestern soll in den nächsten Monaten in weiteren Regionen des Landes eingeführt werden.



Gemeindeschwester

Folie 7

Discount-Medizin in der Shopping-Mall

In den USA wird ärztliche Versorgung für sozial Schwache mittlerweile in Einkaufszentren angeboten (SZ vom 20.4.2006)

MinuteClinic
in einem Einkaufszentrum in Minneapolis
Versorgung ausschließlich durch Nurse Practitioner

Preisliste

Warzenentfernung	50 \$
Behandlung von:	
Allergie	40 \$
Bindegewebentzündung	30 \$
Nebenblutenentzündung	49 \$



DOCH 8

Folie 8

Der Physician Assistant als etablierter medizinischer Assistenzberuf in den USA

American Academy of Physician Assistants www.aapa.org

- 43 % der Physician Assistants (PAs) arbeiten für Gruppenpraxen, 22 % für Krankenhäuser, 14 % für Solopraxen.
- 41 % der PAs arbeiten im allgemeinmedizinischen Bereich, 25 % im Bereich der Chirurgie, und 10 % im Bereich der Unfallmedizin.
- 87 % der PAs arbeiten Vollzeit (mehr als 32 Stunden pro Woche). Die durchschnittliche Arbeitszeit dieser PAs beträgt 42 Wochenstunden.

H. Bauer/DOCH 9

Folie 9

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 102 | Heft 26 | 20. Juni 2006

Nichtärztliche Chirurgieassistenten

Bessere Qualität durch mehr Routine

Erfahrungsbericht aus zwei großen deutschen Herzzentren

Anne Diegeler¹, Bernhard Deborj², Robert Trachler¹, Henning Warrneke¹

Die Erfahrung zeigt, dass die Delegation fest definierter Aufgaben an nichtärztliche Chirurgieassistenten die Qualität des gesamten Operationsablaufs steigert.

Für die strukturierte Assistenz bei ärztlichen Aufgaben muss sich ein neues Berufsbild ausprägen.

Als nicht zugeordnet dem Arzt vorbehaltene Assistenzleistungen können in der Herzchirurgie angesehen werden:

- Überwachung des zentralen Ablaufs
- Lagerung
- Desinfektion und Abdeckung
- Thorakotomie
- Venenentnahme konventionell
- Venenentnahme endoskopisch
- Erste Assistenz
- Wundverschluss
- Wundverband
- OP-Dokumentation

H. Bauer/DOCH

Folie 10

Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie

Postulierte Vorteile

- Der angehende Facharzt kann gezielt bei den Operationen eingesetzt werden, die er für seine Weiterbildung (noch) benötigt. Vermeidung zeitraubender Bindung an den OP-Tisch ohne Bezug zur Weiterbildung.
- Schaffung von Freiräumen für Tätigkeiten außerhalb der OP- Abteilung.
- Bessere Planbarkeit dieser Tätigkeiten, die sich unter Vermeidung von Überstunden in der regulären Arbeitszeit durchführen lassen.
- Intensivierung der Arzt- Patienten- Beziehung, da der Arzt als Ansprechpartner vor Ort länger und regelmäßiger zur Verfügung steht

H. Bauer/DOCH 11

Folie 11

AWMF Delegiertenkonferenz 12.5.2007

Delegation von ärztlichen Leistungen

- Hintergrund
- Delegierbarkeit von Leistungen
- Lehrangebote
- Profession und De- Professionalisierung

H. Bauer/DOCH 12

Folie 12

Delegierbare ärztliche Leistungen

1. Grundsätzlich delegierbar
2. Im Einzelfall delegierbar
3. Nicht delegierbar, da als höchstpersönliche Leistung einzustufen

Bundesärztekammer (BÄK)

„Alles, was Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung ist, stellt einen ärztlichen Eingriff dar und ist als ärztliche Aufgabe anzusehen.“

Deutsche Akademie der Gebietsärzte der BÄK, Frankfurt 17.12.15

H. Bauer/DOCH 13

Folie 13

Verlagerung von Aufgaben

In Deutschland machen Ärzte Schwesternarbeiten und Schwestern machen Hilfsarbeiten.

H. Bauer/DOCH 14

Folie 14

Delegation ärztlicher Aufgaben

Zulässigkeitsvoraussetzungen

- Anordnungsbefugnis (bleibt beim Arzt)
- Keine (allgemeine oder im Einzelfall) ärztlich vorbehaltenen Tätigkeit
- Hinreichende Qualifikation des Mitarbeiters
- Bereitschaft des Mitarbeiters zur Erledigung

BÄK-RW, Evuk 2005

Um das Risiko möglicher Strafverfahren gegen CTA / PA auf der einen und die verantwortliche Klinikleitung auf der anderen Seite zu minimieren, empfiehlt es sich dringend, den Patienten über den geplanten Einsatz nicht-ärztlichen Personals umfassend zu informieren und dies auch zu dokumentieren

RA Dr. W. Evuk, U. Lehmann, U. Fabian, B. Müller, RA T. Müller, Handel, Reichelt und Partner Frankfurt

H. Bauer/DOCH 15

Folie 15

Organisationsverschulden in Klinik und Praxis

Ärztliche Standards bei strukturellen und organisatorischen Veränderungen

Herlecker, Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht e.V. 3.12.2005

III. Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen

4. Auch eine diskutierte Einführung der Bachelor- und Master- Studiengänge führt zu heterogenen Qualifikationsmaßstäben in der medizinischen Versorgung, die haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können. Dies gilt auch für die zunehmende Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliche Berufe.

H. Bauer/DOCH 16

Folie 16

Ablehnung von nichtärztlichen Operations- und Anästhesieassistenten

Entscheidung des 108. Deutschen Ärztetages

- Der 108. Deutsche Ärztetag sieht mit Besorgnis zunehmende Tendenzen, originär ärztliche Tätigkeiten aus Gründen der Kostenersparnis auf nicht-ärztliches Personal zu verlagern
- Hier ist besonders der Einsatz von Operations- und Anästhesieassistenten zu erwähnen
- Die Verlagerung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal bedeutet eine Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung und hat erheblich negative Auswirkungen auf die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses

17

Folie 17

Delegation von Leistungen (DGCH/BDC)

- Statt Delegation ärztlicher Leistungen Entlastung von nichtärztlicher Tätigkeit
- Übertragung Arzt- unterstützender, nicht Arzt- ersetzender Aufgaben, die von den Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Kammern zu definieren sind.
- Übertragung von Aufgaben nur bei persönlicher Überprüfung der Qualifikation der betreffenden Mitarbeiter
- Facharztstandard muss in jeder Behandlungsphase gewährleistet sein. Besondere Anforderungen an die Supervision.
- Keine Delegation zu Lasten der Weiterbildung

18

Folie 18

AWMF Delegiertenkonferenz 12.5.2007

Delegation von ärztlichen Leistungen

- Hintergrund
- Delegierbarkeit von Leistungen
- Lehrangebote
- Profession und De- Professionalisierung

19

Folie 19

Bachelor of Science in Physician Assistance

HCI Institute of Healthcare Industries Berlin Tübingen Köln, Steinbeis University Berlin

Physician Assistant – Warum?
Erhöht Wirtschaftlichkeit, maximiert Qualität und verbessert Mitarbeiter-Zufriedenheit

Folie 20

Studium für OP- Pfleger

„Der Physician Assistant, wie er in den USA genannt wird, ist mit einem ärztlichen Assistenten vergleichbar, der sich am Beginn seiner Facharztweiterbildung befindet. Er unterstützt den verantwortlichen Operateur direkt: Platziert etwa Drainagen, näht Wunden und legt Verbände an. Er kann für den Zugang zum Operationsgebiet bei einer Laparotomie sorgen oder auch kleine Ambulanzeingriffe vornehmen.“

21

Folie 21

Angebote der CTA-Ausbildung (mod n. E. Eysach 2006)

	Bachelor of Science in Physician Assistance IHCI Tübingen, Berlin	Chirurgisch-technischer Assistent Akademie Kaiserswerth	Chirurgie-Assistent Kath. Bildungsstätte Osnabrück
Aufbau	Berufbegleitend; 3 Module, Bachelor-Arbeit	Nicht-berufsbegleitend; 1 klinische Phase (18 Monate) + 1 theoretische Phase (14 Monate)	Theorie: Basis modul + fachspez. Modul + praktische Ausbildung (n. OP- Katalog)
Dauer	3 Jahre	3 Jahre	Theorie: 40 Std. + Praxis 6 Monate
Zielgruppen	OP-Pflegepersonal, OTA, Gesundheitspfleger	Berufseinsteiger, OTA, Gesundheitspfleger	Pflegekräfte, OTA
Voraussetzungen	Allgemeine / fachgeb. Hochschulreife + 4 Jahre Berufserfahrung	Abitur oder FH-Reife und erlernter Beruf	Fachexamen für OP-Dienst (3 Jahre o. OTA + 2 Jahre)
Kosten	600 € / Monat Ca. 18.700 € / Studium	Monat. 390 € Gebühr für Schule	Max. 4000 € Gesamtkosten

Folie 22

Ausbildungskonzept Gefäßassistent/-in

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie © DGG - Februar 2006

- Definition**
Die Gefäßassistentin DGG® erbringt auf der Basis fundierter Kenntnisse in der Gefäßmedizin nicht zwingend ärztliche Aufgaben mit hoher Qualifikation. Sie ist sowohl organisatorisch als auch fachlich in jeder Hinsicht dem Gefäßchirurgen unterstellt. Sie handelt auf ärztliche Weisung.
- Tätigkeitsmerkmale**
 - Praktische Durchführung nicht-invasiver Untersuchungsverfahren unter vorläufiger Wertung der Ergebnisse
 - Organisation von Gefäßsprechstunde und Gefäßstation
 - Erhebung einer Basisanamnese und eines Basisbefundes einschl. vorläufiger Symptomenzuordnung und Stadieneinteilung
 - Kodierung von Erkrankungen und gefäßchirurgischen Eingriffen
 - Vorbereitende Information des Patienten (Stufenaufklärung)
 - Blutabnahme und Legen von Verweilkathetern
 - Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung
 - Vorbereitung des Patienten im Operationssaal
 - Aktive Assistenz im Operationssaal
 - Assistenz bei Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Überwachung ärztlich eingeleiteter Therapien

www.gefaesschirurgie.de

Folie 23

CTA: Typische Tätigkeitsfelder

- Assistenz und verantwortliche Zu-Arbeit für den Chirurgen
- Übernahme von bestimmten OP- Schritten (Venentnahme, Wundverschluss)
- Kenntnis der Funktion und Bedienung von Instrumenten und Gerätschaften
- Durchführung standardisierter technischer Untersuchungen
- Kenntnis und Beachtung der Hygienemaßnahmen
- Vorbereitung und Weiterleitung bakteriol. und histologischer Untersuchungen
- Dokumentation und QS- Maßnahmen

Einsatzmöglichkeiten

- Krankenhaus
 - Station
 - Funktionsbereiche
 - Notfallambulanz
 - Operationssaal
- Arztpraxis, MVZ
- Gemeinden, Behörden, Betriebe

Folie 24

Ausbildungskonzept Gefäßassistent/-in
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie © DGG - Februar 2006

- Definition**
Die Gefäßassistentin DGG® erbringt auf der Basis fundierter Kenntnisse in der Gefäßmedizin nicht zwingend ärztliche Aufgaben mit hoher Qualifikation. Sie ist sowohl organisatorisch als auch fachlich in jeder Hinsicht dem Gefäßchirurgen unterstellt. Sie handelt auf ärztliche Weisung.
- Tätigkeitsmerkmale**
 - Praktische Durchführung nicht-invasiver Untersuchungsverfahren unter vorläufiger Wertung der Ergebnisse
 - Organisation von Gefäßprechstunden und Gefäßstation
 - Erhebung einer Basisanamnese und eines Basisbefundes einschl. vorläufiger Symptomenzuordnung und Stadieneinteilung
 - Kodierung von Erkrankungen und gefäßchirurgischen Eingriffen
 - Vorbereitende Information des Patienten (Stufenaufklärung)
 - Blutabnahme und Legen von Verweilkanülen
 - Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung
 - Vorbereitung des Patienten im Operationsaal
 - Aktive Assistenz im Operationsaal
 - Assistenz bei Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Überwachung ärztlich eingeleiteter Therapien



www.gefaesschirurgie.de

Folie 25

Neue Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (früher Arzthelferin)

8. Durchführung von Maßnahmen bei Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes oder der Ärztin

- 8.1 Assistenz bei ärztlicher Diagnostik
- 8.2 Assistenz bei ärztlicher Therapie
- 8.3 Umgang mit Arzneimitteln, Sera und Impfstoffen sowie Heil- und Hilfsmitteln

u.a.:

- venöse Blutentnahmen
- bei chirurgischen Maßnahmen mitwirken
- septische und aseptische Wunden versorgen
- Stütz- und Wundverbände anlegen

11.10.09/10/31 26

Folie 26

AWMF Delegiertenkonferenz 12.5.2007

Delegation von ärztlichen Leistungen

- Hintergrund
- Delegierbarkeit von Leistungen
- Lehrangebote
- Profession und De- Professionalisierung

H. Bauer/DOCH 27

Folie 27

Viergliedriges Organisationsmodell künftiger ärztlicher Versorgung

Die Arbeitsteiligkeit informationsgesteuerter Prozesse führt zu einem neuen Arztbild

Der Arzt als:


- patientenbezogener Berater
- Spezialist für die medizinische Versorgung
- Systembetreuer
- Spezialist für Zweitmeinungen

Konsequenz:

- neue fach- und funktionsübergreifende Aufgaben
- flachere Hierarchien

„Mit der heutigen und den folgenden beiden Ärztegenerationen ist dieses Modell nicht umzusetzen“

W. Pflüger 2005
G. Sankhyan DKG-Forsch 2007



H. Bauer/DOCH 28

Folie 28

Von der Fachabteilung zu medizinischen Leistungszentren

Auswirkungen auf das ärztliche Berufsbild

„Der Beruf des Arztes wird schneller und anspruchsvoller. ... Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird immer mehr von einem Vertragsverhältnis mit definiertem Preis und einer einklagbaren Leistung geprägt werden.“

G. Fortmeier/DFE/Ex 2007

H. Bauer/DOCH 29

Folie 29

Produktivitätsunterschiede: Fälle pro Vollkraft in den klinischen Diensten



Produktivstes Krankenhaus: 80,2
Unproduktivstes Krankenhaus: 20,6
74% Differenz

Produktivitätssteigerung durch:
- intelligente Ablaufsteuerung
- Qualifikation der Mitarbeiter
- Arbeitsteilung und Teamarbeit

Quelle: Medizin 2006
* Ärztlicher Einsatz und Pflegebedarf
Quelle: Publikation Qualitätskriterien gemäß § 132 SGB XI im Jahre 2006, Internetport www.qualitaet.de/Struktur/Maßnahmen/Leistungs

H. Bauer/DOCH 30

Folie 30

UEMS 2006/14 AMSEDO

European Definition of the Medical Act
Amended by the UEMS Council Budapest 3./4. November 2006

„The medical act encompasses all the professional action, e.g. scientific, teaching, training and educational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological value. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription.“

H. Bauer/DOCH 31

Folie 31

UEMS 2006/18 Budapest Declaration
über die Wahrung der Qualität in der medizinischen Versorgung

Anschnitt 3: Regulierung auf COLLEGEN- UND TEAM- Ebene
Standards und Ethik

18) Die moderne ärztliche Versorgung beruht auf der Tätigkeit von Ärzten in verschiedenen Fachrichtungen und verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, die zusammenarbeiten und sicherzustellen, dass die Produktivität des Patienten weitgehend erfüllt werden. Jedes Mitglied eines Gesundheitsteams sollte sich am Erfolg seines Berufsstandes, aber auch an jenem mit anderen, beteiligen. Die Zusammenarbeit gelte. Gute Kommunikation, angemessene Übertragung von Aufgaben, definierte Versorgungsbereiche und die Einhaltung der Vertraulichkeit im Zusammenhang mit Patientendaten.

Anschnitt 3: Regulierung auf COLLEGEN- UND TEAM- Ebene
Bildung

20) Eine umfassende Gesundheitsversorgung von Patienten erfordert eine Kombination von Verfahren, die von zahlreichen Gesundheitsberufen durchgeführt werden. Es ist wichtig, dass alle ein Verständnis für ihren Beitrag sowie jenen der anderen Teammitglieder zum bestimmten Behandlungsergebnis des Patienten haben. Dies kann immerwäh durch die Ausbildung erreicht werden, in der der Prüfungsfall Gesundheitsberufe beruht, die sich gegenseitig und andererseits durch Lernen im Team und durch gemeinsame „Audits“ der Tätigkeiten.

H. Bauer/DOCH 32

Folie 32

Schlüsselfrage

- **Neue Aufgabengewichtung** zwischen Arzt und nichtärztlichen Gesundheitsberufen unter Beibehaltung der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen (ärztlich geleitetes Team)

oder

- Kompetenzverlagerung mit neuen eigenverantwortlichen Zuständigkeiten für nichtärztliche Gesundheitsberufe (neue Versorgungsebene)?

- Auf der Limitierung der Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe durch die rechtlichen Rahmenbedingungen kann man sich nicht ausruhen
- Die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte beinhaltet nur dann eine Chance, wenn die Ärzteschaft hierzu eigene Konzepte/Vorschläge unterbreiten kann

H. Bauhoff/DOCH 2006

Folie 33



PARALLELNARKOSEN Deutsches Ärzteblatt Jg. 104 Heft 11 10. Mai 2007

Helios entschärft umstrittenes Konzept

Wegen massiver Bedenken in der Ärzteschaft hat der Klinikkonzern seine Chefärzte angewiesen, Medizinische Assistenten für Anästhesie nur noch nach den Vorgaben der Fachgesellschaft und des Berufsverbands einzusetzen.

H. Bauhoff/DOCH 34

Folie 34

De-Professionalisierung des Arztberufes

- „Entzauberung“ von Theorie, Praxis und Lehre
- Glaubwürdigkeit-, Status- und Reputationsverluste
- „Ökonomisierung“ des professionellen Selbstverständnisses
- Machtverluste gegenüber den anderen Gesundheitsberufen
- Reduzierung der Selbstverwaltungsautonomie
- Drohende Verluste des Sicherstellungsauftrages
- Wachsende gesellschaftliche Kontrolle

J.v. Trotschke 2002

H. Bauhoff/DOCH 35

Folie 35



Deutsches Ärzteblatt Jg. 104 Heft 10 11. Mai 2007

INTERVIEW
mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
VOR DEM 110. DEUTSCHEN ARZTETAG
„Ärzte sind keine Erfüllungsgehilfen“
Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe sieht die Gesundheitspolitik auf einem verhängnisvollen Weg.
Er ruft dazu auf, die Fremdbestimmung des Arztberufs zu stoppen.

„Die Umwandlung des Krankenhauses in eine industrialisierte Gesundheitsversorgung bringt es mit sich, dass die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte unter dem Blickwinkel der Wertschöpfung betrachtet wird. Das führt zu einem anderen Umgang mit den Patienten.“

„Bislang haben der Arzt und die Ärztin immer noch eine gewisse seel-sorgerische Funktion. Ich habe die Sorge, dass die neue Gedankenwelt auf Dauer den Charakter der in der Klinik Arbeitenden verdirbt.“

„In Deutschland wird Selbstkritik bestraft – anders als im angloamerikanischen Raum. Das fördert die Unzufriedenheit im Arztberuf ganz gewaltig. Mit dem Status eines Erfüllungsgehilfen von vertragsschließenden Dritten mag sich kein Arzt abfinden.“

„Weiterbildung ist heute integraler Bestandteil des Arztwerdens, nicht mehr wie früher eine freiwillige Veranstaltung.“

Folie 36

Anlage 4 zu TOP 7

**Delegation ärztlicher Leistungen
oder
Zur Einschränkung des Arztvorbehaltes**

**Delegiertenkonferenz der AWMF
Frankfurt/Main, 12. Mai 2007**

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
Wienke & Becker - Köln

Folie 1

Übersicht

- Juristische Anamnese
- ◆ Meinungsstand in Rspr. und Literatur
- ◆ Was bedeutet Delegation ?
- ◆ Ausübung der Heilkunde und Arztvorbehalt
- ◆ Persönliche Leistungserbringung
- Rechtliche Diagnose
- ◆ Qualität versus Qualifikation ?
- ◆ Einfluss wirtschaftlicher Faktoren auf den ärztlichen bzw. med. Standard
- ◆ Die Wirklichkeit in Klinik und Praxis
- Therapievorschläge
- ◆ Neubestimmung der med. Standards
- ◆ Qualität statt Qualifikation

Folie 2

Meinungsstand in Rspr. und Literatur

- StN der BÄK vom 16.02.1974 sowie der BÄK und DKG vom 18.04.1980 zu Injektionen, Infusionen und Blutentnahme durch nicht-arztlisches Personal
- Entschließung zur Zulässigkeit und Grenzen von Parallelverfahren in der Anesthesie, Mannheim 20.09.1988
- StN der BÄK und KBV vom 22.09.1988 zu den Anforderungen an die pers. Leistungserbringung
- Münsteraner Erklärung des BDA, November 2004
- Empfehlungen der DGMR zum Organisationsverschulden in Klinik und Praxis, Dezember 2005
- CTA-Workshop der DGCH, November 2006, zur Delegation arztlischer Aufgaben auf nicht-arztlische Mitarbeiter
- Klausurtagung Münster II des BDA und DGAI, Februar 2007 (u.a. zur Helios-Verfahrensweise)

Folie 3

Meinungsstand in Rspr. und Literatur

- BGH, Urteil vom 08.05.1979 – VI ZR 58/78 – NJW 1979, 1935: Injektionen durch Schwesternhelferin
- BGH, Urteil vom 30.11.1982 – VI ZR 77/81 – NJW 1983, 1374: Parallelnarkosen: Sicherheit vor Wirtschaftlichkeit
- BGH, Urteil vom 27.09.1983 – VI ZR 230/81 – NJW 1984, 655: Anfangeroperation
- LG Frankfurt a.M. vom 29.09.2006 – 3-12 O 205/06: Bleaching ist keine Zahnheilkunde

Einheitliches Credo:

- Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen arztlisches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich durchzuführen sind, sind nicht delegationsfahig.

Folie 4

Was bedeutet Delegation?

- Delegation ist die Weitergabe einer Teilaufgabe und der dafür notwendigen Handlungskompetenz von einem Vorgesetzten an einen Mitarbeiter mit dem Ziel, sich zu entlasten. (Wikipedia allg. Definition)
- Delegation bedeutet die Übertragung von Entscheidungskompetenzen von einer Instanz an (meist) unterstellte Instanzen. (BWL – Definition)
 - ◆ top down-Hierarchie (Befehle von oben nach unten)
 - ◆ bottom up-Hierarchie (Berichte von unten nach oben)
- Delegation ist die generelle Übertragung von Zuständigkeiten und Rechtssetzungs- und Handlungskompetenzen in Abgrenzung zur Beauftragung im Einzelfall. (Creifelds Rechtswörterbuch)
- § 613 BGB:
 - ◆ „Der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten.“ (Auslegungsregel).

Ausübung der Heilkunde und Arztvorbehalt

- § 1 des Heilpraktikergesetzes vom 17.02.1939:
 - ◆ Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.
 - ◆ Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird.
- § 2 Bundesärzteordnung vom 02.10.1961:
 - ◆ Wer ... den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.
 - ◆ Ausübung des ärztlichen Berufs ist die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“.

Folie 5

Ausübung der Heilkunde und Arztvorbehalt

- § 1 des G über die Ausübung der Zahnheilkunde:
 - ◆ Wer ... die Zahnheilkunde dauernd ausüben will, bedarf einer Approbation als Zahnarzt ...
 - ◆ Approbierte ZÄ können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung delegieren: ...“
- § 4 Bundesrechtsanwaltsordnung:
 - ◆ Zur Rechtsanwaltschaft kann nur zugelassen werden, wer die Befähigung zum Richteramt nach dem deutschen Richtergesetz erlangt ... hat.
 - ◆ Aber: Lieber einen guten und erfahrenen Bürovorsteher als einen Junganwalt als Berater
 - ◆

Folie 6

„Persönliche Leistungserbringung“

- §§ 15 und 28 SGB V:
 - ◆ Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.
 - ◆ § 32 Ärzte-Zulassungsverordnung:
 - ◆ Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben.
 - ◆ § 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte:
 - ◆ Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. ...
 - ◆ Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.
 - ◆ Abrechnung ärztlicher Leistungen, vgl. § 4 GOÄ
 - ◆

Folie 7

Rechtliche Diagnose

- Beschäftigte im Gesundheitswesen 2004 (4,2 Mio):

◆ Krankenpfleger	16,8 %
◆ Arzthelfer	12,1 %
◆ Altenpfleger	7,0 %
◆ Krankenpflegerhelfer	5,2 %
◆ MTA	2,3 %
◆ Physiotherapeuten	1,8 %
◆ Zahntechniker	1,7 %
◆ Masseure	1,4 %
◆ Augenoptiker	0,9 %
Gesamt:	49,2 %
- Ärzte und Zahnärzte:

◆ Ärzte	7,2 %
◆ Zahnärzte	1,5 %
Gesamt:	8,7 %

Folie 8

Rechtliche Diagnose

- Die Wirklichkeit in Klinik und Praxis - sichtbare Liberalisierungstendenzen (Aufgabe des Arztvorbehalts):
- Koalitionsvertrag zw. CDU, CSU und SPD von Nov. 2005:
 - ◆ Bei der ärztlichen Versorgung „wird geprüft, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepte einbezogen werden können.“
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz:
 - ◆ med. Kooperationen (MVZ, angestellte Ärzte)
 - ◆ Institutionalisierung der ärztlichen Tätigkeit
 - ◆ Rückgang der Freiberuflichkeit
 - ◆ Aufgabe des „persönlichen Gepräges“
 - ◆ Filialisierung

Folie 9

Rechtliche Diagnose

- Veränderung der Rahmenbedingungen:
 - Demografische Entwicklung – Multimorbidität
 - Entwicklung des medizinisch Machbaren und wirtschaftlich Realisierbaren (Fortschrittsfalle)
 - Arztlahntwicklung – Ausland, Praxissterben
 - Personelle Engpässe, Arbeitszeitgesetz, EuGH zu Bereitschaftsdiensten
 - Zunehmende Delegation auf nicht-ärztliche Berufe
 - ◆ Bachelor- und Masterabsolventen in der Medizin
 - ◆ Anästhesieassistenten
 - ◆ Akademisierung der Pflegeberufe
 - Druck der Krankenhausfinanzierung (DRG-System)
 - Steigende Effizienzanforderungen
 - ◆ Zentrenbildung
 - ◆ Übergreifende Dienste (der Urologe im augenärztlichen Bereitschaftsdienst)
 - ◆ Behandlungspfade, externe Kooperationen

Folie 10

Rechtliche Diagnose

- Einfluss (wirtschaftlicher) Faktoren auf ärztliche und medizinische Standards:
 - ◆ Einhaltung von Zielvereinbarungen
 - ◆ Verkürzung der Liegezeiten (DRG-Optimierung)
 - ◆ Budget- und Leistungsvorgaben
 - ◆ Wettbewerb - Kampf um jeden Patienten
 - ◆ Wirtschaftlichkeitsgebot
 - ◆ Personalreduktion im ärztlichen Dienst
 - ◆ Der Weiterbildungsassistent allein im OP
 - ◆ Kompensation teurer Tarifabschlüsse
- Die Ärzte in der Fortschritts- und Haftungsfalle
 - ◆ Gewährleistung der hohen ärztlichen und med. Standards trotz ständig rückläufiger Ressourcen

Folie 11

Folie 12

Therapievorschläge

- These 1:
- ◆Ärztliche Maßnahmen sind nach bisherigem Verständnis nur dann delegationsfähig, wenn sie nicht dem ureigenen ärztlichen Kompetenzbereich unterfallen, eine konkrete Gefährdung bei Durchführung für die Gesundheit des Patienten nicht besteht und der Arzt bei der Erbringung dergestalt mitwirkt, dass die Leistung insgesamt als solche des Arztes erkennbar ist.
- Aber:
- Der „ureigene“ ärztliche Kompetenzbereich ist bisher nicht im Einzelnen definiert (Diagnosestellung, Therapieplan).
- Eine konkrete Gefährdung erweist sich immer erst, wenn sie tatsächlich eintritt.
- LSG NW vom 25.09.1996:
- ◆Eine Entfernung von 200 Metern zwischen dem Ort der Leistungserbringung und dem Aufenthaltsort des Arztes bei der Erbringung von Röntgenleistungen ist im Hinblick auf die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung zu groß.

Folie 13

Therapievorschläge

- These 3:
- ◆Die objektiv zu beurteilende Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals entscheidet im Einzelfall, ob dieses bei Durchführung einer bestimmten Maßnahme für den **Patienten** ein größeres Risiko darstellt als der approbierte, aber unerfahrene Arzt, wobei zu bedenken ist, dass Fehler sowohl dem nicht-ärztlichen Personal als auch dem Arzt in gleicher Weise unterlaufen können.
- Denn:
- Die Regelungen des HeilpraktikerG und der BÄO stellen auf eine Gefahrenabwehr ab, die aber einen Arztvorbehalt nur bei einer konkreten Gefährdung rechtfertigt, nicht bei einer lediglich abstrakten Gefahr, der mit einem Verbot zu begegnen wäre.
- Der Assistenzarzt unter der Aufsicht des Facharztes handelt nicht anders als der MAFA oder der OTC !?

Folie 15

Therapievorschläge

- These 5:
- ◆Bei Nachweis einer objektiv zu bestimmenden Qualifikation zur Durchführung bestimmter med./ärztlicher Maßnahmen können sog. „ureigene“ ärztliche Tätigkeiten zur Ausübung durch nicht-ärztliches Personal auch auf dieses delegiert werden, wenn der zur Delegation berechtigte Arzt die Führungsverantwortung behält.
- Denn:
- Die bisher bekannten Ausbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten und Voraussetzungen (z.B. für OTA, CTA, MAFA etc.) müssen auf ihre Tauglichkeit hin evaluiert werden und könnten eine Basis für die personellen Qualifikationsanforderungen in den med. Leitlinien sein.
- Die zur Anfängeroperation von der Rechtsprechung entwickelten Haftungsgrundsätze könnten auf das nicht-ärztliche Personal übertragen werden.

Folie 17

Therapievorschläge

- These 2:
- ◆Die Delegation ärztlicher Leistungen auf untergeordnetes ärztliches oder nicht-ärztliches Personal bewirkt nach strenger Definition die tatsächliche Übertragung von Handlungs- und Entscheidungskompetenzen, die es dem Delegationsempfänger ermöglicht, ärztliche Maßnahmen in eigener Handlungsverantwortung zu erbringen. Die Führungs- und Gesamtverantwortung verbleibt stets beim Delegierenden.
- Denn:
- Aktuelle, anerkannte med.-wissenschaftliche Erkenntnisse begründen den geforderten Standard
- Diese definierte Qualität ist zu gewährleisten, wer sie im Einzelfall erbringt ist zweitrangig.
- Qualität versus formeller Qualifikation
- materielle versus formelle Facharztqualität

Folie 14

Therapievorschläge

- These 4:
- ◆Die med.-wissenschaftlichen Standards, welche die vom Patienten zu erwartende Qualität der Leistungserbringung z.B. in Leitlinien näher bestimmen, können nicht nur Aussagen über die Leistungsdurchführung in inhaltlicher und struktureller Hinsicht, sondern auch in personeller Hinsicht machen. Dabei können Anforderungen an die Qualifikation des Delegationsempfängers beschrieben werden.
- Denn:
- In Leitlinien werden die aktuellen und anerkannten med.-wissenschaftlichen Erkenntnisse in Bezug auf bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren und Maßnahmen beschrieben. Neben inhaltlichen werden auch strukturelle Maßgaben festgelegt (stationär oder ambulant).
- Leitlinien könnten auch Qualifikationsanforderungen bei der Leistungserbringung näher festlegen. Bisher wird nur allgemein auf den Facharzt abgestellt ohne dessen Qualifikation näher zu bestimmen.

Folie 16

Ausblick

- Politische Weichenstellungen:
- ◆Dienstleistungsrichtlinie der EU-Kommission
- ◆Wegfall des Meisterprivilegs im Handwerk
- ◆Rechtsdienstleistungsgesetz
- ◆Änderung des HeilpraktikerG und der BÄO
- ★ Neuer Heilkundebegriff (SV-Rat)
- ★ Einschränkung des Arztvorbehalts wie ZÄ
- ★ Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (SGB V): Gemeindegewerter

- Kommission OP-techn. Assistent der AWMF
- Erweiterung der med. Leitlinien um spezifische Qualifikationsanforderungen bei der Leistungserbringung (Personelle Standards)

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Folie 18

Anlage 5 zu TOP 8

gms german medical science

German Medical Science

In Gegenwart und Zukunft

Elke Roesner
http://www.egms.de

GMS Herausgebertreffen, 25.04.2007 1/13

Folie 1

Verzeichnis der Mitgliedsorganisationen der AWMF (alphabetisch sortiert):

- GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery
- GMS Current Topics in Computer and Robot Assisted Surgery
- GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery
- GMS German Medical Science - an interdisciplinary Journal
- GMS Health Technology Assessment
- GMS Ernährungsphysiologie
- GMS Medizin - Bibliothek - Information
- GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
- GMS Mitteilungen aus der AWMF
- GMS Psycho-Social-Medicine
- GMS Thoracic Surgical Science
- GMS Fortbildungsmagazin
- GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung
- Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Computer- und Robotergestützte Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA)
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)
- Arbeitsgemeinschaft für Medizinische Bibliothekswesen (AMIB e.V.)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Deutscher Berufsverband psychosozialer Fachgesellschaften in der Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Fortbildungsmagazin
- Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

Folie 3

gms german medical science

GMS Portal Meetings

- 45 Kongressveröffentlichungen
- 14.552 Abstracts und Kurzfassungen
- 4 Kongressberichte

GMS Herausgebertreffen, 25.04.2007 5/13

Folie 5

gms german medical science

Verlauf der Zugriffe auf GMS

GMS Herausgebertreffen, 25.04.2007 7/13

Folie 7

gms german medical science

GMS Portal Journals

- „German Medical Science“
- 12 Fachzeitschriften
- 1.149 Artikel

GMS Herausgebertreffen, 25.04.2007 2/13

Folie 2

gms german medical science

Journals Zugriffe und Artikelzahlen ab 2005

Folie 4

gms german medical science

Meetings Zugriffe und Abstractzahlen ab 2005

Folie 6

gms german medical science

Die GMS Mischfinanzierung im Überblick:

GMS Herausgebertreffen, 25.04.2007 8/13

Folie 8

Resolution zum Urheberrechtsgesetz

Die AWMF - eine der unterzeichnenden Organisationen der „Göttinger Erklärung zum Urheberrecht für Bildung und Wissenschaft“ vom 5. Juli 2004 - begrüßt, dass die Bundesregierung im Rahmen des „2. Gesetzes zur Regelung des Urheberrechts in der Informationsgesellschaft“ die Zulässigkeit von Privatkopien an die veränderten Rahmenbedingungen der Informationsgesellschaft anpassen will.

Zur Sicherung des Wissenschaftsstandortes Deutschland ist allerdings zu gewährleisten, dass Studierende und Wissenschaftler Kopien der wissenschaftlichen Literatur, die von Bibliotheken elektronisch verschickt werden, so kostengünstig wie bisher beziehen können. Die AWMF befürchtet, dass es durch die im Gesetzesentwurf der Bundesregierung vorgesehene Einschränkung des Bibliothekenversandes auf solche Veröffentlichungen, die nicht von den Verlagen selbst im Internet verkauft werden (§ 53a), zu wesentlichen Kostensteigerungen und damit zu Einschränkungen der Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Publikationen für die Verwendung in Wissenschaft, Forschung und Lehre kommen wird. Die geplante Regelung würde die Arbeit insbesondere von jüngeren Wissenschaftlern massiv beeinträchtigen. Die Preise der marktführenden Verlage liegen heute bereits bei bis zu 50 € pro Artikel.

Die AWMF fordert deshalb Bundesregierung und Bundestag auf, eine Regelung für den elektronischen Versand wissenschaftlicher Literatur durch Bibliotheken (z.B. als grafische Dateien) vorzusehen, die hinsichtlich der Kosten dem Versand von herkömmlichen Kopien gedruckter Werke gleichkommen.

Der letzte Satz im § 53a sollte daher lauten: *„Die Vervielfältigung und Übermittlung in sonstiger elektronischer Form ist ausschließlich als grafische Datei zulässig.“*

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Bsp. Fragl. Ärztl. Vertretbare Leistungen -2-

Ran an den Bauch



Die Sonderausgabe "Ran an den Bauch" der Gesundheitszeitung aus dem Hause **ÄRZTLICHE PRAXIS** ist ein Renner. Fordern Sie bis zu fünf weitere Exemplare für Ihr Wartezimmer kostenfrei bei uns an. ja nein mehr...

100 Jahre 1907-2007: 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre

Folie 9

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Anlage B „Nicht anerkannt“

Tab. 2.2: Beschlüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) - Anlage B „nicht anerkannt“ (Quelle: <http://www.kbv.de/publikationen/rechtsquellen.htm>)

1. Elektroakupunktur (nach Voll)
2. „Heidelberger Kapsel“ (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde)
3. Intraavasale Insufflation von Sauerstoff und anderen Gasen
4. Drogentherapie (Behandlung mit vermishtem Sauerstoff-/Oxygenmisch)
5. Behandlung mit niederenergetischem Laser (Soft- und Mid-Power-Laser)

100 Jahre 1907-2007: 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre

Folie 10

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Vom BUB/G-BA nicht anerkannte/abgelehnte Leistungen

- Ambulanter Erlaubnisvorbehalt
- Stationärer Verbotsvorbehalt
 - Protonentherapie beim Rectumkarzinom demnächst IGeL?
- Kriterien für Anerkennung/Ablehnung
 - Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V entsprechend (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich)
 - Bewertung gem. § 135 SGB V (Wirksamkeit, Nutzen, Kosten-Nutzen)
 - §§ 14-20 VO des G-BA (Evidenz)

Folie 11

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Stellenwert vom G-BA nicht anerkannter Leistungen?

„Häufig bieten Ärzte Leistungen an, die der gemeinsame Bundesausschuss als nicht sinnvoll ausgeschlossen hat oder über die er auch noch nicht entschieden hat. Bei der Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen besteht damit ein erhöhtes Risiko, unzureichend geprüfte, risikoreiche und/oder nutzlose medizinische Leistungen zu erhalten.“

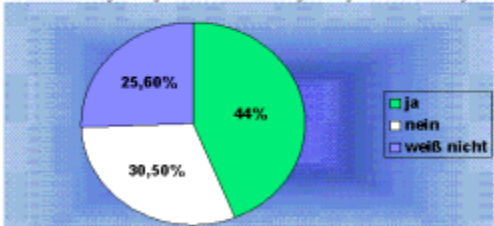
© AOK - Die Gesundheitskasse (<http://www.aok.de/bund/d/187009.php>)

Folie 12

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Abgrenzung GKV-Leistungskatalog – IGeL unklar

Ist für Sie die Abgrenzung zwischen GKV-Leistungskatalog und IGeL eindeutig?



Antwort	Prozent
ja	44%
nein	30,50%
weiß nicht	25,60%

100 Jahre 1907-2007: 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre

Folie 13

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Leistungsumfang der GKV

- Abschließender Leistungskatalog versus umfassendes Leistungsversprechen/Grundrechte
- Anspruch auf Krankenbehandlung gem. § 27 SGB V
„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen...“
- Einschl. besonderer Therapiemethoden (§ 2 Abs. 1 SGB V)
- Individueller Nutzen ≠ kollektiver Nutzen
- Vgl. Rechtsprechung zu „Systemversagen“, Off Label-Use (z.B. „Bioresonanz-Urteil“ (BVerfG, 1 BvR 347/98 vom 06.12.2007))
- Vgl. § 20 VO des G-BA

Folie 14

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Zwischenfazit

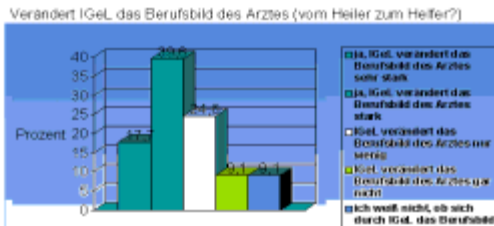
- Unsicherheit bezüglich
 - Abgrenzung GKV- versus Nicht-GKV-Leistung
 - medizinischer Stellenwert von IGeL
- Grosse Varianz im Hinblick auf IGeL-Spektrum und -Erbringung
- Verwischung der Grenzen zu gewerblichen Gesundheitsdienstleistungen
- Arzt-induzierte medizinisch nicht notwendige Nachfrage
- Deprofessionalisierungsrisiko
 - Vertrauensverlust in der Beziehung zum Patienten
 - Wandel des Arztbilds
 - Infragestellung der Freiberuflichkeit
 - Konkurrenz durch andere „Gesundheitsdienstleister“

Folie 15

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

Wandel des ärztlichen Berufsbilds durch IGeL


Verändert IGeL das Berufsbild des Arztes (vom Heiler zum Heiler?)



Antwort	Prozent
ja, IGeL verändert das Berufsbild des Arztes sehr stark	39%
ja, IGeL verändert das Berufsbild des Arztes stark	24%
nein, verändert das Berufsbild des Arztes nur wenig	11%
nein, verändert das Berufsbild des Arztes gar nicht	11%
ich weiß nicht, ob sich durch IGeL das Berufsbild des Arztes verändert	15%

100 Jahre 1907-2007: 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre, 100 Jahre

Folie 16


 **Bundesärztekammer**
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztkammern

Beratungsstand BÄK 05/2007


- **Kein IGeL-Katalog**
- Entwicklung von Maßnahmen/Instrumenten zur Qualitätssicherung von IGeL-Leistungen/Leistungserbringung → Prüfauftrag an ÄZQ
 - Zertifizierung einzelner IGeL?
 - Voraussetzung: Kriterienkatalog
 - Ggf. Zertifizierung von IGeL-Handhabung nach QM-Grundsätzen/im Rahmen bestehender QM-Systeme
 - z.B. Kategorie Patientenorientierung
 - Aufklärung über med. Stellenwert und Alternativen?
 - Aufklärung durch den Arzt?
 - Ausreichende Bedenkzeit? Etc.

25

Folie 25

 **Bundesärztekammer**
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztkammern

QS-Instrument Patienteninformation



Stellen Sie sich daher folgende Frage:

Erhalte ich eine umfassende und verständliche Aufklärung?


Woran Sie das erkennen können

Umfassend und Verständlich aufklären

- Ihr Arzt erläutert Ihnen verständlich und im Idealfall mit bildlichen Darstellungen welche Diagnose er gestellt hat und wie Ihre Erkrankung behandelt werden sollte.
- Ihr Arzt informiert sich anhand seiner Aufzeichnungen darüber, was er bei den letzten Kontakten mit Ihnen besprochen hat.

26

Folie 26


 **Bundesärztekammer**
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztkammern

Ausblick: IGeL-Zertifizierung?


- Ziele:
 - Berufsrechtlich „sauberes“ IGeL
 - Evidenzbasierte Transparenz über IGeL-Spektrum, aber kein Katalog
- Problem
 - Zertifikat als ökonomischer Fehlanreiz

27

Folie 27

 **Bundesärztekammer**
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztkammern

Vielen Dank!



28

Folie 28

Anlage 8 zu TOP 16

Abgabepersonal des
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

AWMF

Delegiertenkonferenz 12. Mai 2007
TOP 16

**Öffentlichkeitsarbeit
der AWMF**

AWMF

Folie 1

Pressemitteilungen über „idw“:

Deutsch/Englisch

Informationsdienst Wissenschaft
Sie sind hier: Home » Pressemitteilungen » Arbeitsgemeinschaft der ...

AWMF

AWMF

Bisher **1204 AWMF-
Pressemitteilungen** über
idw verbreitet (Stand 10.5.2007)
www.idw-online.de

AWMF

Folie 2

Abonnenten beim „idw“:

Journalistenstatistik
Die folgenden Zahlen beziehen nur solche Journalisten ein, die entsprechende Angaben gemacht haben.

AWMF

AWMF

Bis zu 8300 Journalisten
erhalten **Pressemitteilungen**
über den idw (Stand 10.5.2007)
www.idw-online.de

AWMF

Folie 3

**Statistik
Website:**

Abrufe seit
Oktober 1995:

AWMF online
53.562.095

Leitlinien
40.598.575

Stand: 2.5.2007

AWMF

Folie 4

**Statistik
Website:**

Leitlinien-
"Hitliste"
Abrufe
innerhalb
der letzten
6 Monate
Nov. 2006
bis
Apr. 2007

Leitlinien-Abrufe	Summe letzte 6 Monate	Tendenz
1 Prävention und Therapie der Adipositas	22.817	32
2 Diabetes, Klassifikation + Diagnostik des Diabetes mellitus	21.024	-34
3 Mannmarkschmerz	21.555	542
4 Neurologie, ALS, Multiple Sklerose + MS	21.025	48
5 Arterielle Hypertonie	17.875	283
6 Therapie des Diabetes mellitus Typ 1	15.418	-270
7 Neurologie bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2	13.141	-486
8 Neurologie: Lambert-Erkamer-Syndrom	12.202	-230
9 Schilddrüse: Nichterkrankter Schilddrüse	12.264	178
10 Oropharynx: Bakterielle Infektionen	11.555	-126
11 Infektion: Infektion	11.455	108
12 STD-Ges.: Condylomata acuminata ...	11.220	638
13 HNO: Hörsturz	11.209	-232
14 Autoimmun: Therapie d. Diabetes mellitus Typ 2	11.151	-106
15 Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa	10.556	202
16 Weichteilrheuma und Ligamentose	10.401	62
17 Thromboembolieprophylaxe Chirurgie + perip. Medizin	10.372	-162
18 HNO: Akute Otitis media	9.750	102
19 Psychotische: Posttraumatische Belastungsstörung	8.817	-78
20 KIPP: Hypothese: SMOG	8.158	-37
21 Dermatologie: Maligne Melanom	8.057	-31
22 Urologie: Genitale Herpes + direkt HPV	7.842	-32
23 Nat. Neurologie: COPD	7.602	-608
24 Urologie: Laktose- und Elektrolytstörungen	7.506	-287
25 Dermatologie: Psoriasis vulgaris	7.542	261

AWMF

Folie 5