

**Inhalt**

**Elektronische Gesundheitskarte  
Ärztetag für weitere Tests**

Der Deutsche Ärztetag hat sich für die Fortführung einer konstruktiv-kritischen Arbeit an der elektronischen Gesundheitskarte ausgesprochen.

Seite 3

**CSU-Wahlprogramm  
„Gegen Bürokratie und  
Staatsmedizin“**

Am 3. April 2009 hat der CSU-Parteivorstand in Kloster Banz ein Papier mit der Überschrift „Patient und Ärzte stärken für eine solidarische und menschliche Medizin gegen Bürokratie und Staatsmedizin“ veröffentlicht.

Seite 6

**Adipositas  
Welche Rolle spielen  
die Gene?**

Der epidemieartige Anstieg der Adipositas in den letzten Jahren führte zu einem wachsenden Angebot an Abnehmprogrammen. Welche Kostform am besten zur Gewichtsreduktion geeignet ist, bleibt weiterhin Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion.

Seite 10

**NOTES  
Transluminale Intervention –  
aktueller Stand**

NOTES (engl.: Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) begeistert derzeit sowohl interventionelle Gastroenterologen als auch minimal-invasiv tätige Chirurgen. Die Entwicklung auf diesem Gebiet erscheint ausgesprochen vielversprechend, ist jedoch derzeit noch weit vom breiten klinischen Einsatz entfernt.

Seite 12

**Impressum**

Seite 15

**Die neueste Delphi-Studie**

**Drei Zukunftsszenarien für  
unser Gesundheitswesen**

Die Ergebnisse der 5. von Janssen-Cilag in Auftrag gegebenen Delphi-Studie „Perspektive 2020, Gesundheit als Chance“ sind im April publiziert worden. Prominentester Autor ist Prof. Dr. Jürgen Wasem, Vorstand des Erweiterten Bewertungsausschusses.

Der gedankliche Ansatz dieser Studie unterscheidet sich von den früher bekannten Delphi-Studien deutlich. Man hat aufgrund vorgegebener Daten und Schätzungen von Experten drei verschiedene Zukunftsszenarien aufgebaut, die sich mit den denkbaren Entwicklungen bis 2020 beschäftigen. Wie wird zu diesem Zeitpunkt in Deutschland das Gesundheitswesen aussehen? Bei den unterschiedlichen Szenarien wird nicht nur auf Organisationsstrukturen, sondern auch auf die Definition des Leistungskataloges Wert gelegt.

● **Szenario A: Primärarztmodell**

Das Szenario A geht davon aus, dass eingeschriebene Versicherte sich von kompetenten Leistungserbringern der Primärversorgung

behandeln lassen. Genaugenommen handelt es sich um die Variation eines Primärarztmodells. Der Patient muss zunächst vom Hausarzt behandelt werden. Er kanalisiert die weiteren diagnostischen und therapeutischen Überweisungen. Der Primärarzt ist dabei nicht nur für die medizinische

versorgung verantwortlich, sondern übernimmt auch die Budgetverantwortung.

Dadurch wird das Primärarztmodell auch in seiner ökonomischen Ausrichtung voll umgesetzt. Das Szenario geht von sogenannten Primärversorgungszentren aus, die mit den Krankenkassen und anderen Versor-

gungsanbietern, z. B. Fachärzten und Krankenhäusern, Verträge abschließen können. Die übrigen Versorgungsebenen werden damit durch diese Zentren ökonomisch gesteuert. Die Definition des Leistungskataloges muss im Vergleich zum derzeitigen System im Prinzip nicht verändert werden und bleibt beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Lesen Sie weiter  
auf Seite 4



Das Orakel von Delphi – hier auf einem Fresko von Michelangelo – konnte angeblich in die Zukunft blicken. Ob sich wohl eines der drei Zukunftsszenarien aus der neuen Delphi-Studie zum Gesundheitswesen von Janssen-Cilag bewahrheitet?

**Neues Urteil**

**Sonderbedarfszulassung bei  
zu langen Wartezeiten**

Das Landesgericht für Nordrhein-Westfalen (11. Senat) hat am 23. April 2008 ein Urteil über eine Sonderbedarfszulassung eine Kardiologin gefällt, dessen Begründung jetzt vorliegt.

Das Gericht hat den Sonderbedarf bei der kardiologischen Versorgung in einer deutschen Mittelstadt gesehen und damit die Zulassung bestätigt. Als Begründung wurden alleine die in diesem Fachgebiet, nämlich der Kardiologie, bestehenden Wartezeiten für Patienten genannt. Das Gericht hat damit gegen den Zulassungsausschuss entschieden, der argumentiert hatte, dass Notfälle immer versorgt würden und dass z. B. nach Interventionen auch kürzere Wartezeiten, nämlich 4 bis 6 Wochen, im Vergleich zu den übrigen Patienten bestünden, die 3 bis 4

Monate warten müssten. Das Gericht hat diese Argumentation als Beweisgrund gegen eine Zulassung nicht anerkannt. Es hat festgestellt, dass eine Notfallversorgung schon alleine deshalb durchgeführt werden müsste, weil sich sonst der Arzt einer unterlassenen Hilfeleistung schuldig macht. Die übrigen Wartezeiten seien ausreichend, um eine Sonderbedarfszulassung der bis dato im Jobsharingverhältnis tätigen Kardiologen zu erlauben. Dieses Urteil des Landesgerichtes Nordrhein-Westfalen trifft mit Sicherheit auf zahlreiche Konstellationen zu, durchlöchert es doch an einer ganz besonders empfindlichen Stelle die Bedarfsplanung in unserer gesetzlichen Krankenversicherung (L 11 (10) KA 49/07).

HFS

**Ärztetag wehrt sich gegen  
staatliche Eingriff**

**Arztberuf muss freier  
Beruf bleiben**

Eine Einschränkung der freien Ausübung des ärztlichen Berufes gefährdet die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, warnen die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz. In einem Gesundheitssystem mit zunehmender Rationierung, stetig steigender Zahl von Regulierungsmaßnahmen und wachsender Bürokratisierung könne der Arztberuf als freier Beruf die Therapiefreiheit im ärztlichen Alltag bewahren und die Patienten vor staatsmedizinischen Zwangsentscheidungen schützen.

„Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt Tendenzen zur Aushöhlung der Freiberuflichkeit ab. Insbesondere der von manchen Krankenkassen und Klinikträgern in der Effizienzdiskussion propagierte Vorrang der Kosten vor der Therapie wird entschieden zurückgewiesen“, erklärten die Delegierten.

Lesen Sie weiter  
auf Seite 2

**Deutscher Ärztetag diskutiert  
über Patientenrechte**

**Politik verschleiert  
die Rationierung**

Patientenrechte sind nicht durch die Ärzteschaft, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung gefährdet, stellte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag Mitte Mai in Mainz fest. Längst gibt es nach seinen Worten eine heimliche, verdeckte, verschwiegene Rationierung: Wir haben unzureichende Investitionen in moderner Medizintechnik, Personalabbau sowie den Einsatz von überfordertem Personal, zunehmende Wartezeiten und durch Kosteneinsparungen auch reduzierte Hygienequalität.

Diese Form der Rationierung wird aber politisch nicht zur Kenntnis genommen, wird verschwiegen oder verschleiert. Gesetzgeberische Rationierungsentscheidungen werden meist so formuliert, dass die sich daraus ergebenden Probleme in die sogenannte Mikroebene, also in die Patient-Arzt-Beziehung verlagert werden. Die betroffenen Kranken, aber auch die allgemeine Öffentlichkeit gewinnen so den Eindruck, die Verantwortung für das Vorkommen von Leistungen liege bei den Leistungserbringern, also den Ärzten.

Lesen Sie weiter  
auf Seite 3