

BESCHLUSSPROTOKOLL
des
108. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
vom 3. – 6. MAI 2005
in BERLIN

Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung:

GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK.....	1
1. Die Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen stehen – Positionen der Ärzteschaft zur Steuerung unseres Gesundheitswesens ein Jahr nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)	1
2. Aktuelle Positionen der deutschen Ärzteschaft zur Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik.....	3
3. Stärkung und Förderung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln.....	8
4. Gegen Staatsmedizin, Bürokratie und Ökonomisierung der Medizin	9
5. Solidarität mit den demonstrierenden Kollegen.....	9
6. Erhalt der Freiberuflichkeit.....	10
7. Erhalt der Freiberuflichkeit des Arztes.....	10

Zu Punkt II der Tagesordnung:

ARBEITSSITUATION DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE	11
1. Schlechte Arbeitsbedingungen führen zu Attraktivitätsverlust und Nachwuchsmangel in der ambulanten Versorgung	11
2. Verbesserung der hausärztlichen Versorgung	13
3. "Burn-Out" niedergelassener Ärzte verhindern	14
4. Wiedereinstieg in die ärztlichen Praxen	14
5. Qualifikation medizinischer Fachangestellter in hausärztlichen Praxen	15
6. Hausärztemangel	15
7. Niedergelassene Fachärzte.....	16
8. Außerkraftsetzung der Malus-/Bonus-Regelung	16
9. Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen zur Reduktion und Verhinderung des Burnout-Syndroms.....	17
10. Psychotherapeutische Beratung bei Abhängigkeit von Ärzten.....	18
11. Strukturierte Angebote für Stresskrankheiten bei Ärztinnen und Ärzten	18
12. Gemeinsame Rahmenbedingungen für Ärzte in Klinik und Praxis.....	18

Zu Punkt III der Tagesordnung:

FÖRDERUNG DER VERSORGUNGSFORSCHUNG

DURCH DIE BUNDESÄRZTEKAMMER	19
1. Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer.....	19
2. Förderung der Versorgungsforschung.....	20
3. Datenbasis für medizinische Versorgungsforschung	20
4. Verwendung vorhandener Strukturen zur Kosteneinsparung.....	21
5. Versorgungsforschung	21
6. Erforschung und Entwicklung von Wegen zur ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen ohne Papiere.....	22
7. Mammographie-Screening und Versorgungsforschung	22
8. Zentrales Krebsregister	23
9. Berichterstattung in der Versorgungsforschung	23
10. Versorgungsforschung und Community Medicine.....	23

Zu Punkt IV der Tagesordnung: BERICHT: KRANKHEIT UND ARMUT.....	24
1. Armut und Arbeitslosigkeit machen krank	24
2. 300 000 Bürger ohne Krankenversicherung.....	26
3. Nicht-Krankenversicherte	27
4. Medizinische Behandlung von Menschen in Armut ohne legalen Aufenthaltsstatus.....	27

5. Kinderarmut.....	28
6. Armut nimmt Kindern Zukunftschancen	28
7. Armut und Jugendmedizin.....	29
Zu Punkt V der Tagesordnung: (MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG.....	30
1. Facharztbezeichnung und Zusatz-Weiterbildung "Plastische und Ästhetische Operationen"	30
2. Zusatz-Weiterbildung "Plastische Operationen".....	31
3. Facharzt für "Plastische und Ästhetische Chirurgie"	31
4. Facharzt-Bezeichnung "Plastische und Ästhetische Chirurgie"	32
Zu Punkt VI der Tagesordnung:	
TRANSPARENZ FÜR PATIENTEN / RECHTSSICHERHEIT FÜR ÄRZTE – MODERNISIERUNG DER GOÄ	32
1. GOÄ-Reform muss wieder Rechtssicherheit und Transparenz für Patient und Arzt schaffen.....	32
2. Abschaffung des GOÄ-Ostabschlages.....	33
Zu Punkt VII der Tagesordnung:	
ÄRZTLICHES FEHLERMANAGEMENT/PATIENTENSICHERHEIT	34
1. Initiativen der Ärzteschaft zur Förderung von Patientensicherheit	34
2. Patientensicherheit.....	37
3. Ablehnung von nichtärztlichen Operations- und Anästhesieassistenten.....	38
4. Risikomanagement in der universitären Ausbildung	38
5. Voraussetzungen von Qualitäts- und Risikomanagement.....	38
Zu Punkt VIII der Tagesordnung:	
TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER	39
Telematik im Gesundheitswesen	39
1. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK).....	39
2. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer Telematik Infrastruktur	42
3. Telematik im Gesundheitswesen.....	42
4. Einführung elektronischer Informations- und Regelprozesse im Gesundheitswesen (elektronische Patientenkarte)	43
5. Patienten-Willens Erklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte.....	44
6. Patientenwillenserklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte	45
Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit.....	45
1. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit	45
2. Entlastung bei der Dokumentation durch entsprechend weitergebildete Arzthelferin	46
Ärztliche Fortbildung	46
1. Fortbildungsnachweis für Krankenhausärztinnen und -ärzte (§ 137 SGB V).....	46
2. Fortbildungsnachweis für Krankenhausärztinnen und -ärzte	47
3. Fortbildung / korrekte Codierung von F-Diagnosen.....	47
Ärztliche Ausbildung	47
1. "Hammerexamen" in der Approbationsordnung abschaffen	47
2. Vergütung des Praktischen Jahres.....	48
3. Vergütung im Praktischen Jahr – Geld für Leistung	48
Studiengebühren.....	49
1. Studiengebühren für das Medizinstudium	49
2. Studiengebühren müssen sozial verträglich gestaltet werden	49
3. Studiengebühren zweckdienlich einsetzen.....	50
Menschenrecht/Abschiebung.....	50

1. Medizinische Begutachtung bei der Rückführung ausreisepflichtiger Ausländerinnen und Ausländer – besserer Abschiebeschutz aus Gesundheitsgründen	50
2. Abschiebung aus stationärer psychiatrischer Behandlung	51
Tabakabhängigkeit/Nichtraucherschutz	52
1. Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit.....	52
2. Stärkung des Nichtraucherschutzes	53
Vergütung medizinischer Sachverständiger.....	54
1. Vergütung medizinischer Gutachten nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG).....	54
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	54
1. Sozialmarktwirtschaftliche Privatkrankenversicherung.....	54
2. Eckpunkte zur Finanzierung des Gesundheitswesens.....	55
3. Datentransparenz in der Integrierten Versorgung	56
4. Ersatz des Sachleistungssystems durch ein Kostenerstattungssystem in der GKV.....	56
5. Praxisgebühr, Zuzahlungen.....	57
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Durchführung von Studien.....	57
7. Verfahrensverordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses: Evidenzbasierte Behandlung im Krankenhaus.....	57
Disease-Management-Programme (DMP).....	58
1. Eckpunkte für Disease-Management-Programme	58
2. Datenschutzverletzung bei DMP	60
3. Entkopplung der Disease-Management-Programme (DMP) vom Risikostrukturausgleich.....	60
Datenschutz	61
1. Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der Führung des Substitutionsregisters	61
Arzneimittel	61
1. Arzneiverordnungen	61
2. Schaffung einer unabhängigen Zulassungsstelle für Pharmakovigilanz ohne marktpolitische Orientierung.....	62
3. Vertretung der Ärzteschaft im Verwaltungsrat der Deutschen Arzneimittel- und Medizinproduktagentur	62
4. Rücknahme der Regelung zu OTC-Präparaten	62
Krankenhaus.....	63
1. Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten.....	63
2. Arbeitszeitgesetz	64
3. DRG-Auseinandersetzungen verursachen Kosten.....	64
4. Strahlenschutzkurse sowie Rettungsdienstkurse	64
5. Krankenhausverkäufe.....	65
6. Weiterbildung im Krankenhaus in Diagnosis-Related-Groups (DRG)- Fallpauschalkalkulation Berücksichtigen	65
7. Überprüfung der Referenzkrankenhäuser zur Erhebung von INEK-Daten	65
8. Krankenhäuser haben keine Rationalisierungsreserven	66
9. Verantwortung leitender Krankenhausärzte	66
10. Votum gegen die Privatisierung von Universitätskliniken und Kliniken	66
11. Stärkung der klinischen Forschung an den Universitätskliniken	67
Tarifrecht.....	68
1. Arbeitsbedingungen im Krankenhaus.....	68
2. Einkommenssituation der Klinikärzte.....	68
3. Tarifpolitik für Krankenhausärzte familienfreundlich gestalten	68
4. Abbildung ärztlicher Leistungen im Tarifrecht öffentlicher Dienst (TVöD).....	68
Prävention.....	69
1. Gesundheitsförderung und Prävention.....	69
2. Mitwirkung der Ärzteschaft bei Präventionsgesetzen.....	69

3. Präventionsgesetz	69
4. Präventionsprogramme für Diabetiker	70
5. Präventionsgesetz	70
6. Ziele und Maßnahmen der Prävention mit der Bundesärztekammer abstimmen	70
Ärztliche Berufsausübung	71
1. Grundregeln ärztlicher Dokumentation	71
2. Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie	71
3. Ärztliche Identität	71
4. Fachübergreifende Bereitschaftsdienste von Fachärzten	72
5. Häusliche Gewalt – Pauschalvorwürfe gegen Ärztinnen und Ärzte	72
6. Medizinische Begutachtung von Ärztinnen und Ärzten	73
Allgemeinmedizin	73
1. Allgemeinmedizin in der Ausbildung	73
2. Finanzierung von Arbeitsstellen in der Weiterbildung in Allgemeinmedizin	74
Ärztmangel	74
1. Ärztemangel	74
Weiterbildung	74
1. Schaffung von Verbundweiterbildungen für Ärzte	74
2. Teilzeitweiterbildung in der Allgemeinmedizin	75
3. Weiterbildungszeiten im EU-Vergleich	75
4. Kardiologie, (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO), Magnetresonanztomographie (MRT)	75
5. Kardiologie, (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO), Magnetresonanztomographie (MRT)	76
6. Bundeseinheitliche Weiterbildungsbücher für Ärzte	78
7. Vermittlung von Weiterbildungsinhalten	78
Deutsche Ärztetage	78
1. "Medizinische Versorgung" von Kindern in Deutschland als Tagesordnungspunkt eines Deutschen Ärztetages	78
2. "Ärztmangel" als Tagesordnungspunkt auf dem 109. Deutschen Ärztetag	78
3. Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte als Tagesordnungspunkt auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2006	79
4. Schwerpunkt Geriatrie im Gebiet Innere Medizin	79
5. Antrag auf Änderung der Geschäftsordnung auf dem 109. Deutschen Ärztetag	79
6. Wireless-LAN – Antragsübersendung	80
7. Anträge – Verteilung an die Delegierten	80
8. TOP nächster Deutscher Ärztetag in Magdeburg	80
Europa	81
1. Berufsanerkennungsrichtlinie COM2002(119)	81
Verschiedenes	81
1. IGeL-Differenzierung	81
2. Barrierefreier Internetauftritt der Bundesärztekammer	83
3. Bedauern von unerwünschten Ereignissen	83
4. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen; Attraktivität des Arztberufes	83
5. Folgen der Privatisierung für die Versorgung	83
6. Curriculäre Fortbildung in Umweltmedizin	84

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR

DAS GESCHÄFTSJAHR 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)85

1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)	85
---	----

Zu Punkt X der Tagesordnung:

ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS

GESCHÄFTSJAHR 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)85

1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)85

Zu Punkt XI der Tagesordnung:

HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2005/2006

(01.07.2005 – 30.06.2006)85

1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 –
30.06.2006)85
2. Finanzierung der Versorgungsforschung86
3. Haushaltsdisziplin.....86

Zu Punkt XII der Tagesordnung: WAHLEN86

1. Wahl zum Vizepräsidenten (Wahlperiode 2003/2007)86
2. Wahl eines Vorstandsmitgliedes der "Deutschen Akademie der
Gebietsärzte" (Wahlperiode 2003/2007)86

Zu Punkt XIII der Tagesordnung:

WAHL DES TAGUNGSORTES FÜR DEN 110. DEUTSCHEN ÄRZTETAG 200787

1. Wahl des Tagungsortes für den 110. Deutschen Ärztetag 200787

Zu Punkt I der Tagesordnung: **GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK**

1. Die Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen stehen – Positionen der Ärzteschaft zur Steuerung unseres Gesundheitswesens ein Jahr nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag stellt ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG fest: Die Gesundheitsreform trägt nicht dazu bei, die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu sichern und die Versorgungssituation der Menschen zu verbessern.

Alle hochentwickelten, dem Solidarprinzip verpflichteten Gesundheitssysteme sehen sich trotz unterschiedlicher nationaler Ausprägungen derzeit mit demselben Dilemma konfrontiert: Wie kann angesichts begrenzter Ressourcen – in Deutschland – auch in Folge wegbrechender Einnahmen eine qualitativ möglichst hochwertige Krankenversorgung mit chancengleichem Zugang und Teilhabe am medizinischen Fortschritt für die gesamte Bevölkerung auf Dauer sichergestellt werden?

Der deutsche Gesetzgeber hat mit dem GMG eine Strukturreform auf den Weg gebracht, die gleichzeitig an mehreren Stellen ansetzt:

- Regulierung der Versorgungsdichte durch Wettbewerb,
- Regulierung des Leistungsangebots durch Nutzenbewertung und
- Regulierung der Nachfrage nach GKV-Leistungen durch Patientenbeteiligung.

Allen drei Steuerungsprinzipien ist gemeinsam, dass sie Optimierungspotentiale für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens entfalten könnten.

Nach einem Jahr GMG werden jedoch Fehlentwicklungen erkennbar, die die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gefährden drohen.

Preiswettbewerb stellt die Qualität der Krankenversorgung in Frage

Die Art der Einführung des DRG-Fallpauschalen-Entgeltsystems, die konkurrierenden Versorgungsverträge auf Basis des GMG, die Kopplung der Disease-Management-Programme an den Risikostrukturausgleich haben einen wirtschaftlichen Überlebenskampf von jedem gegen jeden ausgelöst. Statt eines politisch angepriesenen "Qualitätswettbewerbs" entstehen immer häufiger Versorgungsengpässe. Mindestmengenregelungen forcieren im übrigen die Konzentrationsprozesse im stationären Bereich; Krankenhäuser schließen und Wartelisten werden länger. Dies alles geht zu Lasten der Patientenversorgung.

Nutzenbewertung ohne Orientierung an ethischen Werten schadet den Patientinnen und Patienten

Das neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin hat vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, die Qualität der Leistungserbringung in der Medizin und den Nutzen von Arzneimitteln zu bewerten. Fehlender studienbasierter Nutzenbeleg kann künftig allgemein als k.o.-Kriterium für die Finanzierung medizini-

scher Leistungen im GKV-System gelten. Dabei sind die zentralen Fragen zur Nutzenorientierung in der Krankenversorgung bisher nicht ausreichend beantwortet, teilweise noch gar nicht gestellt: Wie definiert sich der therapeutische Zusatznutzen einer Leistung in einem finanziell gedeckelten System? Sollen z. B. Therapieoptionen, welche die krankheitsspezifische Lebensqualität von Tumorpatienten steigern, nicht mehr möglich sein? Misst sich etwa der gesellschaftliche Wert der Palliativversorgung vornehmlich an Einsparzielen?

Diese Fragen müssen gesellschaftlich diskutiert werden, um etwaige Rationierung transparent zu machen.

Schutzbedürftige Patientinnen und Patienten bleiben als "Kunden" auf der Strecke

Nach den Vorstellungen der gesundheitspolitisch Verantwortlichen sollen die Versicherten zu ihren eigenen Lotsen im Gesundheitssystem werden. Die Barrieren zur Inanspruchnahme von GKV-Leistungen werden höher: Durch die Einführung der Praxisgebühr, durch Ausweitung von Zuzahlungen, durch Leistungsausschlüsse, durch Wartelisten. Die Versicherten sollen die solidarisch finanzierte Grundversorgung so selten wie möglich in Anspruch nehmen.

Schematische Eigenbeteiligungen der Patienten bedeuten zusätzliche, unzumutbare Belastungen, gerade für die sozial Schwächeren. Das beeinträchtigt die Chancengleichheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung. Wir dürfen nicht vergessen, auch in Deutschland vergrößert sich der Abstand zwischen Arm und Reich.

Deshalb fordert der 108. Deutsche Ärztetag:

- **Patientenzentrierung darf kein Lippenbekenntnis sein!**

So, wie der Patient im Mittelpunkt der ärztlichen Berufsausübung steht, müssen die Sicherstellung guter Versorgungsqualität und die Teilhabe aller Versicherten am medizinischen Fortschritt das Ziel gesundheitspolitischer Entscheidungen sein. Von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen muss wahrgenommen werden, dass die Gesamtheit der medizinischen Versorgung einer Bevölkerung letztendlich aus vielen, jeweils einzelnen Arzt-Patienten-Beziehungen besteht; die Individualität der Arzt-Patienten-Beziehung muss respektiert werden. Die Einführung neuer Versorgungsstrukturen wie Disease-Management-Programme oder neuer Versorgungsverträge muss sich am Mehrwert für die Patientinnen und Patienten ausrichten und nicht an der Einkaufspolitik einer unter Wettbewerbsdruck stehenden Krankenkasse. Die Koppelung der DMPs an den Risikostrukturausgleich ist ein gigantischer Fehlansatz für Risikoselektion am tatsächlichen Versorgungsbedarf vorbei und gehört deshalb abgeschafft. Patientenzentrierung ernst nehmen heißt auch, dass Qualitätssicherungsstandards, wie sie für die vertragsärztlichen oder die stationären Leistungen selbstverständlich sind, im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nicht unterlaufen werden.

- **Fragen der Nutzenbewertung und der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit müssen sich an Zielen und Werten orientieren und nicht nur an Daten!**

Die Bewertung des therapeutischen Nutzens einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode lediglich auf Grund randomisierter klinischer Studien vornehmen zu wollen, wird dem wirklichen Versorgungsalltag nicht gerecht. Fragen zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit neuer medizinischer Leistungen und zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung können nicht eindimensional durch Evidenzanalysen gelöst werden. Auch Patientenerfahrungen und -präferenzen müssen ernst genommen werden. Die klinische Expertise der Ärztinnen und Ärzte muss eingebunden werden. Alles andere wäre ein grobes Missverständnis von evidenz-

basierter Gesundheitsversorgung. Auch gesundheitsökonomische Modellanalysen brauchen Zielvorgaben, die sich nach gesellschaftlichen Werten richten.

- **Die Umstrukturierung der Versorgungslandschaft muss bedarfsorientiert und ressourcenschonend erfolgen!**

Politischer Druck und Forderung nach schnell vorzeigbaren Ergebnissen behindern die erforderlichen Lernprozesse bei der Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen und Steuerungselemente und schaden deswegen Patientinnen und Patienten. Steuerungsinstrumente wie DMPs und Mindestmengenregelungen müssen systematisch evaluiert und am therapeutischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten gemessen werden. Sie dürfen nicht Eigendynamik entwickeln und zum Selbstzweck entarten. Die Weiterentwicklung neuer Versorgungsstrukturen muss auf die Versorgungsrelevanz für Patienten hin orientiert sein. Fehlallokationen durch Überaktivismus verschwenden unnötig Ressourcen. Die Ärzteschaft setzt sich deshalb für eine Förderung von Versorgungsforschung und für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ein.

- **Wir brauchen eine starke autonome Selbstverwaltung im Gesundheitswesen!**

Der vom Gesetzgeber vorgeschriebene Regulierungsprozess im Gesundheitswesen zwingt Selbstverwaltung und die Angehörigen der Gesundheitsberufe in eine überbordende Bürokratie und schafft Unzufriedenheit bei allen Betroffenen, treibt Ärztinnen und Ärzte aus ihrem eigentlichen Beruf und verschleudert die Beiträge der GKV-Versicherten. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Patienten, Leistungsträgern und Kostenträgern muss eine den Versorgungsbedürfnissen entsprechende flexible gestaltende Funktion besitzen unter Rechtsaufsicht der Exekutive. In diesem Zusammenhang tragen Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts Verantwortung für die Daseinsvorsorge. Sie üben Ordnungsfunktion im Hinblick auf ihre ärztlichen Mitglieder aus. Gleichzeitig stehen sie durch ihre Zuständigkeit im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sowie ihre zahlreichen Initiativen im Bereich von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen für gute Versorgungsqualität und Patientensicherheit ein. Zur Bewältigung der anstehenden Reformaufgaben in unserem Gesundheitswesen ist die Einbindung dieser Kompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung unverzichtbar.

2. Aktuelle Positionen der deutschen Ärzteschaft zur Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-02) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Das deutsche Gesundheitswesen, die deutsche gesetzliche Krankenversicherung und die Berufsausübung der Ärzte bekommen in immer stärkeren Ausmaß die rechtlichen und politischen Einflüsse des europäischen Rechts und der europäischen Gesundheitspolitik zu spüren. Der 108. Deutsche Ärztetag sieht daher die Notwendigkeit, die Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik konsequenter zu begleiten.

I. Vielfältige Initiativen

Drei Richtlinienprojekte aus der jüngeren Vergangenheit haben auch die deutsche Ärzteschaft veranlasst, Position zu beziehen:

- der Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt,
- die – in der zweiten Lesung im Europäischen Parlament derzeit beratene – Richtlinie über die Anerkennung der Berufsqualifikationen,
- der Vorschlag für eine Richtlinie über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung (sog. Arbeitszeit-Richtlinie).

Die jeweils gebotene nationale Transformation in das deutsche Recht wird in erheblichem Ausmaß auch die Ärztekammern betreffen. Ein Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit sind die Veränderungen, welche z. B. die Richtlinie über die klinische Prüfung bei Arzneimitteln und die daraus folgende Novellierung des Arzneimittelgesetzes (12. AMG-Novelle) gebracht und insoweit weitreichende Wirkungen für die Ethik-Kommissionen der Ärztekammern eingeleitet haben. Ein weiteres Beispiel, zu dem die Bundesärztekammer bereits eine Position eingenommen hat, stellt das Gebot der Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen dar.

Im Bereich der europäischen Gesundheitspolitik werden durch Mitteilungen der Kommission eingeleitete Initiativen mittelfristig ebenfalls Diskussionen über Änderungen in den nationalen Gesundheitswesen auslösen. Zu erwähnen ist:

- Mitteilung der Kommission über die Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die offene Koordinierungsmethode (KOM [2004] 304 vom 20.04.2004)
- Mitteilung der Kommission zur Reaktion auf den Reflexionsprozess über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der EU (KOM [2004] 301 vom 20.04.2004)
- Mitteilung der Kommission "Elektronische Gesundheitsdienste – eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste" (KOM [2004] 356 vom 30.04.2004)
- Hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste und medizinische Versorgung (mit Arbeitsgruppen: z. B. grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Referenzzentren, Health Technology Assessment, E-Health und Information, Patientensicherheit)

Im Vordergrund der Initiativen steht die Freizügigkeit von Patienten und die gesundheitliche Versorgung.

Ziele sind:

- die bessere Information der Patienten über die Möglichkeiten, sich in anderen Mitgliedstaaten gesundheitlich versorgen zu lassen,

- die Erleichterung der Nutzung freier Kapazitäten in anderen Mitgliedstaaten durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen,
- der Aufbau EU-weiter Netze von Sachverständigen im Gesundheitswesen und Spitzentechnologiezentren,
- die koordinierte Evaluation neuer Gesundheitstechnologien,
- der systematische Austausch bewährter Verfahren.

Um diese Zusammenarbeit voranzutreiben, wird eine Gruppe auf hoher Ebene zu Gesundheitsdiensten und medizinischer Pflege eingesetzt, der Vertreter der Mitgliedstaaten und der Kommission angehören sollen.

Die Mitteilung zur Anwendung der offenen Methode der Koordinierung in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und des Sozialschutzes schlägt gemeinsame Ziele für die Entwicklung und Modernisierung des Angebots und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung vor, die es den einzelnen Mitgliedstaaten erlauben soll, ihre einzelstaatliche Strategie festzulegen und die Erfahrungen und "bewährten Verfahren" der anderen zu nutzen. Mit der offenen Methode der Koordinierung sollen einzelstaatliche Bemühungen um die Reform und Weiterentwicklung in diesen Bereichen vorangetrieben werden, wobei die Notwendigkeit "qualitativ hochstehender, flächendeckender, gesundheitlicher Versorgung, die nachhaltig finanzierbar ist", im Mittelpunkt stehen soll.

Ein sogenannter "Aktionsplan zur Gesundheitspolitik" (E-Health) ist verabschiedet worden, der sich damit beschäftigt, welche entscheidende Rolle die neuen Technologien und die neue Art der Leistungserbringung im Gesundheitswesen bei der Verbesserung des Zugangs zur Versorgung sowie ihrer Qualität und Wirksamkeit spielen.

Es zeigt sich, dass das künftig – im Verfassungsvertrag – für die Gesundheitspolitik auch explizit rechtlich verankerte Instrument der Methode der offenen Koordinierung und der Vermittlung von Leitlinien schon jetzt mit Leben erfüllt werden soll.

Alle Initiativen werfen eine Reihe von Fragen auf, die vorerst nicht gelöst sind, aber die Beobachtung weiterer Ergebnisse gebieten.

II.

Erhalt der freien Berufsausübung und der Selbstverwaltung

Der Deutsche Ärztetag erkennt an, dass in der zukünftigen Europäischen Union die Freizügigkeit der Ärzte, die Freizügigkeit medizinischer Dienstleistungen sowie die Patientenmobilität von hoher Bedeutung sind. Dennoch ist angesichts der traditionellen und kulturell bedingten hohen Unterschiedlichkeit der Gesundheitswesen der Versuch einer Harmonisierung oder einer verstärkten Konvergenz abzulehnen. Dementsprechend ist es auch erforderlich, dass Richtlinien, wie die zu den Dienstleistungen im Binnenmarkt ebenso wie die über die Anerkennung der Berufsqualifikationen, für den Fall der grenzüberschreitenden ärztlichen Berufsausübung darauf Rücksicht nehmen, dass Ärzte, die als Leistungserbringer von ihrem Herkunftsstaat aus in den Aufnahmestaat tätig werden, sich den Regeln des Aufnahmestaats zu unterwerfen haben, und zwar in vollem Umfang – und nicht wie im Gemeinsamen Standpunkt des Rates zur Anerkennungsrichtlinie vorgesehen – nur beschränkt auf Regeln, die im Zusammenhang mit der Berufsbezeichnung stehen. Ebenso lehnt der Deutsche Ärztetag die Anwendung des sogenannten Herkunftslandsprinzips ab, bei dem bei grenzüberschreitendem Dienstleistungsverkehr das Recht des Herkunftsstaats auch bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen grundsätzlich Anwendung finden sollte. Die vorgesehenen Beschränkungen dieses Prinzips in dem Vorschlag über die Richtlinie über Dienstleistungen im Bin-

nenmarkt wären nicht ausreichend, um eine entsprechende patientensichere Gewährleistung hoher Qualität im Mitgliedstaat, in dem die Dienstleistungen erbracht werden sollen, zu sichern.

Der Deutsche Ärztetag stellt dementsprechend fest, dass Ärzte aus allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union unter Anerkennung ihrer Diplome in Deutschland tätig werden können, allerdings unter Beachtung der maßgeblichen Regeln des deutschen Rechts über die ärztliche Berufsausübung.

Der Deutsche Ärztetag hat Vorbehalte gegenüber dem Umfang der Anwendbarkeit der sogenannten "Offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitsbereich", auch wenn dies nunmehr im Verfassungsvertrag als eine grundsätzliche Politik im Bereich der Politik der Europäischen Gemeinschaften für die öffentliche Gesundheit vorgesehen ist (Art. III-278 Abs. 2). Die Gesundheitswesen sind unterschiedlich ausgestaltet. Ob sie – was vorgesehen ist – anhand von Indikatoren gemessen, verglichen und bewertet werden können, erscheint fraglich. Vor allem kommt es darauf an, dass die Indikatoren zielgenau sind und auf der Grundlage verlässlicher Daten eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gesundheitlicher Versorgung in den Mitgliedstaaten ermöglichen. Dasselbe gilt für die in der europäischen Politik diskutierten Ranking-Systeme von Schlüsselindikatoren mit dem Ziel des "Naming, Shaming and Framing".

Es hat sich auch in der europäischen Politik die Erkenntnis breit gemacht, dass eine hochwertige Gesundheitsversorgung ein Innovations- und Wachstumsmotor auch für die Wirtschaft darstellt. Der Deutsche Ärztetag fordert, dass auch die nationale Politik in Deutschland sich dieser Zielsetzung verschreibt und nicht durch bürokratische Reglementierung ein solches Entwicklungspotential verbaut. Wachstum und Innovation erschöpfen sich nicht in der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, sondern bedürfen der Sicherung freiheitlicher Rahmenbedingungen für die Ausübung der Tätigkeit der Heilberufe und der übrigen im Gesundheitswesen Beteiligten, um Entwicklungspotentiale im Interesse der Patientenversorgung zu schaffen.

Dazu gehört auch die Anerkennung der Selbstverwaltung in Deutschland. Hier hängt viel vom Verständnis des europäischen Wettbewerbsrechts und seinen Einflüssen auf die Erhaltung der Autonomie der Ärztekammern ab. Gegenüber früher eingenommenen Positionen der Kommission, welche die Existenz von Berufsordnungen als wettbewerbshindernde Regelwerke einschätzten, hat die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs verlässliche Grundlagen für die Rechtsanwendung geschaffen, die es ermöglichen, dass Ärztekammern ihre Autonomie, die ihnen in Deutschland von Gesetzes wegen verliehen ist, als eine im Allgemeininteresse wahrzunehmende Aufgabe zur vernünftigen Ordnung des Freien Berufs des Arztes verstehen und auch handhaben können.

III.

Binnenmarkt und Patientenmobilität

Im Bereich der medizinischen Dienstleistungen ist nach wie vor – unbeschadet der gemeinschaftsverfassungsrechtlichen Grundlagen im neuen Artikel über die Öffentliche Gesundheit – das Binnenmarktrecht für die entscheidende Grundlage zur mittelbaren und verbindlichen Ausgestaltung der Gesundheitsdienste, seien sie integraler Bestandteil von Versorgungssystemen, seien sie – wie auch in der Bundesrepublik Deutschland – Annex-Beziehungen zu den Sozialleistungs-, insbesondere Krankenversicherungsträgern. Das Binnenmarktrecht bleibt die entscheidende Ausgangsgrundlage für die Freizügigkeit der medizinischen Dienste und auch der Pati-

enten, auch in ihrer Gestalt als Versicherte. Gleichsam als Resümee der zwischenzeitlichen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs soll in dem Entwurf der Dienstleistungs-Richtlinie eine Bestimmung aufgenommen werden (Art. 23), welche die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auch für die Versicherten und Gesundheitssystembegünstigten der Mitgliedstaaten nach dem Prinzip der Kostenerstattung festschreibt, zugleich aber die bekannte Ausnahme der Krankenhausversorgung wahrt. Dies begrüßt der Deutsche Ärztetag.

Aus der Patientenmobilität folgt das Problem der Qualität. In der Wahrnehmung des Deutschen Ärztetages ist dies ein entscheidender Aspekt zukünftiger europäischer Aktivitäten. Soweit es die Strukturqualität medizinischer Dienstleistungen (Qualifikation der Berufsangehörigen) angeht, bieten die Richtlinien über die Anerkennung der Diplome ein geeignetes Instrument. Die derzeit im Gesetzgebungsprozess befindlichen Reformvorschläge der Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikation entsprechen nicht den Erwartungen der deutschen Ärzteschaft. Insbesondere fehlt es an einer institutionell abgesicherten verbindlichen und maßgeblichen Mitwirkung der Ärzteschaft im normativen Entwicklungsprozess entsprechender Qualifikationsvergleiche und -anerkennungen.

Auch die Entwicklung von "Behandlungs"-Standards als Orientierungen für Prozessqualität ist Aufgabe der ärztlichen Organisationen, die hier einen entsprechenden Beitrag leisten können. Dies bedarf der Unterstützung durch die gemeinschaftsrechtlichen Institutionen. Die Erwägungsgründe des neuen Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 – 2008) [Beschluss-Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.09.2002, ABl. EG Nr. L 271 vom 09.10.2002, S. 1 ff.] weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine uneingeschränkte Zusammenarbeit auch mit Einrichtungen, Verbänden, Organisationen und Gremien des Gesundheitswesens erforderlich ist, um die Ziele des Aktionsprogramms zu verwirklichen.

Der Deutsche Ärztetag weist darauf hin, dass in Deutschland seitens der ärztlichen Organisationen erhebliche Vorbehalte dagegen bestehen, wenn entsprechende Qualitätsmaßstäbe von Staats wegen oktroyiert würden.

IV.

Arbeitszeit-Richtlinie:

Eindeutige Festlegung der Definition von Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit

Im Hinblick auf die beabsichtigte Änderung der Richtlinie zur Arbeitszeit (93/104) hat die Bundesärztekammer gemäß einer mit großer Mehrheit gefassten Entschließung des 107. Deutschen Ärztetages die Europäische Kommission aufgefordert, die vom Europäischen Gerichtshof festgeschriebene Definition des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit eindeutig und uneingeschränkt zu bestätigen. In ihrer Mitteilung zur Revision der Arbeitszeitrichtlinie wies die Kommission darauf hin, dass die Richtlinie zukünftig besser die derzeitigen Trends widerspiegeln soll, welche in der Gesetzgebung auf nationaler Ebene sichtbar sind. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 09.09.2003 hat in Deutschland dazu geführt, dass in dem daraufhin novellierten Arbeitszeitgesetz ab dem 01.01.2004 die gesamte Zeit eines Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit anerkannt wird. Durch diese gesetzliche Festlegung wird nicht nur der dringend notwendige Arbeitsschutz der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, sondern hierdurch auch die Sicherheit der Patienten verbessert.

Die Bundesärztekammer fordert daher nachdrücklich den europäischen Gesetzgeber auf, diese endlich erreichte Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Arbeitszeit nicht durch eine beabsichtigte Neudefinition der Bereitschaftsdienste mit einer

möglichen Differenzierung in eine aktive und inaktive Zeit zu konterkarieren. Dies lehnt die deutsche Ärzteschaft entschieden ab.

V.

Dauerhafte Positionierung der Bundesärztekammer

Der 108. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, eine ständige Arbeitsgruppe unter Mitwirkung von Vertretern der Landesärztekammern einzurichten, welche die schon eingeleiteten und künftigen Initiativen der europäischen Gesundheitspolitik begleitet und dazu rechtzeitig Positionen entwickelt, welche in die Politik sowohl in Deutschland als auch in Europa einfließen können.

Der 108. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer außerdem, das Thema Europäische Gesundheitspolitik als Beratungsschwerpunkt möglichst auf dem nächsten Deutschen Ärztetag vorzusehen.

3. Stärkung und Förderung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln

Auf Antrag von Prof. Dr. Eckel (Drucksache I-03) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der 108. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass wesentliche Bestandteile des Spektrums ärztlicher Berufsausübung, nämlich die Kernkompetenzen Psychosomatik in den einzelnen Fachgebieten und die ärztliche Psychotherapie als besondere Ausprägung der sprechenden Medizin verloren zu gehen drohen, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Die Medizin basiert von ihrem Selbstverständnis und ihrer Tradition her auf einer ganzheitlichen Sicht des Menschen. Durch die enormen Erfolge der naturwissenschaftlichen Forschung hat in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts in der öffentlichen Wahrnehmung und im Selbstverständnis vieler Ärztinnen und Ärzte eine Verschiebung stattgefunden zur stark überwiegenden Befassung mit den somatischen Aspekten und Nutzung der vielen technischen Errungenschaften, z. B. in der Pharmakologie, Chirurgie, Gentechnologie, Anästhesie, Transplantationsmedizin und bei bildgebenden Verfahren. Die Patientinnen und Patienten erwarten in der ärztlichen Behandlung jedoch die gleichwertige Berücksichtigung ihrer psychischen und sozialen Bedürfnisse und suchen diese sonst bei nichtärztlichen Berufsgruppen.

Mit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung und Verabschiedung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 wurden die Möglichkeiten, psychosoziale Aspekte in die prägenden medizinischen Aus- und Weiterbildung zu integrieren, erweitert. Jetzt werden z. B. auch Kompetenzen in der ärztlichen Gesprächsführung, der Motivierung für gesundheitsförderndes Verhalten und in der Begleitung von Menschen im Sterbeprozess gelehrt und erlernt. Der 108. Deutsche Ärztetag hält es für unbedingt erforderlich, damit fortzufahren, verstärkt die Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen in allen patientenbezogenen Weiterbildungsfächern dementsprechend zu vermitteln und auch für Ärztinnen und Ärzte im Berufsalltag in Klinik und Praxis die psychosomatischen Kompetenzen in alle Fortbildungen zu integrieren. Damit wurde eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, dass zukünftig junge Ärzte und Ärztinnen ihre Patientinnen und Patienten wieder ganzheitlicher behandeln. Weitere Maßnahmen sind jedoch zeitnah erforderlich.

Zielsetzung von Maßnahmen zur wieder selbstverständlichen ganzheitlichen Behandlungsweise und Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Hilfe strukturiert erworbener psychosomatischer und sozialer Kompetenzen sollte sein, dass die ärztliche Zuständigkeit für die ureigensten Aufgaben der Medizin erhalten bleibt und nicht weiterhin Kernkompetenzen an andere Berufsgruppe delegiert werden. Gleichzeitig könnte damit auch dem Risiko entgegengetreten werden, nur noch als Medizintechnikerinnen und -techniker zu gelten und noch mehr junge Ärztinnen und Ärzte aus der patientenbezogenen Tätigkeit in andere Berufsfelder oder ins Ausland zu verlieren, weil Bürokratie, Technik und Codierung den Berufsalltag bestimmen und nicht mehr die ursprüngliche Studienmotivation des Helfen-Wollens und der Zuwendung zum kranken Menschen.

Wegen der Vielfältigkeit aufzugreifender Maßnahmen bittet der 108. Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, für den 109. Deutschen Ärztetag 2006 einen eigenen Tagessordnungspunkt vorzubereiten, mit dem Ziel, die "Stärkung und Förderung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln" und die "Aktive Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch und psychosomatisch Kranken" zu thematisieren.

4. Gegen Staatsmedizin, Bürokratie und Ökonomisierung der Medizin

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache I-04) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag tritt für ein pluralistisches, freiheitliches und liberales Gesundheitssystem ein. Der Deutsche Ärztetag wehrt sich entschieden gegen zunehmend dirigistische Tendenzen in Richtung einer Staatsmedizin und der Errichtung neuer bürokratischer Hemmnisse im Gesundheitswesen. Die deutsche Ärzteschaft darf nicht zulassen, dass Innovationen im Interesse einer vordergründigen Ökonomie verhindert werden.

Begründung:

In folge des GMG haben bürokratische Auswüchse und Reglementierungen ein bisher nicht gekanntes Ausmaß erreicht. Die Politik schafft ständig neue Institutionen und Kontrollinstanzen. Man möchte Sicherheit durch Gremienentscheidungen am grünen Tisch, an dem die Verantwortung so lange zerteilt wird, bis sie nicht mehr zugeordnet werden kann.

Die Strategie einer Listenmedizin ist durchsichtig: Ärzte sollen dazu gezwungen werden, statt einer individuellen Medizin eine nur DMP-gelenkte Medizin zu praktizieren, die vor allem einen Vorzug hat: dass sie nämlich durchweg billiger ist.

5. Solidarität mit den demonstrierenden Kollegen

Auf Antrag von Dr. Thomas, Prof. Dr. Flenker, Dr. Windhorst und Dr. H.-U. Schröder (Drucksache I-05) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 108. Deutsche Ärztetag erklärt sich solidarisch mit den für bessere Arbeitsbedingungen demonstrierenden Kolleginnen und Kollegen.

6. Erhalt der Freiberuflichkeit

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache I-06) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert als oberste Prämisse ärztlichen Handelns auch für die Zukunft die freie Berufsausübung für alle Ärztinnen und Ärzte.

Begründung:

Die Freiberuflichkeit und die Freiheit ärztlichen Handelns sind die Säulen eines liberalen und effizienten Gesundheitswesens. Sie ist Grundlage eines vertrauensvollen Patienten-Arzt-Verhältnisses. Im Mittelpunkt der Arzttätigkeit müssen der Patient sowie die diagnostische und therapeutische Freiheit des Arztes bei der Behandlung stehen. Dies darf nicht von staatlichen Vorgaben und wirtschaftlichen Zwängen diktiert oder eingeeengt werden. Jeder Arzt muss entsprechend seinem Weiterbildungsstand selbstverantwortlich zum Wohl des Patienten tätig sein können.

7. Erhalt der Freiberuflichkeit des Arztes

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache I-07) fasst der 108. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der ärztliche Berufsstand ist seiner Natur nach ein freier Beruf und er muss es auch bleiben.

Es ist unverrückbar festzustellen, dass der Beruf der Ärztin, des Arztes ein freier Beruf ist. Die spezifische ärztliche Tätigkeit ist mit einer besonderen Verantwortung für den Menschen wie auch für das Allgemeinwohl belegt.

Die Ärzteschaft selbst muss sich immer wieder ihrer hohen Verantwortung bewusst werden.

Diese kommt nicht zuletzt dadurch zum Ausdruck, dass zum Wohle der Patienten bei überbordender Bürokratie, bei verknappenden Finanzmitteln, bei Missachtung durch Verantwortliche des Staates, ausufernden Arbeitszeiten, Rationierung und vielem mehr, täglich viele Patientinnen und Patienten nach dem besten Wissen und dem Stand der Medizin behandelt werden.

Die Ärzteschaft hat sich in großen Teilen bereits über Jahre regelmäßig fortgebildet, da dies Inhalt ihres Berufsbildes ist.

Nicht zuletzt dem engagierten Einsatz aller Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland ist es zu danken, dass das Deutsche Gesundheitssystem weltweit einen vorderen Platz einnimmt.

Die Deutsche Ärzteschaft lehnt es ab, weiterhin als "Untertan" der Gesundheitspolitik versteckte Rationierung, verfehlte Wirtschaftspolitik und mangelnde Kommunikation umzusetzen. Die ärztliche Tätigkeit schließt dirigistische Eingriffe durch die Politik aus.

Die deutsche Ärzteschaft lehnt es ab, bei wachsenden Anforderungen in Praxis und Klinik durch die Arbeitszeitregelungen oder Punktmengenbegrenzung statistisch entlastet zu werden, aber dafür einen erheblichen Einbruch ihrer Vergütung hinnehmen zu müssen.

Die deutsche Ärzteschaft fordert von Politik und Wirtschaft entsprechend ihrer hohen Verantwortung für die Gesellschaft und ihrem Wissen um den Menschen in hohem Maße an den Reformprozessen gestaltend beteiligt zu werden.

Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass auf allen Seiten eine Rückbesinnung auf die Werte und Inhalte des Berufsstandes Ärztin/Arzt erfolgt.

Zu Punkt II der Tagesordnung: **ARBEITSSITUATION DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE**

1. *Schlechte Arbeitsbedingungen führen zu Attraktivitätsverlust und Nachwuchsmangel in der ambulanten Versorgung*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Rütz (Drucksache II-01a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag stellt mit großer Sorge fest, dass die Bereitschaft zur ärztlichen Berufsausübung als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt in freier Praxis zunehmend schwindet. Belastende Arbeitsbedingungen, unangemessene ökonomische Vorgaben, zunehmender Rechtfertigungsdruck für ärztliche Leistungen, wachsende Fremdbestimmung, unzulängliche Vergütungen und öffentliche Herabsetzung haben Ärztinnen und Ärzten die Freude am Beruf in eigener Praxis mit individueller Verantwortung für die Patienten verleidet – trotz des hohen Ansehens des einzelnen Arztes in der Bevölkerung – wie Studien immer wieder belegen.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen auf,

- endlich aufzuhören, das Gesundheitswesen als gigantisches Experimentierfeld für ideologisch geprägte Versorgungskonzepte zu missbrauchen und den Preiswettbewerb als Allheilmittel zur Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens anzupreisen.
- finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, die den steigenden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft decken, oder in einem offenen gesellschaftlichen Diskurs die Mittelknappheit transparent zu machen, anstatt die Verantwortung hierfür der einzelnen Ärztin oder dem einzelnen Arzt aufzubürden. Die eklatante Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung wird besonders deutlich am kontinuierlich schrumpfenden Ausgabenanteil der Krankenkassen für ärztliche Honorare von 22 % in den 70er Jahren auf derzeit 16 % des Honorarvolumens der GKV bei einem Anteil an der Patientenversorgung von 90 %.
- eine solide Versorgungsforschung zur Evaluation von Versorgungskonzepten und Steuerungsmaßnahmen zu fördern mit dem Ziel, politische Entscheidungen rationaler vorzubereiten.
- die bürokratische Überfrachtung ärztlicher Berufsausübung, insbesondere durch ausufernde Reglementierungen auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen zu reduzieren.
- die Rahmenbedingungen für eine Berufsausübung in eigener Praxis wieder so zu gestalten, dass die Niederlassung in Deutschland für den ärztlichen Nachwuchs wieder erstrebenswert wird. Die Niederlassung als Vertragsarzt muss ihren Stellenwert in der ärztlichen Versorgung in Deutschland wieder erlangen.

Die Patienten haben Anspruch auf eine wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung.

Die für eine qualitätsvolle ärztliche Versorgung gefährliche Entwicklung ist in erster Linie den seit 1993 erlassenen Kostendämpfungsgesetzen anzulasten. Gesetzlich eingeführte rigide Ausgabenbudgets haben niedergelassenen Haus- und Fachärzten immer engere Vergütungsfesseln angelegt. Bei unbegrenztem Leistungsversprechen der Politik wurde den Ärzten ein strikt begrenzter Finanzrahmen vorgegeben, der ihnen – ohne Rücksicht auf Leistungsbedarf und Morbiditätsentwicklung – die finanzielle Haftung für die Einhaltung der Budgetgrenzen aufbürdete. Dazu wurden sie einer Vielzahl von Reglementierungen unterworfen, die Bürokratie und Verwaltungsaufwand vervielfachen und viel Zeit rauben. Die ökonomische Überfrachtung der Medizin beeinträchtigt zunehmend ihre therapeutischen Entscheidungen, belastet das Patient/Arzt-Verhältnis und bringt sie in ein ethisches Dilemma.

Hinzu kommt die wachsende Verunsicherung durch die Auswirkungen des Wettbewerbs der Krankenkassen mit deren Einkaufs- und Steuerungsmacht, der politisch forcierte Versorgungsstrukturwandel mit einer Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsformen, die weitere Öffnung der Krankenhäuser als Institution für die ambulante Versorgung – Entwicklungen, die die Berufsaussichten unkalkulierbar machen und die Motivation des ärztlichen Nachwuchses, eine freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis anzustreben, erheblich beeinträchtigen. Junge Ärzte wechseln in patientenferne Tätigkeiten oder gehen ins Ausland. Dies schlägt sich in einem Mangel an Hausärzten, insbesondere in den neuen Bundesländern, und einem strukturellen Mangel in vielen ärztlichen Fachgebieten nieder. Die Schere zwischen zunehmendem Ausscheiden älterer Ärzte aus dem Beruf und wegbrechendem ärztlichem Nachwuchs wird sich in den kommenden Jahren noch weiter öffnen und den Mangel verstärken. Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellte Rambøll-Studie belegt eindrucksvoll dieses Ausstiegsszenario und bestätigt die genannten Gründe. Der Ersatz durch Ärzte aus Osteuropa ist äußerst problematisch, da die Versorgung in den osteuropäischen Ländern dadurch ausblutet.

Versorgungsprobleme sind dort zu lösen, wo die medizinische Betreuung unter Beachtung humanitärer Bedingungen am effizientesten durchgeführt werden kann. Unsere Gesellschaft eines langen Lebens insgesamt und die zunehmende Vereinzelung aber auch die fortschreitende Spezialisierung in der Medizin erfordern eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch qualifizierte Hausärzte. Die ambulante fachärztliche Versorgung durch frei praktizierende Ärzte als prägendes Strukturelement und Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens darf nicht gefährdet werden; dass jeder Bürger bei Bedarf in örtlicher Nähe und zeitnahe einen Facharzt aufsuchen kann, zeichnet unser Gesundheitssystem aus. In Ländern, wie z. B. Holland, in denen Fachärzte nur im Krankenhaus tätig sind, bestehen Wartelisten, die – gezielt zur Ausgabensenkung eingesetzt – die Patientenversorgung gefährden.

Die Ärzteschaft bekennt sich dabei zu einem echten Qualitätswettbewerb; er muss in der ärztlichen Versorgung alleine der Qualität dienen und nicht einem marktwirtschaftlichen "Feilschen" um billige Verträge. Dies gilt vor allem für die neu eingeführten Direktverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen. Die frei praktizierenden Ärzte dürfen dabei nicht in eine berufliche Abhängigkeit geraten. Kooperationsverträge zwischen Krankenkassen und kassenärztlicher Selbstverwaltung bieten dafür die besten Voraussetzungen. Die durch das GMG eröffneten Wahlmöglichkeiten der Beteiligung an unterschiedlichen Vertragsstrukturen müssen von niedergelassenen Ärzten durch eigene Strukturmodelle aufgegriffen werden; am besten durch ärztliche Kooperationen in ärztlicher Trägerschaft.

Der 108. Deutsche Ärztetag begrüßt deshalb die Initiative der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem selektiven Kontrahieren der Krankenkassen (Einkaufsmodell) ein Modell der Kooperation – das Ärztliche Versorgungszentrum – gegenüber zu stellen, das inhaltlich durch ein Beratungsangebot ausgefüllt wird. Kerngedanke ist, handlungsstarke und medizinisch qualitätsvolle Kooperationen zwischen selbstständig tätigen Haus- und Fachärzten unter Mitwirkung angestellter Ärzte zu fördern, die auf der Grundlage der bisherigen vertragsärztlichen Regelversorgung zusätzlich alle Vertragsformen bedienen können. Diese sollen eine rationellere und effizientere Nutzung personeller und sachlicher Infrastruktur ermöglichen, den kollegialen Erfahrungsaustausch erleichtern, Qualitätszirkel bilden, wechselseitige Vertretungen sicherstellen und durch Einsatz von Informationstechnologie und verbesserter Kommunikation Bürokratie abbauen. Angestellten Ärztinnen und Ärzten wird damit eine langfristige Perspektive in freiberuflicher niedergelassener Tätigkeit geboten. Durch Kooperation mit Krankenhausärzten und anderen Heil- und Fachberufen im Gesundheitswesen wird ein möglichst umfassendes und sektorübergreifendes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt.

Verhindert werden muss, dass Ärzte weiter durch den von der Politik verfolgten Einzelwettbewerb der Krankenkassen auseinander dividiert und in ihrer Berufsausübung zu fremdbestimmten Erfüllungshelfern werden.

2. Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann für die "Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin" (Drucksache II-02) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache II-02a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Durch eine Vielzahl an Ursachen kommt es derzeit zu einem Nachwuchsmangel in der Medizin, einem Rückgang ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre und einer von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) als "beginnend kritisch anzusehenden Ist-Situation in der hausärztlichen Versorgung". Vor allem in den neuen Bundesländern finden Allgemeinmediziner kaum noch Praxisnachfolger.

Bis zu 40 % der Studienabgänger in Medizin wählen Berufszweige abseits der traditionellen klinischen Tätigkeitsfelder und 30 % der weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin gehen nicht in die eigene Niederlassung. So findet sich inzwischen zwar kein genereller Ärztemangel in der ambulanten Versorgung, aber ein nicht mehr bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen den Fachgruppen auch zu Lasten der allgemeinärztlichen Versorgung, vor allem im ländlichen Bereich im Osten.

Um eine ausreichende hausärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, schlägt der Deutsche Ärztetag folgende Maßnahmen vor:

- Ausbau analysierender Versorgungsforschung und Entwicklung geeigneter Handlungsstrategien,
- Etablierung eines Lehrstuhles für Allgemeinmedizin mit entsprechender Ausstattung sowie Entwicklung und Finanzierung eines ausreichenden Lehrpraxennetzes an allen medizinischen Fakultäten,
- Ausbau der studentischen Lehre im Fach Allgemeinmedizin (ab der Vorklinik) und der Praktikumsangebote in hausärztlichen Praxen,
- Teilung des Praktischen Jahres in vier Abschnitte à 3 Monate, wobei das Fach Allgemeinmedizin Pflichtfach neben Innerer Medizin und Chirurgie wird,

- Einrichtung von Weiterbildungs-Verbänden zwischen Kliniken und Praxen, die eine koordinierte Rotation in der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin in allen Abschnitten garantieren.

3. "Burn-Out" niedergelassener Ärzte verhindern

Auf Antrag von Dr. Gadomski und Frau Dr. Goesmann (Drucksache II-03) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Ein zunehmender Anteil niedergelassener Ärztinnen und Ärzte beklagt sich über sich verschlechternde Arbeitsbedingungen, die zu einer Gefährdung ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit führen.

Das Phänomen des "Ausgebranntseins" findet sich inzwischen nicht mehr nur in anderen so genannten Helfer-Berufen, sondern auch bei Ärztinnen und Ärzten und führt im niedergelassenen Bereich vermehrt zu vorzeitiger Praxisaufgabe. Wo bis vor kurzem noch intensiv gegen die 68-er Regelung gekämpft wurde, zeigt sich jetzt die Tendenz, die vorgezogene Altersrente so früh wie möglich anzutreten oder ganz andere Berufswege zu wählen.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert daher:

1. Der Gesetzgeber möge bei allen Regelungen vertragsärztlicher Tätigkeit berücksichtigen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte langfristig nicht über ihre körperlichen und psychischen Grenzen hinaus belastet werden.
2. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, im Vertragsarztwesen zur Entlastung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen umfangreichere Vertretungsmöglichkeiten wie z. B. ein Sabbatquartal/Sabbatjahr zuzulassen.
3. Die Ärztekammer der Länder sollen für ihre Mitglieder Informationen, Seminare, anonyme Hotlines und Beratungsangebote zum Umgang mit Stress und zur Prävention und Behandlung des Burn-Out entwickeln und anbieten.

4. Wiedereinstieg in die ärztlichen Praxen

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann, Dr. Kaplan und Herrn Kötzle (Drucksache II-04) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Zum Abbau des Ärztemangels sollte durch folgende Maßnahmen Ärztinnen und Ärzte der Wiedereinstieg in den Beruf nach einer Elternzeit erleichtert werden:

- a) Schaffung von flexiblen Arbeitszeitmodellen von "stundenweise" bis "Teilzeit-Stellen" in Klinik und Praxis (in der Praxis durch Änderung des § 101 Absatz 1 SGB V)
- b) Durchführung von Wiedereinstiegsseminaren als Motivationskurse bei gleichzeitiger Kinderbetreuung
- c) Entwicklung von Fortbildungsprogrammen, um Rückkehrwilligen vor dem Wiedereinstieg in den Beruf fachlich auf den neuesten Stand zu bringen

Begründung:

Teilnehmerinnen und Teilnehmern an den inzwischen regelmäßig veranstalteten Wiedereinstiegsseminaren der Bayerischen Landesärztekammer, die unbedingt

wieder ärztlich tätig werden wollen, stehen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Teilzeit-Stellen vor unlösbaren Problemen und beklagen dies immer wieder.

Aus Analysen ist bekannt, dass die Zahl der zurzeit nicht berufstätigen Ärztinnen, die sich nicht im Ruhestand befinden, bundesweit gut 20 000 beträgt. Ein Großteil dieser Ärztinnen wäre bei geeigneten Rahmenbedingungen für eine kurative Tätigkeit reaktivierbar. Heutzutage scheitert die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für viele Ärztinnen und Ärzte an dem Mangel an Teilzeitstellen. Auch wären viele Ärztinnen, aber auch Ärzte, die ihre Praxis aufgrund von jahrelanger psychischer und physischer Belastung aufgeben, bereit, auf Stundenbasis entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit weiterzuarbeiten und in einer noch bestehenden Praxis einer Kollegin oder eines Kollegen unterstützend tätig zu werden.

In diesem Zusammenhang wird des Weiteren an die Verantwortlichen in Kliniken und weiteren Einrichtungen der Gesundheitsversorgung appelliert, Kinderbetreuungsmöglichkeiten nicht überwiegend für andere Angehörige von Gesundheitsberufen anzubieten, sondern ebenso für Ärztinnen und Ärzte.

Der Nutzen für die Versorgung unserer Bevölkerung ist dabei selbsterklärend.

5. Qualifikation medizinischer Fachangestellten in hausärztlichen Praxen

Der Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache II-05neu) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Keller (Drucksache II-05aneu) und Dr. Thierse (Drucksache II-05b) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Sinne der Arbeitsentlastung der in der vertragsärztlichen Versorgung verbleibenden Ärztinnen und Ärzte ist die Einführung eines berufsbegleitenden Moduls zur speziellen Qualifikation der medizinischen Fachangestellten in der vertragsärztlichen Versorgung zur Unterstützung des Hausarztes in der Prävention, der Betreuung und der Durchführung deligierbarer nichtärztlicher Leistungen in hausärztlicher Verantwortung sinnvoll.

Diese Qualifikation befähigt zur Unterstützung des Hausarztes bei z. B.

- a) der Betreuung chronisch Kranker (z. B. bei der Betreuung von Diabetikern, der Behandlung des chronisch venösen Ulcus, beim Anlegen und Wechseln von Verbänden, der Koordination mit anderen Heilberufen etc.)
- b) der Patientenschulung (z. B. Diabetes, Hypertonie, Ernährungsberatung)
- c) der Betreuung bettlägeriger Patienten im Rahmen von Hausbesuchen

Begründung:

Bei der zu erwartenden Zunahme des Ärztemangels mit der dadurch verbundenen Mehrbelastung der verbleibenden Ärzte ist es sinnvoll, durch besondere Qualifizierung der Mitarbeiterinnen eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten herbeizuführen. Hierbei ist darauf zu achten, dass die medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in den Händen und der Verantwortung der Ärzteschaft bleibt.

6. Hausärztemangel

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann, Dr. Kaplan und Herrn Kötzle (Drucksache II-06) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Moment gilt die quantitative Gesamtsituation der ambulanten ärztlichen Versorgung zwar noch nicht unmittelbar gefährdet, jedoch ist eine Gefährdung der ver-

tragsärztlichen, insbesondere der hausärztlichen Versorgung in einigen Regionen Deutschlands bereits gegeben und wird sich verschärfen.

Bei einem ermittelten Bedarf von 2 200 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern pro Jahr bis 2010 ergibt sich ein jährliches Defizit von 300 weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten. Erschwerend kommt dazu, dass von den Weitergebildeten nur 2/3 ihre berufliche Tätigkeit aufnehmen.

Dem absehbaren Hausärztemangel, der unweigerlich zu einer wachsenden Belastungssituation der verbleibenden Hausärzte führt, ist mit folgenden Maßnahmen entgegenzuwirken:

1. Änderung des § 101 Absatz 1 Ziffer 5 SGB V dergestalt, dass
 - a) in nicht überversorgten Gebieten, wobei Nachbargebiete mit zu berücksichtigen sind, die Anstellung von Ärzten nicht mit einer Leistungsbegrenzung einhergeht;
 - b) eine gleitende Praxisübergabe ermöglicht wird, bei der ein ruhestandswilliger Hausarzt einen potenziellen Nachfolger anstellen kann;
 - c) Teilzeitstellen auch im ambulanten Versorgungsbereich geschaffen werden, um gerade Ärztinnen nach Familienauszeit den Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen. Aus Analysen wird deutlich, dass die Zahl der zurzeit nicht berufstätigen Ärztinnen, die sich nicht im Ruhestand befinden, gut 20 000 beträgt.
2. Ergänzen der Regelung in § 95 Absatz 5 SGB V und § 26 Ärztezulassungsverordnung, die das Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes regeln, um folgende Vorschrift: Ein Hausarzt (Vertragsarzt) hat Anspruch auf das Ruhen der Zulassung für einen zusammenhängenden Zeitraum bis zu einem Jahr, sofern die Sicherstellung dadurch nicht gefährdet ist (Sabbatjahr).

7. Niedergelassene Fachärzte

Auf Antrag von Dr. Munte (Drucksache II-07) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag stellt mit Sorge fest, dass auf Basis gesundheitspolitischer Fehlinformationen von der Bundesregierung Kosteneinsparungen durch die Abschaffung der so genannten doppelten Facharztschiene (ambulant und stationär) angestrebt werden.

Wartelistenmedizin mit den offensichtlichen, desolaten Folgen für die Patienten wird die Konsequenz sein.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, sich zum Erhalt der ambulanten Fachärzte eindeutig zu positionieren.

8. Außerkraftsetzung der Malus-/Bonus-Regelung

Auf Antrag von Dr. Huttel (Drucksachen II-08 und II-08a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag empfiehlt der Bundesregierung dringend, die Malus-/ Bonus-Regelung gemäß Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) vom

31.12.2001 außer Kraft zu setzen. Die durch das Gesetz verfügte Änderung des § 84 Absatz (3) SGB V hat sich mittlerweile zu einer erheblichen Behinderung der qualifizierten ärztlichen Behandlung entwickelt, die gerade schwerkranke Patienten unter größten Druck bringt. Die existentielle wirtschaftliche Bedrohung gerade der in ländlichen Bereichen niedergelassenen Vertragsärzte durch sich immer weiter aufbauende Bedrohung mit Inhaftungnahme für die Medikamentenkosten ihrer Patienten ist nicht nur offenes Verfassungsunrecht. Sie stellt auch eine entscheidende Mitursache für die Ausblutung der Arztversorgung auf dem Lande dar. Was die Patienten betrifft, wird das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit durch die beschriebene Behandlungerschwernis gerade für Kranke und Schwerkranke unzulässig eingeschränkt.

9. Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen zur Reduktion und Verhinderung des Burnout-Syndroms

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren und Dr. Zollner (Drucksache II-09) unter Berücksichtigung des Antrages von Prof. Dr. Griebenow, Prof. Dr. Bertram und Dr. Mitrenga (Drucksache II-09a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte haben einen sehr fordernden und verantwortungsvollen Arbeitsalltag mit vielen bürokratischen Lasten zusätzlich zur Patientenversorgung. Die sich stetig verschlechternden Arbeitsbedingungen gefährden ihre psychische und physische Gesundheit. Dies zeigt die von der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes 2004 durchgeführte schriftliche Befragung von 6 000 hausärztlich und fachärztlich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in 12 Bundesländern. Folgende Punkte können dazu beitragen, die gesundheitsgefährdende Belastung zu reduzieren:

1. Die Ärztekammern mögen für ihre Mitglieder weiterhin zur Verfügung stellen:
 - Seminare zum Stress-Management und zur gesundheitsfördernden Lebensführung für Ärztinnen und Ärzte
 - Angebote zum ärztlichen Zeitmanagement in der Praxis, ggf. auch im Rahmen von Qualitätsmanagement
 - Angebote zum Kommunikationstraining und Verbesserung der sozialen Kompetenz
 - Bereitstellung anonymer Anlaufstellen und Hot-Lines zur Information über Therapiemöglichkeiten für psychisch und physisch überforderte/Burnout- und suchtgefährdete Ärztinnen und Ärzte z. B. wie von der Bayerischen Landesärztekammer beim Berufsständischen Versorgungswerk
2. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die gesetzlichen Bestimmungen dahingehend zu verändern, dass
 - eine größere Flexibilität im Vertragsarztwesen die bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und familiären Pflichten ermöglicht. Hierzu gehören flexiblere Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten und Ärztinnen, zu Vertretungsmöglichkeiten in Praxen von niedergelassenen Ärzten und eine Erweiterung der Job-Sharing-Regelung bei Praxen mit geringem Umfang
 - die zeitkostende und kräftezehrende Bürokratie auf das Notwendige und sinnvolle Mindestmaß reduziert wird

10. Psychotherapeutische Beratung bei Abhängigkeit von Ärzten

Auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache II-10) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Die Ärztekammern werden aufgefordert, ihren Mitgliedern psychotherapeutische Beratung bei Abhängigkeit zu bieten. Abhängigkeit stellt eine Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten dar. Das Regulativ der ärztlichen Berufsordnung ist hier ein oft unangemessenes und wenig hilfreiches Instrument zur Heilung.

11. Strukturierte Angebote für Stresskrankheiten bei Ärztinnen und Ärzten

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache II-11) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Entwicklung strukturierter Angebote für den Umgang mit Stresskrankheiten wie Depressionen, Burnout und Abhängigkeitserkrankungen.

Begründung:

Der Arbeitsstress und die psychische Belastung in der ärztlichen Arbeit sind derzeit sehr hoch und führen zu der Entwicklung von Depressionen, Burnout und Abhängigkeitserkrankungen. Diese Erkrankungen sind unter Ärztinnen und Ärzten deutlich verbreiteter als in der Durchschnittsbevölkerung. Dies hat sowohl großes Leiden bei den betroffenen Kollegen, aber auch eine mögliche Gefährdung der Patienten zur Folge. Hier können definierte und strukturierte Programme die Behandlung und Wiedereingliederung der Kolleginnen und Kollegen fördern und begleiten.

12. Gemeinsame Rahmenbedingungen für Ärzte in Klinik und Praxis

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache II-12) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis kämpfen heute mit nahezu identischen Problemen.

- In beiden Bereichen bricht zunehmend der ärztliche Nachwuchs weg.
- In Klinik und Praxis sind die Arbeitsbedingungen dringend verbesserungsfähig, insbesondere leiden die Ärztinnen und Ärzte unter erschwerten Arbeitszeitbedingungen.
- Die öffentliche und politische Wertschätzung ärztlicher Arbeit in Praxis und Klinik hat aktuell einen Tiefpunkt erreicht.
- Honorierung und Vergütung ärztlicher Tätigkeit entsprechen nicht mehr vergleichbaren anderen Berufsgruppen, der "Wettbewerb" und Forderungen nach "Wirtschaftlichkeit" führen zu gravierenden Verschlechterungen ärztlicher Vergütung.

Die Delegierten des 108. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, auf dem 109. Deutschen Ärztetag erneut, jetzt aber nicht mehr getrennt nach Klinik und Praxis Rahmenbedingungen für ein Gesundheitssystem zu definieren und diskutieren, unter denen die Ärzteschaft ihrem Auftrag wieder besser gerecht werden können.

Zu Punkt III der Tagesordnung:
FÖRDERUNG DER VERSORGUNGSFORSCHUNG DURCH DIE
BUNDESÄRZTEKAMMER

1. Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Zimmer, Dr. Sülz und Dr. Munte (Drucksache III-01a) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens sowie der ärztlichen Berufsausübung unterliegt seit Jahren einer kontinuierlich negativen Kritik.

Diese unberechtigt schlechte Darstellung ärztlicher Berufsausübung hat zum gegenwärtigen Zeitpunkt besonders deutliche Konsequenzen, da die Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts sowie der angespannten wirtschaftlichen Lage das Gesundheitswesen fortlaufend grundlegender struktureller Änderungen unterwirft. Dies mündet in einer vielfach nicht zuvor offen gelegten Absenkung des Standards der medizinischen Versorgung und hat erhebliche negative Implikationen für die Arbeitsweise, die Arbeitszufriedenheit und die Leistungsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten.

Wenngleich in der Diskussion zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zunehmend auf Datenerhebungen – unterschiedlicher Qualität – Bezug genommen wird, wurde mit dem Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001 die generell sehr unbefriedigende Datenlage hinsichtlich des Versorgungsgeschehens exemplarisch offenkundig. Die Datenlage lässt zu wenig seriöse wissenschaftliche Aussagen über das von politischer Seite aufgegriffene Thema "Über-, Unter- und Fehlversorgung" als angebliches Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens zu, nach der eine qualitativ gute (Normal-)Versorgung nicht zu existieren scheint.

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag 2003 forderte vor diesem Hintergrund eine solide Beschreibung der Versorgungsstandards im deutschen Gesundheitswesen, die auch den internationalen Vergleich mit einschließen soll. Darüber hinaus stellte der 107. Deutsche Ärztetag 2004 den Willen der Ärzteschaft heraus, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.

Dieser Forschungszweig untersucht nach seinem Selbstverständnis die Versorgungsrealität unter Alltagsbedingungen. Damit steht u. a. die allgemeinmedizinische Perspektive im Vordergrund, da diese die breite Versorgung der Bevölkerung maßgeblich bestimmt und in der Hand des Hausarztes in der Regel die Versorgungs- und Behandlungsstränge zusammenlaufen.

Ein weiterer Mehrwert der Versorgungsforschung liegt in der bereichsübergreifenden Erforschung von Versorgungszusammenhängen (z. B. hausärztliches und fachärztliches Zusammenwirken) und einer empirisch abgesicherten Folgenabschätzung von Eingriffen in das Versorgungsgeschehen (z. B. Konsequenzen der Einführung des Fallpauschalensystems in Kliniken auf die Leistungsanforderungen im ambulanten Sektor).

Durch die Bündelung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständes – wobei im Arbeitskreis und in der Koordinierungsgruppe Klinik- und Vertragsärzte paritätisch

repräsentiert sein müssen – in einem Netzwerk soll die Kompetenz und das Wissen der in Praxis und Wissenschaft tätigen Ärztinnen und Ärzte für eine patientenbezogene Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens zur Verfügung gestellt werden. Nur bei einer hinreichenden Berücksichtigung der Erfahrungen der Ärzteschaft ist ein sinnvoller Umbau der Versorgungssysteme auf hohem qualitativem Niveau zu realisieren. Eine ökonomisierende Betrachtungsweise, die nur von finanziellen Anreizen ausgeht, läuft dem ärztlichen Berufsethos zuwider.

Um die notwendige Weiterentwicklung und Anerkennung der Versorgungsforschung innerhalb der Hochschulen zu erreichen, erscheint eine zeitlich befristete Förderinitiative der Ärzteschaft notwendig.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt daher den Willen der Ärzteschaft, sich an dieser Entwicklung mit seriösen wissenschaftlichen Methoden zu beteiligen und begrüßt das ihm vorliegende Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer. Es stellt eine notwendige und realistische Grundlage zur Fundierung wichtiger zukünftiger Positionsbestimmungen der Ärzteschaft dar, die darauf zielt, unter sich verändernden Rahmenbedingungen konkrete Lösungen für eine gute Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen.

Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, das vorgelegte Rahmenkonzept zu realisieren, sofern die verfügbaren Haushaltsansätze dies zulassen.

2. Förderung der Versorgungsforschung

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob und Dr. H.-J. Lutz (Drucksache III-13) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, das Konzept der Förderung der Versorgungsforschung umzusetzen.

Besonders soll darauf geachtet werden, die bereits jetzt der Bundesärztekammer vorliegenden Angebote anderer Institutionen auf Mitarbeit und finanzielle Beteiligung, wenn dies im Interesse der deutschen Ärzte ist, anzunehmen und auszubauen.

Die Bundesärztekammer sollte im Mittelpunkt eines Netzwerkes zur Datensammlung und -auswertung in der staatsunabhängigen Versorgungsforschung stehen.

3. Datenbasis für medizinische Versorgungsforschung

Auf Antrag von Dr. Munte (Drucksache III-05) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der 108. Deutsche Ärztetag bittet die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung darum, die ihnen vorliegenden Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes der Versorgungsforschung zugänglich zu machen oder in Abstimmung mit dem Rahmenkonzept der Bundesärztekammer selbst Auswertungen ihrer Daten vorzunehmen und die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer stellt im Antrag III-01 die Notwendigkeit einer Förderung der Versorgungsforschung dar. Das deutsche Gesundheitswesen nimmt in der Versorgungsforschung im internationalen Vergleich eine Schlußposition ein. Obwohl eine Datenbasis für Versorgungsforschung an verschiedenen Stellen durchaus vorhanden wäre, z. B. in Form von Diagnosedaten mit ICD10-Verschlüsselung, die den Kassenärztlichen Vereinigungen seit mehreren Jahren lückenlos vorliegen, fehlt eine koordinierte, zielgerichtete Zusammenführung und Nutzung der Daten, um Aussagen über die Versorgungssituation abzuleiten. Durch die unzureichende Nutzung dieser Datenbestände werden "Datenfriedhöfe" geschaffen, die den Unmut der Ärzteschaft über den zunehmenden Arbeitsaufwand für Dokumentation ohne sinnvolle Verwertung dieser Daten noch erhöhen.

Die Auswirkungen des Fehlens einer Versorgungsforschung sind deutlich: Mit Verweis auf eine angebliche "Über-, Unter- und Fehlversorgung" initiiert die Politik maßgebliche Veränderungen der Versorgungslandschaft. Mangels valider Informationen können weder die angeblichen Versorgungsdefizite überzeugend widerlegt, noch die Auswirkungen der politisch getriebenen Veränderungen auf die komplexe Versorgungslandschaft ermittelt werden. Medizinische Versorgungsforschung kann und muss hier Grundlage einer Argumentationsbasis für die Ärzteschaft für eine konstruktive Einflussnahme auf die politischen Entscheidungsprozesse sowie eine gezielte, kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität sein.

4. Verwendung vorhandener Strukturen zur Kosteneinsparung

Auf Antrag von Dr. König (Drucksache III-10) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der 108. Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass auch vorhandene Strukturen genutzt werden, wie Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und Institute für Qualitätssicherung (z. B. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS)) wie etwa im operativ ambulanten und stationären Bereich der Länder.

Begründung:

Es liegen viele Daten brach, die nicht genutzt werden und ohne große weitere Kosten zur Verfügung gestellt werden können.

5. Versorgungsforschung

Auf Antrag von Frau Dr. Trittmacher, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. Boie (Drucksache III-02) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Die ambulante, haus- und fachärztliche Medizin soll ein eigenständiges Thema der Versorgungsforschung sein. Insbesondere sollen

- Bedarfsermittlung und Mittelverwendung
- Versorgungsergebnisse
- Arbeitsbedingungen

thematisiert werden.

Begründung:

Solide und validierte Daten gewähren die Sicherstellung der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung.

6. Erforschung und Entwicklung von Wegen zur ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen ohne Papiere

Der Antrag von Prof. Dr. Kahlke (Drucksache III-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ärztinnen und Ärzte in Klinik, Praxis und anderen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung geraten zunehmend in Entscheidungskonflikte, wenn sie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus behandeln.

In der Bundesrepublik Deutschland leben zwischen 500 000 – 1,4 Mio. Flüchtlinge ohne Papiere, sog. Illegale. Allgemeine Erfahrungen haben ergeben, dass unter dieser Menschengruppe ein relativ hoher Krankenstand vorherrscht, zum Teil auch durch ansteckende Krankheiten wie Tuberkulose, HIV- und andere Infektionen. Aus der Angst vor Aufdeckung des illegalen Status und drohender Abschiebung scheuen viele, sich medizinisch versorgen zu lassen, nicht selten mit gefährlichen Folgen für sie selbst und ihre Umgebung.

Der Gesundheitszustand dieser in unserem Lande lebenden Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aber auch die bei fehlender Behandlung entstehenden Risiken durch übertragbare Krankheiten, können der Ärzteschaft nicht gleichgültig sein.

Deshalb ist es erforderlich:

- die bis heute unklare Situation der medizinischen Versorgung dieser Gruppe zu untersuchen
- die gesetzliche Voraussetzung zu schaffen für ein System anonymer Behandlungsangebote für Flüchtlinge ohne Papiere, damit wenigstens die medizinische Grundversorgung gewährleistet ist.

In Erfüllung unserer ärztlich-ethischen beruflichen Verpflichtung wollen wir diese in unserem Lande lebenden Menschen im Krankheitsfall behandeln, wie andere Patienten auch.

7. Mammographie-Screening und Versorgungsforschung

Der Antrag von Frau Dr. Berendes, Frau Dr. Bunte und Frau Dr. Kramer (Drucksache III-08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag appelliert an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Zuge der initiierten Mammographie-Screenings die Chance zu nutzen, eine entsprechende Versorgungsforschung zur Lebensqualität und Hormontherapie der mit dem Screeningprogramm erfassten Frauen in Auftrag zu geben und zu finanzieren.

Begründung:

Das vom Gesetzgeber eingeführte Mammographie-Screening bietet einen guten und umfassenden Zugang zu den Frauen zwischen 50 – 59 Jahren und erfordert eine umfassende Logistik. Gleichzeitig gibt es in Deutschland einen Mangel an Ver-

sorgungsforschung insbesondere im Bereich von Lebensqualität. Auch werden in der Debatte um die perimenopausale Hormontherapie von vielen Seiten deutsche Daten eingefordert, um den Zusammenhang von postmenopausaler Hormontherapie und Mammacarcinogenese zu erforschen.

8. Zentrales Krebsregister

Auf Antrag von Dr. König (Drucksache III-11) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Voraussetzung für die Erfassung von Krebserkrankungen und statistischen Auswertungen ist die bundesweite Einführung eines zentralen Krebsregisters. Bis jetzt haben noch nicht alle Bundesländer Krebsregister. Somit sind statistische Auswertungen im onkologischen Bereich nicht möglich. Dieser Mangel ist zügig zu beheben.

9. Berichterstattung in der Versorgungsforschung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Dr. Adam, Dr. von Römer und Dr. Calles (Drucksache III-12) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, jährlich auf den Deutschen Ärztetagen einen Sachstandsbericht über den Fortgang der Versorgungsforschung abzugeben.

Begründung:

Es besteht ein berechtigtes Interesse der Delegierten der Deutschen Ärztetage über den Fortgang der Versorgungsforschung regelmäßig informiert zu werden, um in ihren Gremien darüber berichten zu können.

10. Versorgungsforschung und Community Medicine

Auf Antrag von Dr. Schimanke und Dr. Crusius (Drucksache III-14) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Zur Bündelung und effizienten Nutzung aller bereits vorhandenen Potenzen und Quellen der Versorgungsforschung sollen die Einrichtungen der Universitäten, die sich bereits mit den epidemiologischen, soziologischen und ökonomischen Auswirkungen von Strukturen und politischen Vorgaben für die medizinische Versorgung (Versorgungsepidemiologie) befassen, gezielt von der Bundesärztekammer genutzt werden. Dies gilt insbesondere für vorhandene Einrichtungen der Community Medicine.

Versorgungsforschung kann nicht losgelöst von der Population der zu Versorgenden betrieben werden. Sie wird um so effektiver sein, je genauer diese Population definiert und eingegrenzt wird.

Begründung:

Seit 1991 wird an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald bereits im Projekt Community Medicine eine effektive Versorgungsforschung betrieben. Mit den 1997 bzw. 2002 abgeschlossenen Studien "Study of Health in Pomerania" und "Survey of Neonates in Pomerania" liegen valide Daten zur medizinischen Versorgung dieser Population vor. Die Region Vorpommern ist eine Modellregion für Deutschland, weil

sich hier die Bevölkerung, aber auch die Strukturen der medizinischen Versorgung quasi im Zeitraffer entwickeln. 1990 war Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit der jüngsten Bevölkerung. Durch zunehmende Lebenserwartung, Abwanderung Jüngerer und Zuzug Älterer wird sich dieser Zustand bis 2012 umkehren: Mecklenburg-Vorpommern wird ein Bundesland mit einer der ältesten Bevölkerungen Deutschlands. Bis 2010 geht ein Drittel der derzeitigen Hausärzte in den Ruhestand.

Inzwischen sind am Institut für Community Medicine in Greifswald 150 Studien abgeschlossen oder in Arbeit, darunter auch ein Modellprojekt "Regionale Gesundheitsversorgung in Vorpommern", mit dem die Implementierung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in einem ländlichen Territorium mit geringer Bevölkerungsdichte und drohender Unterversorgung im niedergelassenen Bereich untersucht werden soll.

Es ist ein Gebot ökonomischer Vernunft, die hier gewachsenen Potenzen zu nutzen.

Zu Punkt IV der Tagesordnung: **BERICHT: KRANKHEIT UND ARMUT**

1. Armut und Arbeitslosigkeit machen krank

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Merchel (Drucksache IV-01c) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Armut macht krank: Arme Menschen haben gegenüber Wohlhabenden eine durchschnittlich um bis zu 7 Jahre geringere Lebenserwartung, zudem haben sie gegenüber den Wohlhabendsten in nahezu jeder Lebenssituation ein mindestens doppelt so hohes Risiko, schwer zu erkranken, vorzeitig zu versterben, einen Unfall zu erleiden oder von Gewalt betroffen zu sein.

Einflussfaktoren für diesen Zusammenhang sind insbesondere die Schichtzugehörigkeit und die damit verbundene Einkommenslage, der Zugang zu Bildung, die Wohnsituation und – dies ist in einer Zeit mit 5 Mio. Arbeitslosen besonders wichtig – Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit.

Alle diese Faktoren haben Auswirkungen auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und letztlich auch auf Zugang und Nutzung der gesundheitlichen Versorgung. Ebenso kann Krankheit den beruflichen Erfolg gefährden und die Einkommenssituation verschlechtern. Krankheit kann so zu einem sozialen Abstieg beitragen oder einen sonst möglichen sozialen Aufstieg verhindern.

Wer den Zugang zu Wissen, Bildung, Arbeit, Geld, Wohnungsmöglichkeiten und Ansehen einbüÙt, der verliert Lebensqualität. Wer weniger Bildung hat, hat zumeist auch geringere Chancen am Arbeitsmarkt, ist am Arbeitsplatz größeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und bekommt für die geleistete Arbeit weniger Lohn. Geringere finanzielle Mittel wiederum bedingen meist eine schlechtere Wohnsituation, weniger Möglichkeiten einer ausgleichenden Freizeitgestaltung, eine ungesündere Ernährung und einen schlechteren Zahnstatus.

Arbeitslosigkeit und Armut lassen Menschen früher altern, rascher krank werden, sie rauben die Initiative zur eigenen Gesundheitsförderung, zerstören die Motivation zur Prävention, mindern gesundheitliche Potenziale und fördern gesundheitsbelastende

Verhaltensweisen. Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und dies bis in die nachfolgende Generation hinein.

Aus ärztlicher Sicht bedrohen und verschlechtern relative Einkommensarmut und Armut als Minderversorgung in relevanten Lebensbereichen, nämlich an Arbeit, an Bildung, an Wohnungsmöglichkeiten, an Kultur und Politik, an Beziehungen und emotionalen Bindungen, die Gesundheit und erhöhen das Mortalitätsrisiko. Ärztinnen und Ärzte erleben dies insbesondere bei Sozialhilfeempfängern, Arbeitslosen, Wohnungslosen, illegal in Deutschland Lebenden, Migranten, allein erziehenden Frauen, kinderreichen Familien, psychisch Kranken und Heimbewohnern.

Aufgrund des steigenden Morbiditätsrisikos bei steigender Arbeitslosigkeit und Armut nimmt auch der Bedarf an ärztlichen Leistungen zu, während die hierfür verfügbaren finanziellen Ressourcen geringer werden, weil die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen nahezu ausschließlich an die Arbeitskosten gekoppelt ist. Hieraus folgt eine schlechtere gesundheitliche Versorgung der betroffenen Bevölkerungsgruppen. Eine Verschärfung dieser Tendenz zeichnet sich seit Inkrafttreten des GMG mit seinen Zuzahlungsregelungen und dadurch bedingte erschwerte Zugangsmöglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung ab.

Der zentrale Ansatz zur Abwehr der gesundheitlichen Folgen von Armut und Arbeitslosigkeit ist die Überwindung der gegenwärtigen Massenarbeitslosigkeit. Aus ärztlicher Sicht ist der Hinweis wichtig, dass schlechte Arbeitsbedingungen ohne längerfristige Beschäftigungsperspektive im Einzelfall mit noch größeren gesundheitlichen Risiken verbunden sein können als Phasen der Arbeitslosigkeit. Unter gesundheitlichen Aspekten kommt es deshalb sehr auf die Etablierung dauerhafter Arbeitsperspektiven an.

Mit den Mitteln der Gesundheitspolitik lassen sich diese gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen nicht bewältigen. Hier ist vor allem die Wirtschafts-, Steuer-, Sozial-, Finanz-, Tarif- und Arbeitsmarktpolitik gefordert. Dennoch lassen sich eine Reihe von gesundheitspolitischen Maßnahmen nennen, mit deren Hilfe versucht werden kann, die Situation partiell zu verbessern.

Um die gesundheitlichen Defizite unterprivilegierter Patientinnen und Patienten ausgleichen zu können, benennt der Deutsche Ärztetag folgende Maßnahmen:

1. Da zunehmende Armut und Arbeitslosigkeit einen erhöhten Bedarf an ärztlicher Versorgung zur Folge hat, müssen in Zeiten erhöhter Arbeitslosigkeit dem Gesundheitssystem mehr statt weniger Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Eine ausschließliche Koppelung seiner Finanzierung an das Arbeitseinkommen wird dieser Logik nicht gerecht, so dass zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen werden müssen.
2. Das Problem "Armut und Gesundheit" muss Eingang in medizinische Forschung, Lehre, Weiter- und Fortbildung finden.
3. Die von der Bundesärztekammer initiierte und geförderte Versorgungsforschung muss sich dieses Themas annehmen. Die Ständige Koordinationsgruppe "Versorgungsforschung" des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer sollte entsprechende Fragestellungen erarbeiten.
4. Die Diskussion um neue Versorgungs- und Kooperationsformen und entsprechende Modellprojekte sollte nicht allein der Verbesserung einzelner Krankheitsbilder, sondern der Verbesserung der Gesundheitsversorgung unterprivilegierter Regionen/Lebenswelten Aufmerksamkeit widmen.
5. Der ärztliche Bereich muss zukünftig gemeindeorientiert im Rahmen von Vernetzungsstrukturen arbeiten. Unter Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten diese Arztgruppen gemeinsam mit Pflegediensten und Sozialar-

beit sowie anderen Gesundheitsberufen Defizite der gesundheitlichen Versorgung in besonders betroffenen Regionen identifizieren und gemeinsam im Sinne einer gemeindeorientierten Handlungsweise eine entsprechende Versorgung herbeiführen. Z. B. müssen organisiert werden: Präsenzzeiten von Ärztinnen und Ärzten in Schule und Kindergarten, sozial-psychiatrische Verbände, aufsuchende Versorgung Unterprivilegierter (Obdachloser, Alleinerziehender, alter und psychisch kranker Menschen).

6. Die Krankenkassen, die Projekte zur Förderung der Gesundheit unterprivilegierter Patientengruppen unterstützen oder ins Leben rufen (z. B. Netzwerke zwischen Hausärzten, Pflegediensten, Sozialarbeit, Familienhebammen und Ehrenamtlichen), erhalten Gelder aus dem Risikostrukturausgleich.
7. Krankenkassen und Gemeinden zahlen Honorarzuschläge und Unterstützungszahlungen bei Niederlassung von Ärzten in unterprivilegierten Regionen.
8. Wie z. B. in Großbritannien leisten Krankenkassen Bonuszahlungen außerhalb der Gesamtvergütung an Ärzte, die sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten an Präventionsmaßnahmen heranführen. Aufsuchende Betreuung durch Ärzte bei einer unterprivilegierten Patienten Klientel, die von sich aus in zu geringem Maße ärztliche Versorgung in Anspruch nimmt, wird mit weiteren Bonuszahlungen außerhalb der Gesamtvergütung an primärärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte honoriert.
9. Sozialpsychiatrische Dienste werden auf- und ausgebaut, ambulante psychiatrische Pflege wird nach dem Abschluss des bundesweiten Modellversuches von den Krankenkassen als Regelleistung übernommen.
10. Die Gesundheitspolitik streicht sämtliche Zuzahlungen und die Praxisgebühr für Wohnungslose und Heimpatienten. Zuzahlungen von Kindern für Medikamente sind erst ab dem 18. Lebensjahr (anstelle ab dem 12. Lebensjahr) zu leisten.

2. 300 000 Bürger ohne Krankenversicherung

Auf Antrag von Dr. Kaplan und Dr. Calles (Drucksache IV-02) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) auf, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit dringend dafür zu sorgen, dass besonders auch bedürftige Menschen ausreichend krankenversichert sind.

Begründung:

Nach Schätzung ist die Zahl der Bürgerinnen und Bürger ohne Krankenversicherung von 188 000 von vor zwei Jahren auf 300 000 angestiegen.

Viele Betroffene sind offenbar durch ihre Lebensweise oder intellektuelle Situation nicht in der Lage, die geforderten Unterlagen vollständig und in zeitlich notwendigem Rahmen einzureichen. Vor allem Arbeitslose, die nach Einführung der Arbeitsmarktreform Hartz IV den Anspruch auf Arbeitslosengeld II und somit den Krankenversicherungsschutz einbüßten, sind von den Regelungen betroffen. Schon ein einziger Krankenhausaufenthalt kann für den Betroffenen den finanziellen Ruin bedeuten.

3. Nicht-Krankenversicherte

Auf Antrag von Dr. Pickerodt (Drucksache IV-03) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, durch Änderungen der Sozialgesetzgebung darauf hinzuwirken, dass die Zahl der Nicht-Krankenversicherten nicht weiter ansteigt, sondern reduziert wird.

Begründung:

Die Zahl der Nicht-Krankenversicherten in Deutschland steigt bedrohlich an. Dabei handelt es sich um sehr unterschiedliche Personengruppen: Gescheiterte Selbstständige, die vorher privat versichert waren und die trotz wirtschaftlicher Probleme mit ihren Familien nun von den gesetzlichen Kassen nicht mehr aufgenommen werden. Kleinunternehmer, die sich z. B. aufgrund schwieriger wirtschaftlicher Verhältnisse gezwungen sehen, das Risiko einer fehlenden Krankenversicherung einzugehen. Neu hinzugekommen sind Arbeitslose, die ihre GKV-Mitgliedschaft verloren haben und sich aktiv um eine eigene oder ggf. um eine Mitversicherung kümmern müssen.

Aus den USA, wo inzwischen der Nichtversichertenanteil auf 20 Mio. Beschäftigte angestiegen sein soll (Reuters 28.04.2005), weiß man, dass der fehlende Krankenversicherungsschutz darin mündet, dass die Betroffenen Krankheiten tendenziell zu spät oder gar nicht medizinisch behandeln lassen. Im Falle einer eventuell aufwendigen Behandlung resultiert für den Betroffenen eine existentielle Bedrohung oder das finanzielle Risiko wird auf die Leistungserbringer übertragen.

4. Medizinische Behandlung von Menschen in Armut ohne legalen Aufenthaltsstatus

Auf Antrag von Frau Dr. Lutz (Drucksache IV-04) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die medizinische Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland entspricht nicht den erforderlichen medizinischen Standards und wird durch gesetzliche Regelungen behindert.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert deshalb, die politisch Verantwortlichen auf, die medizinische Behandlung von in Deutschland lebenden Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu gewährleisten.

Folgendes ist dabei vordringlich:

1. Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinisch betreuen. Es muss klargestellt werden, dass ärztliche Hilfe nicht die Tatbestandsmerkmale der Beihilfe für illegalen Aufenthalt erfüllen. Die Gleichsetzung von Ärzten mit z. B. Schleppern, Schleusern und Menschenhändlern, wie aus § 96 AufenthG gefolgert werden kann, ist nicht akzeptabel.
2. Aufhebung der "Übermittlungspflicht" für öffentliche Krankenhäuser an die Ausländerbehörden.
Die Übermittlung von Daten gemäß § 87 AufenthG hat in der Regel die Abschiebung zur Folge. Die Verpflichtung zur ärztlichen Verschwiegenheit wird damit unterlaufen. Oft wird eine lebensnotwendige stationäre Behandlung aus Angst vor Abschiebung vermieden.
3. Kostenregelung für die Behandlung von Menschen ohne Papiere. Die bisher übliche Praxis, die auf der kostenlosen Hilfe einzelner Ärztinnen und Ärzte oder von Krankenhäusern beruht, ist nicht ausreichend und auf Dauer finanziell nicht durchführbar. Eine Kostenübernahme durch die Sozialämter, die dann aber die Abschiebung zur Folge hat, ist keine realistische Lösung. Es ist vielmehr eine staatliche Aufgabe, allen hier lebenden Menschen eine angemessene medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Begründung:

Der vorgelegte Entschließungsantrag dient den Interessen der Ärztinnen und Ärzte, die in die Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus eingebunden sind und diesen Menschen. Die Resolution wurde am 20.04.2005 auf Vorschlag des Menschenrechtsausschusses der Ärztekammer Berlin ohne Gegenstimmen von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin beschlossen.

5. Kinderarmut

Auf Antrag von Frau Dr. Bunte, Dr. Bolay, Frau Künanz, Herr Müller, Frau Dr. Berendes und Frau Dr. Kramer (Drucksache IV-05) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 108. Deutsche Ärztetag stellt mit großer Sorge fest, dass immer mehr Kinder von Armut betroffen sind.

Damit ist ihr Risiko zu erkranken deutlich erhöht – zudem werden sie vom (Regel-) Versorgungssystem häufig nicht erreicht.

Um ihnen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen, ist eine frühzeitige Intervention erforderlich.

In Zusammenarbeit von öffentlichem Gesundheitsdienst und Vertragsärzten muss sichergestellt sein, dass alle Kinder vor Aufnahme in die Schule die Chance haben, eine adäquate Vorsorge, Förderung und (ggf.) Therapie zu erhalten.

Um diese Vorsorge und Therapie sicherzustellen, sind entsprechende kinder- und jugendärztliche Ressourcen im öffentlichen Gesundheitsdienst und in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten bzw. neu zu schaffen.

6. Armut nimmt Kindern Zukunftschancen

Auf Antrag von Dr. Josten, Frau Künanz, Frau Dr. Huber, Dr. Hülskamp und Frau Dr. Dominik (Drucksache IV-06) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Besonders schlimm sind Armut und Armutsfolgen für Kinder.

Störungen in ihrer Entwicklung durch Armut führen zu Benachteiligungen. Diese setzen die Lebenschancen dieser Kinder herab. Die Zukunftschancen unserer Kinder bestimmen die Zukunft unseres Landes.

Armutsprävention für Kinder muss bei den Eltern beginnen. Familienplanung, Schwangerschaft der Mutter, die Geburt und das weitere Leben als Kind und Jugendlicher erfordern in der Armutssituation Hilfe. Diese gilt für die aktuelle Lebenssituation und die Entwicklungsmöglichkeiten, um die Zukunftschancen der Kinder zu verbessern.

Armut nimmt Kindern Zukunftschancen.

7. Armut und Jugendmedizin

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Adam, PD Dr. Benninger, Dr. Bolay, Frau Dr. Heuchert, Prof. Dr. Keller, Prof. Dr. Kunze, Dr. Peters, Dr. Voigt und Dr. Zimmermann (Drucksache IV-07) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Lorenzen (Drucksache IV-07a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen nachdrücklich auf, ihre Gesundheits- und Sozialpolitik wesentlich stärker an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen zu orientieren. Dazu gehört insbesondere:

- Die grundsätzliche Kostenfreiheit für alle medizinisch notwendigen Leistungen für Kinder und Jugendliche, auch die Kostenübernahme für Over The Counter (OTC)-Präparate mit nachgewiesener Wirkung.
- Die Übernahme der Kosten für alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Standardimpfungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung (Pflichtleistung der GKV).
- Die Beibehaltung und Stärkung des jugendmedizinischen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Reihenuntersuchungen, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, gesundheitliche Beratung und Betreuung von Kindertageseinrichtungen und Schulen).
- Die frühzeitige Prävention von abhängigem Verhalten sowie angemessene Behandlung Suchtkranker und Hilfe zur Schadensminderung bei chronisch Abhängigen.
- Die angemessene Berücksichtigung migrantenspezifischer Bedürfnisse.
- Die Sicherung der Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechende Bestimmungen im Arzneimittelgesetz.
- Das Vorhalten einer qualifizierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen im ambulanten wie stationären Bereich.
- Die besondere Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen aus unterprivilegierten Familien bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Begründung:

Nach Angaben von UNICEF leben 10,2 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland in relativer Armut: Deren Familien haben ein Einkommen, das niedriger ist als die Hälfte des nationalen Durchschnittseinkommens. Betroffen sind also ca. 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche. Die Zahlen sind in den letzten 10 Jahren in Deutschland im Vergleich zu anderen Industrienationen überdurchschnittlich gestiegen. Die Sozialausgaben für Kinder und Jugendliche sind in diesem Zeitraum gesunken.

Die in den §§ 24 und 26 der UN-Kinderrechtskonvention vom 26.01.1990 beschriebenen Rechte von Kindern werden in der Bundesrepublik Deutschland nur unzureichend gewährleistet.

Zu Punkt V der Tagesordnung: **(MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG**

1. Facharztbezeichnung und Zusatz-Weiterbildung "Plastische und Ästhetische Operationen"

Der Antrag von Dr. Heinrich und Dr. Hornberger (Drucksache V-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

- a) Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt, die Facharzt-Bezeichnung "Plastische Chirurgie" um den adjektivischen Zusatz "Ästhetische" zu ergänzen, so dass die neue Bezeichnung in der Muster-Weiterbildungsordnung lautet:

"Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie"
(Plastischer und Ästhetischer Chirurg/Plastische und Ästhetische Chirurgin)

- b) Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt, die Zusatz-Bezeichnung "Plastische Operationen" um den adjektivischen Zusatz "Ästhetische" zu ergänzen, so dass die neue Bezeichnung in der Muster-Weiterbildungsordnung lautet:

"Plastische und Ästhetische Operationen"

Die Landesärztekammern werden gebeten, diese Änderungen in die Weiterbildungsordnungen der Länder aufzunehmen.

- c) Die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung "Plastische und Ästhetische Operation" um folgende Facharztkennungen zu ergänzen:

- Facharzt für Augenheilkunde
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

und den Weiterbildungsinhalt zu ergänzen um jeweils eigene operative Eingriffe und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die neu zugangsberechtigten Fachärzte festzulegen.

Begründung:

Vom Grundsatz her ist es zu begrüßen, dass "Ästhetische Chirurgie" auch in der Weiterbildung qualitativ unterlegt wird. Dabei ist der Teilhabe unterschiedlicher

Facharztgruppen an diesem Tätigkeitsfeld durch eine chancengleiche Differenzierung Rechnung zu tragen. Dies lässt sich am besten in Form eines Menüsystems verwirklichen, in welchem allgemeinen Inhalten der Zusatz-Weiterbildung "Plastische und Ästhetische Operationen" spezifische Inhalte der neu zugangsberechtigten Fachärzte zugeordnet werden - analog der bestehenden Regelungen für HNO-Ärzte und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

2. Zusatz-Weiterbildung "Plastische Operationen"

Der Antrag von Frau Dr. Borelli, Prof. Dr. Bertram, Frau Dr. Huber, Dr. Hülskamp, Dr. Hammer und Dr. Ikonomidis (Drucksache V-02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt,

- a) Die Zusatzweiterbildung "Plastische Operationen" um den adjektiven Zusatz "Ästhetische" zu ergänzen, so dass die neue Bezeichnung in der Weiterbildungsordnung lautet: "Plastische und Ästhetische Operationen"
- b) Die *Voraussetzung zum Erwerb* der Bezeichnung um andere Facharztanerkennungen zu ergänzen, insbesondere:
 - Facharzt für Augenheilkunde
 - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- c) Den *Weiterbildungsinhalt* zu ergänzen um jeweils eigene operative Eingriffe für die unter b) genannten neu zugangsberechtigten Fachärzte sowie für die schon länger zugangsberechtigten (HNO, MKG)
- d) Die *Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* für die unter b) genannten neu zugangsberechtigten Fachärzte festzulegen sowie für die schon länger berechtigten Fachgruppen zu überarbeiten.

Die Bundesärztekammer wird mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Beschlussvorschlages für den nächsten Deutschen Ärztetag beauftragt.

Begründung:

Die Zusatzweiterbildung "Plastische Operationen" ist derzeit nur einem Teil der Fachgebiete zugänglich, die solche Operationen durchführen. Die Erweiterung analog der Regelungen für HNO-Ärzte und MKG-Ärzte ist deshalb notwendig.

Vom Grundsatz her ist es zu begrüßen, dass "Ästhetische Chirurgie" auch in der Weiterbildung qualitativ unterlegt wird. Dabei ist der Teilhabe unterschiedlicher Facharztgruppen an diesem Tätigkeitsfeld durch eine chancengleiche Differenzierung Rechnung zu tragen. Dies lässt sich am besten in Form eines Menüsystems verwirklichen, in welchem allgemeinen Inhalten der Zusatzweiterbildung "Plastische Operationen" spezifische Inhalte für die einzelnen Facharzt-Gruppen zugeordnet werden.

Insbesondere wichtig ist auch die Verankerung der Beratung der Patienten in der Weiterbildungsordnung für den Erwerb der Facharzt- und Zusatzbezeichnung, da für manche Patienten ein Abraten vom gewünschten Eingriff am zielführendsten sein kann, erkennen von Dismorphophobie-Erkrankten, etc.

3. Facharzt für "Plastische und Ästhetische Chirurgie"

Der Antrag von Prof. Dr. Lob und Dr. H.-J. Lutz (Drucksache V-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Die Facharztbezeichnung: Plastische Chirurgie wird erweitert in "Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie".
2. Die Zusatzweiterbildung "Plastische Chirurgie" bleibt wie bisher bestehen und ist auf HNO und MKG Gebiete beschränkt.

Eine gewünschte Erweiterung der Zusatzweiterbildung um den Begriff "Ästhetische Chirurgie" sowie eine Öffnung für andere Gebiete und Fachärzte wird in den Gremien der Bundesärztekammer diskutiert und ggf. dem 109. Deutschen Ärztetag vorgeschlagen.

4. Facharzt-Bezeichnung "Plastische und Ästhetische Chirurgie"

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-01) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt, die Facharzt-Bezeichnung "Plastische Chirurgie" um den adjektivischen Zusatz "Ästhetische" zu ergänzen, so dass die neue Bezeichnung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung lautet:

- "Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie" (Plastischer und Ästhetischer Chirurg/Plastische und Ästhetische Chirurgin)

Die Landesärztekammern werden gebeten, diese Bezeichnung in die Weiterbildungsordnungen der Länder aufzunehmen.

Zu Punkt VI der Tagesordnung:

TRANSPARENZ FÜR PATIENTEN / RECHTSSICHERHEIT FÜR ÄRZTE – MODERNISIERUNG DER GOÄ

1. GOÄ-Reform muss wieder Rechtssicherheit und Transparenz für Patient und Arzt schaffen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-01) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag protestiert gegen das weitere Verschleppen der unbedingt notwendigen GOÄ-Reform. Trotz politischer Zusagen und erkanntem Reformbedarf bewegt sich nichts. Die Bundesregierung muss endlich ihren Worten auch Taten folgen lassen und die politische Verantwortung für eine Modernisierung der privatärztlichen Vergütungsordnung wahrnehmen. Patient und Arzt erwarten zu Recht von den politisch Verantwortlichen, dass sie Sorge dafür tragen, klare, eindeutige Abrechnungsregeln im Sinne eines funktionsfähigen Verbraucherschutzes sowie einen verlässlichen Maßstab für eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen mit einer transparenten Abbildung der modernen Medizin vorzugeben.

Stattdessen wird ihnen zugemutet, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der modernen Medizin des Jahres 2005 auf der Grundlage eines Gebührenverzeichnisses des Jahres 1978 abrechnen zu müssen. Im Zeitraum von 27 Jahren hat sich die Medizin rasant fortentwickelt; das dramatisch veraltete Gebührenverzeichnis der

GOÄ gilt aber immer noch überwiegend als verbindliche Abrechnungsgrundlage. Die bisher sporadische und unsystematische Weiterentwicklung der GOÄ, zuletzt mit einer Teilnovelle 1996, hat ein in sich widersprüchliches, mit strukturellen und inhaltlichen Mängeln behaftetes Vergütungswerk zur Folge; Anwendungsschwierigkeiten, Fehlinterpretationen häufen sich. Diese Rechtsunsicherheit verursacht wachsende Konflikte und Rechtsstreite, die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient belasten. Sie erzeugen ein Übermaß an Bürokratie, machen einen Ausbau des Prüf- und Gutachterwesens bei Kammern, privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen erforderlich und gefährden damit auch die Finanzierbarkeit und die Attraktivität des Systems.

Die zahlreichen Initiativen der Ärzteschaft, die GOÄ-Reform zur forcieren, begonnen bei Konzepten für die operativen Abschnitte im Jahre 1990 über die vielen Entschlüsseungen Deutscher Ärztetage, die Verhandlungen im zuständigen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis hin zum Konzept zur Umsetzung des Vorschlagsmodells und zu den aktuellen GOÄ-Reform-Eckpunkten haben bislang den Verordnungsgeber nicht zum Handeln bewegt. Die Schadensbegrenzung durch Abrechnungsempfehlungen des 1998 eingerichteten Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer und des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer muss sich im Rahmen des bestehenden, unzulänglichen Gebührenwerks bewegen und ersetzt daher nicht die dringlich notwendige GOÄ-Reform durch die Bundesregierung.

Die Vergütungsreform muss ferner endlich, 15 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung, gleiche Vergütungsbedingungen für Ärzte in Ost und West schaffen und den diskriminierenden, nur noch Ärzte und Gesundheitsberufe belastenden 10 %igen Ostabschlag beseitigen.

Das Reformkonzept der Ärzteschaft zur Modernisierung der GOÄ liegt vor. Dieses trägt wesentlich dazu bei, dass erneut die Stärken der amtlichen Gebührentaxe – Transparenz, klare Abrechnungsregeln und damit Verbraucherschutz und Rechtssicherheit für Patient und Arzt, Förderung der Qualität und von Innovationen, Schutz und Gewährleistung des individuellen Patient-Arzt-Verhältnisses – zur Geltung kommen können.

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

2. Abschaffung des GOÄ-Ostabschlages

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-02) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 in Berlin fordert die Bundesregierung mit Nachdruck auf, den Gebührenabschlag Ost in Höhe von 10 % für privatärztliche Leistungen der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe in den neuen Bundesländern und in Ostberlin endlich abzuschaffen.

Die 10 %ige Honorarkürzung in den neuen Bundesländern und Ostberlin gilt nur noch für Ärzte und einige weitere Gesundheitsberufe. Die angefügte Übersicht über die Honorarsituation der Freiberufler in den neuen Bundesländern belegt die Situati-

on. Die Begründung der Bundesgesundheitsministerin, dass die unterschiedlichen wirtschaftlichen Bedingungen und die unterschiedlichen Lebensverhältnisse in Ost und West den Honorarabschlag für Ärzte bedingen, wirft die Frage auf, ob sich die wirtschaftliche Entwicklung und die Lebensbedingungen im Osten Deutschlands ausschließlich auf den Arzt und die Gesundheitsberufe auswirken und bei den anderen freien Berufen keine Rolle spielen. Private Krankenversicherungen machen ebenfalls keinen Unterschied in der Beitragsgestaltung zwischen Ost und West.

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

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

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, endlich den Ostabschlag zu beseitigen! Die Abwertung der Tätigkeit von Ärzten in Ostdeutschland muss 15 Jahre nach Wiedervereinigung beendet werden! Dies wäre ein politisches Signal für die Ärzteschaft in den neuen Bundesländern zur Würdigung ihres beruflichen Einsatzes ([s. Anlage](#)).

Zu Punkt VII der Tagesordnung:

ÄRZTLICHES FEHLERMANAGEMENT/PATIENTENSICHERHEIT

1. Initiativen der Ärzteschaft zur Förderung von Patientensicherheit

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Hesse (Drucksache VII-01a) sowie Prof. Dr. Haupt, Dr. Jonitz und Dr. Crusius (Drucksache VII-01b) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

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

Die Herausforderungen:

- **Die Medizin wird leistungsfähiger, aber komplexer:**

Während vor 20 Jahren zahlreiche Krankheiten unheilbar waren oder nur wenige Therapieverfahren zur Verfügung standen, gibt es jetzt eine große Auswahl unterschiedlicher Möglichkeiten, kranken Menschen zu helfen. Dies gilt beispielsweise bei AIDS-Patienten, bei Tumorkranken oder bei Patienten mit Zuckerkrankheit.

Neue Medikamente versprechen bessere Behandlung, Nebenwirkungen werden jedoch erst im Alltag entdeckt.

▪ **Unsere Patientinnen und Patienten leben länger:**

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

▪ **Die Rahmenbedingungen, gute Medizin zu gewährleisten, werden kontinuierlich schlechter:**

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

Die gewandelten Rahmenbedingungen haben einen neuen Bedarf zur Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien in Klinik und Praxis erzeugt. Zur klassischen Aufarbeitung von Behandlungsfehlern unter haftungsrechtlichem Blickwinkel treten Verfahren und Initiativen zur Erkennung von systembedingten Gefährdungspotentialen und zur Fehlervermeidung hinzu.

Neue Erkenntnisse und Möglichkeiten sind:

▪ **Besseres Wissen über Fehlerentstehung und Fehlervermeidung:**

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

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

▪ **Neue Initiativen zur Vermeidung von Fehlern und Erhöhung der Patientensicherheit**

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

Fortbildungsangebote der Ärztekammern in Fehler- und Risikomanagement stoßen auf große Resonanz unter den Kammermitgliedern. Das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement wird dieser Entwicklung durch Neugewichtung und Ergänzung der Lerngebiete Rechnung tragen.

Module zu Risikomanagement in Klinik oder Praxis sind integraler Bestandteil von Zertifizierungsprogrammen wie Kooperation für Transparenz und Qualität im Ge-

sundheitswesen (KTQ) oder Qualitäts-Management-Systemen wie Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP).

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

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

Unter Federführung des Ärztlichen Zentrums für Qualität (ÄZQ) sind ein Buch und ein Glossar "Patientensicherheit" sowie das Internetforum (www.forum-patientensicherheit.de) erstellt worden. Die Ärzteschaft unterstützt darüber hinaus die Einführung anonymer Beinahe-Fehler-Bericht- und Lernsysteme wie (www.jeder-fehler-zaehlt.de) für Hausärzte oder das Schweizer CIRS. Aktuell hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 12.04.2005 ein internetbasiertes CIRS-Angebot zur freiwilligen Teilnahme für alle Ärzte kostenlos zur Verfügung gestellt (<http://cirsmedical.kbv.de/>).

▪ **Hoher berufspolitischer Stellenwert von ärztlichem Fehlermanagement und Patientensicherheit**

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

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

Der Deutsche Ärztetag stellt fest:

- Maßnahmen zur Erhöhung von Patientensicherheit basieren auf Vertrauen. Beinahe-Fehler-Berichtssysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention. Dass über vermeidbare Zwischenfälle berichtet wird, setzt neben der Freiwilligkeit der Teilnahme an einem Berichtssystem voraus, dass lückenlos anonymisiert und frei von Schuldzuweisungen gearbeitet werden kann.
- Im Zentrum der Entwicklungsarbeit für neue Fehlervermeidungsstrategien steht die Suche nach organisations- oder kommunikationsbedingten Verbesserungspotentialen und Schnittstellenproblematiken in der Behandlungs- bzw. Versorgungskette; die individuelle Verantwortung bleibt unberührt.

- Plakative Schuldzuweisungen und Skandalisierungen des Themas führen nicht zur Aufklärung, sondern zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten, und schaden der Patientensicherheit.
- Die Förderung einer sicheren Patientenversorgung führt zu einer "win-win-win-Situation" durch eine sicherere Versorgung, solidere Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten und weniger Kosten.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt:

- die Entwicklung und Implementierung von Fehlervermeidungsstrategien in der medizinischen Versorgung;
- die Unterstützung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung von Methoden und Instrumenten zur kontinuierlichen Erhöhung der Patientensicherheit;
- die Flankierung der Initiativen zur Patientensicherheit durch Versorgungsforschung;
- die Zusammenführung und Koordination bestehender Aktivitäten zur Intensivierung des interdisziplinären Erfahrungsaustauschs und Wissenstransfers in einer Netzwerkorganisation;
- die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. als eine solche Netzwerkorganisation. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde in einer konzertierten Aktion gemeinsam mit Vertretern der Patientinnen und Patienten am 11.04.2005 in Düsseldorf gegründet und steht allen Ärztinnen und Ärzten und anderen Partnern des Gesundheitswesens offen, die sich zur Thematik Patientensicherheit engagieren wollen;
- die Erarbeitung eines Positionspapiers zur Bedeutung der Obduktion als Bestandteil der Fehleranalyse und Qualitätsanalyse.

2. Patientensicherheit

Auf Antrag von Dr. Wyrwich und Dr. Albers (Drucksache VII-02) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Boie (Drucksache VII-02a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

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

Begründung:

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

3. Ablehnung von nichtärztlichen Operations- und Anästhesieassistenten

Auf Antrag von Dr. Albers, Dr. Wyrwich und Dr. Pickerodt (Drucksache VII-03) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

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

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

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

4. Risikomanagement in der universitären Ausbildung

Auf Antrag von Prof. Dr. Bach und Herrn Bodendieck (Drucksache VII-04) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Bereits die Studenten der Medizin müssen in Fragen des Risikomanagements und der Fehleranalyse eingeführt werden. Geeignet dafür sind Unterrichtungen in Qualitätsmanagement, die die medizinischen Fakultäten leisten sollten.

5. Voraussetzungen von Qualitäts- und Risikomanagement

Auf Antrag von Dr. Lindhorst, Prof. Dr. Lob und Dr. Mitrenga (Drucksache VII-05) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

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

Hierzu zählen als Voraussetzungen insbesondere:

- Adäquate Bezahlung aller erbrachten Arbeitsleistungen
- Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes
- Echtes Klima der Kollegialität zwischen und auf allen Hierarchieebenen
- Ausreichende Personalausstattung
- Kontinuierliche Fortbildung mit finanzieller und zeitlicher Unterstützung durch den Arbeitgeber

Zu Punkt VIII der Tagesordnung: **TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

Telematik im Gesundheitswesen

1. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Munte und Dr. Thomas (Drucksache VIII-01a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

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

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

Chancen der Telematik

Verfügbarkeit relevanter Behandlungsdaten

Telematik bietet Ärzten die Möglichkeit, im Behandlungsfall die oft zeitraubende Beschaffung von Vorbefunden zu vereinfachen und zu beschleunigen. In einer durch Mobilität geprägten Gesellschaft eröffnet sich Ärzten die Möglichkeit, auf die im Gesundheitswesen an verschiedenen Stellen bereits vorhandenen Daten eines Patienten zuzugreifen. So können sie sich in kürzerer Zeit ein umfassendes Bild von bereits durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen machen, den Krankheitsverlauf besser beurteilen und gezielter weiterbehandeln.

Erhöhung der Arzneimittelsicherheit

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

Verbesserung der Notfallversorgung

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

Stärkung der innerärztlichen Zusammenarbeit und Kooperation

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

Entlastung von administrativen Aufgaben

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

Unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen der Telematik

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

Gesicherte Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln schaffen

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

Vertrauen der Patienten in die Telematik ermöglichen

Dem Anspruch von Patienten und Versicherten, sich vertrauensvoll dem Arzt offenbaren zu können, muss auch unter den zukünftigen Bedingungen der Telematik uneingeschränkt Rechnung getragen werden. Der Patient muss jederzeit in der Lage sein, sich einen Überblick zu verschaffen und zu entscheiden, welche Daten welchen dritten Personen zugänglich sind oder zugänglich sein sollen. Der Patient muss seinen gesetzlich zugesicherten Löschanpruch technisch wirksam durchsetzen können. Bei der Speicherung von Patientendaten auf Servern außerhalb von Praxen und Kliniken müssen die Daten immer mit den exklusiven (sog. öffentlichen) Schlüsseln des einzelnen Patienten kryptographisch verschlüsselt abgelegt werden. Der Einsatz und die Nutzung von Telematik im Gesundheitswesen ist am individuellen Bedarf des Patienten nach Versorgung und nicht am Wunsch nach uneingeschränkter Ökonomisierung der Versorgung auszurichten. Für Patienten, die der

eGK zunächst ablehnend gegenüberstehen, muss eine Regelung geschaffen werden.

Technische Systeme sind sicher und handhabbar zu gestalten

Die Telematik muss so gestaltet werden, dass sie für Patienten und Ärzte durchschaubar und leicht verständlich zu handhaben ist, den Schutz sensibler Daten aktiv unterstützt und in keinem Fall die Patientensicherheit gefährdet. Alle technischen Komponenten und organisatorischen Regelungen sind nach jeweils aktuell gültigen internationalen Sicherheitsstandards so auszulegen, dass die unberechtigte Einsichtnahme, die Verfälschung oder die Zerstörung von Daten (durch Sabotage, Viren etc.) wirksam verhindert wird. Es muss sichergestellt sein, dass Patienten mit einem Arzt ihres Vertrauens die Wiederherstellung ihrer Behandlungsdaten auch nach Defekt oder Verlust der eGK zuverlässig erreichen können.

Die Aufwände der Ärzte und Leistungsträger sind angemessen zu vergüten

Die erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwendungen der Ärzte und Leistungsträger für die Einführung von Telematik, die in erster Linie zu Qualitätssteigerungen für den Patienten und Kosteneinsparungen für die Krankenversicherungen führen, sind entsprechend der starken Asymmetrie von Nutzen und Kosten den Ärzten und Versorgungsbereichen angemessen und umfassend zu vergüten. Es ist der Nachweis zu erbringen, dass der Nutzen der Einführung der Telematik langfristig die Kosten übersteigt und erzielte Einsparungen der Patientenversorgung zugute kommen.

Die Einführung der Telematik muss wissenschaftlich begleitet werden

Die Einführung der Telematik muss – ausgehend von einer Erhebung des heutigen Status quo – langfristig und umfassend mit den Methoden ärztlicher Versorgungsforschung wissenschaftlich begleitet, im Hinblick auf den erwarteten Nutzen kontinuierlich evaluiert und erforderlichenfalls auf Grundlage der Forschungsergebnisse angepasst werden.

Der unrealistische und kontraproduktive Zeitplan muss angepasst werden

Die von Teilen der Politik und Industrie propagierte unrealistische Zeitplanung muss angepasst werden. Die Schaffung einer sicheren und vertrauenswürdigen Telematik erfordert angemessene Test-, Lern- und Einführungsphasen. Die aus dem unangemessenen Zeitdruck resultierenden Schuldzuweisungen erschweren eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Projektbeteiligten und führen so zu einer Verschwendung wertvoller Ressourcen auf allen Seiten.

Der 108. Deutsche Ärztetag begrüßt die Möglichkeiten, die die Einführung einer sicheren und einheitlichen elektronischen Kommunikationsinfrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen bietet. Er vertritt die Auffassung, dass sich langfristig aus der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien in Verbindung mit sinnvoll konzipierten Anwendungen Wege zu einer verbesserten Versorgung der Patienten ergeben werden, wenn die von der Ärzteschaft erhobenen Forderungen erfüllt werden und spricht sich daher für den Beginn der schrittweisen Einführung der Telematik im Gesundheitswesen aus.

Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die aus der Einführung resultierende technische, organisatorische und finanzielle Belastung der Ärzte möglichst gering gehalten wird, ohne jedoch die Qualität zu mindern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist insbesondere darauf zu dringen, dass bereits bestehende und erfolgreich im Einsatz

befindliche Online-Kommunikationswege, wie z. B. das KV-Safenet, in die zukünftige Telematik-Infrastruktur geeignet integriert werden.

Mit der Herausgabe des elektronischen Arztausweises übernehmen die Ärztekammern dabei Verantwortung für die Bereitstellung eines wichtigen Schlüsselements der zukünftigen Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen.

2. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer Telematik Infrastruktur

Auf Antrag von Prof. Dr. Flenker (Drucksache VIII-89) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag wendet sich entschieden gegen Bestrebungen der Krankenkassen, vorläufige Lösungen und Testverfahren für die Telematik zu installieren, die weder den für das Gesundheitswesen erforderlichen Sicherheitsanforderungen noch den bisher in der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbarten Strukturen entsprechen.

Begründung:

Der sachlich unbegründete Zeitdruck für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte darf nicht dazu genutzt werden, um unter dem Vorwand der Durchführung von Testverfahren vorschnell Fakten zu schaffen und eine Telematik ohne die unabdingbar notwendigen Sicherheitsmerkmale einzuführen. Vielmehr sind mit dem Ziel einer ergebnisoffenen Testung verschiedene technische Verfahren gleichberechtigt von Anfang an in die Tests einzubeziehen.

3. Telematik im Gesundheitswesen

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Dr. Mitrenga, Dr. Ungemach, Frau Dr. Gitter, Dr. Emminger, Herrn R. Henke und Dr. U. Wolter (Drucksache VIII-13) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Telematik wird einer der wichtigsten "Motoren" des Gesundheitswesens in den kommenden Jahren. Mit der Einrichtung der "gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH" wurde die Organisationsstruktur neu geordnet. Die Bundesärztekammer (BÄK), als eine von 15 Gesellschaftern, ist die einzige Organisation, die auch die Belange der angestellten Ärztinnen und Ärzte explizit vertreten muss.

Die Auswirkungen der Einführung der elektronischen Karten auf die ärztliche Berufsausübung im Krankenhaus oder das Arzt-Patienten-Verhältnis werden bislang bestenfalls nachrangig betrachtet.

Dabei sollten Ausgangspunkt der Überlegungen die möglichen Vorteile für die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte und das Patientenverhältnis sein und nicht die technische Machbarkeit oder monetäre Einspareffekte.

Daher wird die BÄK gebeten, die Anforderungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern an den elektronischen Arztausweis (HPC) sowie an die elektronische Gesundheitskarte und das elektronische Rezept gegenüber Krankenhausträgern und Krankenkassen stärker zu benennen und durchzusetzen.

Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen:

- Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss die Einhaltung der Vertraulichkeit der Daten zwischen Arzt und Patient und der Schweigepflicht gewährleistet sein. Es sind die dafür notwendigen rechtlichen und technischen Vorkehrungen zu treffen.
- Patient und Arzt müssen jederzeit in der Lage sein, sich einen Überblick zu verschaffen, welche Daten welchen dritten Personen zugänglich sind.
- Es muss vor Inbetriebnahme sichergestellt werden, dass der Versicherte seinen Löschantrag ohne Beeinträchtigung der Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflichten technisch durchsetzen kann.
- Es muss geregelt sein, wie der Versicherte mit einem Arzt seines Vertrauens die Wiederherstellung seiner Behandlungsdaten auch nach Defekt/Verlust der Karte erreichen kann.
- Patienten und ihre Ärzte müssen das Recht haben, besonders vertrauliche Daten (in begrenztem Umfang) auf den Karten selbst abzulegen oder Verweise auf Daten an nicht technisch abrufbaren Stellen zu hinterlegen.
- Es muss dargelegt werden, welche Anforderungen Krankenhäuser erfüllen müssen, damit sie sicher vor unerlaubtem Zugriff oder Sabotage (Viren etc.) an einer elektronischen Datenübermittlung teilnehmen können, und wie die Einhaltung und ihre Finanzierung gewährleistet wird.
- Es muss erkennbar sein, welchen Aufwand Ärzte und Kliniken betreiben müssen, um die Vorteile für ihre Patienten nutzen zu können, und wie die Finanzierung erfolgt, ohne unwirtschaftlich zu werden oder gar ihre Existenz zu gefährden.

4. Einführung elektronischer Informations- und Regelprozesse im Gesundheitswesen (elektronische Patientenkarte)

Auf Antrag von Dr. Junker (Drucksache VIII-30) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Mit der Einführung elektronischer Informations- und Regelungsprozesse im Gesundheitswesen, wie elektronische Patientenkarte (E-card) und elektronischer Heilberufsausweis (HBA), verbinden sich für die beteiligten Personenkreise weitreichende Konsequenzen, die eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung notwendig machen.

Deshalb sind vor der Einführung dieser Informationsprozesse, die mit Hilfe der IT erfolgen, vorrangig unter anderem abzuklären und zu lösen:

- Ist sichergestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht nicht verletzt wird?
- Sind E-card und HBA bei Serverlösungen (Zentralrechner/dezentrale Rechner) mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen vereinbar?
- Ist die Nutzung von E-card und HBA mit dem Recht auf informelle Selbstbestimmung der Beteiligten vereinbar?
- Wann sollen E-card und HBA dem Patienten welchen Nutzen bringen? Findet eine kontinuierliche Evaluation statt? Wo? Durch wen?

- Ist sichergestellt, dass die Finanzierung nicht zu Lasten der gesundheitlichen Versorgung geht?
- Sind die Kosten belastbar kalkuliert, und wie stellt sich die Kosten-Nutzen-Relation dar?
- Werden Investitionen und Folgekosten von denen getragen, die von der Umsetzung profitieren?
- Welcher (praktische) Nutzen ist für die Ärztinnen und Ärzte zu realisieren/erkennbar? In welcher Form?
- Können die EDV-Anlagen in Krankenhäusern und Praxen sicher vor unerlaubten Zugriffen und Virenbefall geschützt werden? Durch welche Maßnahmen, mit welchen Kosten/Folgekosten, für wen?

Forderung:

Die Einführung der Telematik im Gesundheitswesen erfordert die Klärung der angesprochenen Fragen vor ihrer Einführung, da es den Patienten und den Ärzten nicht zuzumuten ist, als Testfeld für unausgereifte IT-Lösungen missbraucht zu werden. (Kein weiteres "Toll-collect"!)

Patienten und Ärzte sind an der Planung, der Durchführung und Evaluation von notwendigen Probeläufen und vor der endgültigen Einführung maßgeblich zu beteiligen!

Die Einführung darf nicht ehrgeizigen Politikern und dem Wunsch nach weiterer Ökonomisierung der Gesundheitspolitik übereilt untergeordnet werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, diese Fragestellungen an den entsprechenden Stellen vor- und einzubringen und auf deren Lösungen zu dringen.

5. Patienten-Willens Erklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte

Auf Antrag von Dr. med. Gilliar (Drucksachen VIII-31 und VIII-31a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Gesundheitsministerium wird aufgefordert, für die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte die Möglichkeit einer Willenserklärung zur Organspende auf freiwilliger Basis intensiv zu prüfen.

Begründung:

Es wurden in letzter Zeit verschiedene Vorschläge gemacht, um die Spendenbereitschaft und damit auch das Organaufkommen zu verbessern.

Auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der derzeitigen Situation braucht hier nicht eingegangen werden. Es ist eine traurige Tatsache, dass 5 000 Deutsche jedes Jahr sterben, weil es zu wenig Organspender gibt. 15 000 Patienten warten bei uns auf ein Herz, eine Leber oder Nieren. Ein Drittel dieser Menschen stirbt, bevor ein Spenderorgan verfügbar ist.

Ziel muss es sein, auf der neuen elektronischen Gesundheitskarte die Möglichkeit einer Willenserklärung zur Organspende auf freiwilliger Basis vorzusehen. Die elektronische Gesundheitskarte werden sicher die meisten Menschen mit sich führen. Es würde im Zweifelsfall Klarheit schaffen, wenn aus der elektronischen Gesundheitskarte die Entscheidung zur Organspende ersichtlich wäre. Weiterhin ist zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, eine rechtlich wirksame elektronische Willenserklärung

zur Organspende auf der elektronischen Gesundheitskarte abzugeben und diese ggf. auch zu widerrufen.

Diese Maßnahme wäre geeignet, die Situation der Organspende zu verbessern.

6. Patientenwillenserklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte

Auf Antrag von Dr. Fresenius und Dr. Gilliar (Drucksache VIII-85) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Gesundheitsministerium wird aufgefordert, bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte die Möglichkeit eines Hinweises auf das Vorliegen einer Patientenverfügung vorzusehen.

Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit

1. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-02) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Nachhaltige Entbürokratisierungsmaßnahmen für das Gesundheitswesen werden nicht beim Streichen oder Zusammenführen des einen oder anderen Formulars stehen bleiben können, sondern bedürfen eines grundsätzlichen Umdenkens in der Datenerhebung und -verwaltung im Gesundheitswesen. Wir brauchen eine stärkere Zielorientierung, Nutzenbewertung und Koordination von Datenerfassungen. Leitgedanken von Datenerhebungen im Gesundheitswesen müssen sein:

Was ist notwendig?

Was ist notwendig, aber zu aufwändig und kompliziert?

Was ist überflüssig?

Was ist doppelt?

Was gibt es schon?

Die deutsche Ärzteschaft begrüÙt, dass die Initiative des 107. Deutschen Ärztetages 2004 in Bremen zur Entbürokratisierung der Medizin von der Gesundheitsministerkonferenz aufgegriffen wurde. Auch die Gesundheitsministerkonferenz hält es für geboten, das medizinische Personal von nicht zwingend notwendigen Dokumentationspflichten zu entlasten, um die vorhandenen Ressourcen besser für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten nutzen zu können. In politischen Kreisen wird die Verabschiedung eines Artikelgesetzes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Deregulierung erwogen. Ein etwaiges neues Gesetz darf jedoch nicht neuen Verwaltungsaufwand produzieren, sondern muss übergreifend in alle Rechtskreise und Regelungsbereiche, die die medizinische Versorgung berühren, mit folgenden Zielsetzungen hineinwirken:

- Entschlackung bestehender Vorschriften und Dokumentationsanforderungen durch Ausfilterung redundanter Regelungen
- Verzicht des Gesetzgebers auf Detailregelungen
- Vermeidung von Doppel-/Parallelstrukturen durch Abgleich von Richtlinien der Gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System mit den auf Basis der Heilbe-

rufs- und Kammergesetze geschaffenen Richtlinien zur beruflichen Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie zur Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung

- Verpflichtender Abgleich neuer Dokumentationsanforderungen mit bereits vorhandenen Datenerhebungen und Verpflichtung zu transparenter Begründung und Evaluation von Dokumentationsanforderungen
- Förderung einer einrichtungs- und sektorübergreifenden Dokumentationsmethodik und gemeinsamen Dokumentationssprache
- Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen für die sektorübergreifende Nutzung von Originaldaten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Ablösung flächendeckender Dokumentationspflichten durch repräsentative Erhebungen so weit wie möglich
- Schaffung von finanziellen Anreizsystemen für die Harmonisierung und Straffung der Informationsflüsse einschließlich Refinanzierung der Anschaffungskosten für nutzerfreundliche IT-gestützte Informationsmanagementsysteme

Auf der Basis des Beschlusses des 107. Deutschen Ärztetages 2004 in Bremen entwickelt die Bundesärztekammer derzeit ein Konzept zur sektorübergreifenden Harmonisierung von medizinischen Dokumentationsanforderungen und prüft die Machbarkeit eines diesbezüglichen regionalen IT-gestützten Pilotprojekts.

2. Entlastung bei der Dokumentation durch entsprechend weitergebildete Arzthelferinnen

Auf Antrag von Dr. von Knoblauch und Dr. König (Drucksache VIII-02a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Es ist zu begrüÙen, wenn zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie und Dokumentationsaufwand zur Klinikassistentenz weitergebildete Arzthelferinnen eingestellt werden.

Das darf aber nicht dazu führen, dass diese Stellen auf den Arztstellenkegel angerechnet werden.

Ärztliche Fortbildung

1. Fortbildungsnachweis für Krankenhausärztinnen und -ärzte (§ 137 SGB V)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-03) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern ist die geeignete Dokumentationsform zum Nachweis der Fortbildungsaktivitäten für alle Ärztinnen und Ärzte und damit auch für die in § 137 SGB V geforderten Fortbildungspflichten der Fachärzte am Krankenhaus.

Mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern und der Fortbildungssatzung wurde eine praxisnahe Lösung ohne überbordenden Bürokratismus zur Dokumentation

der Fortbildungsbemühungen aller Ärztinnen und Ärzte geschaffen. Mit der Fortbildungssatzung wurde ein rechtlicher Rahmen gebildet, in dem über Fortbildung im herkömmlichen Sinn hinaus auch Maßnahmen der Kompetenzentwicklung und des Kompetenzerhalts erprobt und eingeführt werden können.

2. Fortbildungsnachweis für Krankenhausärztinnen und -ärzte

Auf Antrag von Dr. Mitrenga, Prof. Dr. Griebenow, Dr. Lange und Dr. Rehorn (Drucksache VIII-23) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern ist auch für die Fachärztinnen und Fachärzte in der Klinik der nach Umfang und Inhalt vollständig ausreichende Nachweis zur Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht. Für das Fortbildungszertifikat müssen alle durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen uneingeschränkt anrechenbar sein.

3. Fortbildung / korrekte Codierung von F-Diagnosen

Auf Antrag von Frau Dr. Groß und Dr. Josten (Drucksache VIII-91) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Akademien und Weiterbildner müssen Fortbildungsangebote für die korrekte Codierung ärztlicher Diagnosen durchführen.

Dies ist insbesondere für den Bereich der F-Diagnosen (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) dringend notwendig, da sie auch im somatischen Bereich als Haupt- und Nebendiagnosen benutzt werden.

Begründung:

Der undifferenzierte Umgang mit den F-Diagnosen führt sowohl zur Verfälschung von Statistiken als auch für den einzelnen Patienten zu diskriminierender Ausgrenzung und in deren Folge auch zur Vorenthaltung von Versicherungsleistungen.

Ärztliche Ausbildung

1. "Hammerexamen" in der Approbationsordnung abschaffen

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VIII-34) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die neue Prüfungsordnung in der ärztlichen Approbationsordnung zu modifizieren. Anstelle des "Hammerexamens" sollte vor das Praktische Jahr eine theoretische Prüfung treten. Nach dem Praktischen Jahr soll dann eine mündlich-praktische Prüfung stattfinden.

Begründung:

Nach der neuen Approbationsordnung müssen alle Medizinstudenten erst das praktische Jahr absolvieren, bevor sie die letzte Staatsprüfung ablegen. Wesentlich sinnvoller ist es, zeitnah zur Vermittlung des theoretischen Wissens dieses auch abzufragen. Daher sollte wie nach der alten Approbationsordnung ein Examen am Ende des theoretischen Studiums stehen. So wird auch eine Eingangsvoraussetzung

für das Praktische Jahr geschaffen. Mündlich-praktische Anteile der Prüfung sollten nach dem Praktischen Jahr, nach der Vermittlung dieser Fähigkeiten, abgeprüft werden.

Viele Medizinstudenten, die vom BAföG abhängig sind, werden durch die neue Approbationsordnung vor ein großes Problem gestellt, da ein solches "Hammerexamen" nicht ohne eine erhebliche Vorlaufzeit zu schaffen ist. Es ist davon auszugehen, dass sich das Studium hierdurch um ein Semester verlängern wird, da die Medizinstudenten dieses Semester zum Lernen benötigen. Ein großes Problem bei bestehendem Ärztemangel, ein noch größeres Problem für die Studierenden, die BAföG-Empfänger sind.

2. Vergütung des Praktischen Jahres

Auf Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache VIII-32) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Tarifparteien auf, eine adäquate Vergütung des Praktischen Jahres zu erzielen. Gedacht ist hier an eine Vergütung analog zum Referendariat von Lehramtsstudiengängen (Sekundarstufe II) bzw. des juristischen Referendariats.

Begründung:
Mangelnde Attraktivität des Arztberufes.

3. Vergütung im Praktischen Jahr – Geld für Leistung

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VIII-33) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass Medizinstudierende im Praktischen Jahr – analog zum Praktischen Jahr in der Pharmazie – eine angemessene Vergütung für ihren Arbeitseinsatz erhalten.

Begründung:
Medizinstudierende im Praktischen Jahr werden oft genug im Rahmen ihrer Ausbildung zu unterschiedlichen medizinischen Tätigkeiten herangezogen: z. B. Patientenaufnahmen, Blut abnehmen, Zugänge legen, Assistenz im OP, Arztbriefe diktieren. Durch diese Aufgaben sind sie in vielen Krankenhäusern unersetzbare Arbeitskräfte.

Medizinstudierende im Praktischen Jahr erhalten hierfür aber keine finanzielle Anerkennung. Diese Vergütung ist zum Lebensunterhalt notwendig.

Studiengebühren

1. Studiengebühren für das Medizinstudium

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-04) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist das im Bundesrecht geregelte Verbot der Erhebung von Studiengebühren – da Angelegenheit der Länder – nichtig. Daraufhin soll in einigen Ländern kurzfristig die Einführung von Studiengebühren erfolgen. Es ist bisher nicht ersichtlich, ob die Einführung von Studiengebühren wirklich zu verbesserten Studienbedingungen führen wird. Vielmehr wird befürchtet, dass die Zuwendungen aus Landesmitteln entsprechend gekürzt werden. Es gibt bisher keinerlei verbindliche Regelungen hierzu.

Vor diesem Hintergrund lehnt die deutsche Ärzteschaft die Einführung von Studiengebühren für das Erst-Studium bei Einhaltung der durchschnittlichen Studiendauer ab. Die finanziellen Mittel für Bildung müssen weiterhin vom Staat zur Verfügung gestellt werden.

Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert, ein globales Konzept zur Verbesserung der Situation an den medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten zu entwickeln, um

- die Qualität von Lehre, Forschung und Krankenversorgung zu verbessern,
- den Zugang zum Studium allen sozialen Schichten gleichermaßen zu ermöglichen,
- die Anzahl an Studienabbrechern zu senken,
- die Studiendauer zu optimieren etc.

Hierbei sollen auch Modelle einbezogen werden, bei welchen u. a. Wirtschaft und Industrie einen finanziellen Beitrag für Forschung und Lehre leisten.

2. Studiengebühren müssen sozial verträglich gestaltet werden

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Dr. Mitrenga, Dr. Ungemach, Frau Dr. Gitter, Dr. Emminger und Dr. U. Wolter (Drucksache VIII-14) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 108. Deutsche Ärztetag spricht sich weiter gegen die Einführung von Studiengebühren aus und fordert, zumindest das Erststudium gebührenfrei zu ermöglichen.

Mit Studiengebühren ist die Gefahr verbunden, dass für viele Studierende der bereits existierende "soziale" Numerus clausus verschärft wird. Allein die Eignung des Studienwilligen und nicht der Geldbeutel der Eltern sollte ausschlaggebend dafür sein, ob ein Studium aufgenommen werden kann oder nicht. Im Fall der Einführung einer solchen Abgabe müssen gerade für diese Kommilitonen Möglichkeiten geschaffen werden, diese zusätzliche Belastung auszugleichen.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert daher:

1. Wer die Pflicht hat, Studiengebühren zu bezahlen, muss die Möglichkeit bekommen, die Studiendauer zu verkürzen.

2. Anhebung des BAföG-Höchstsatzes gemäß des tatsächlichen Durchschnittsbedarfs eines Studentierenden auf 1.000 € mtl.
3. Nebenverdienste von Studentierenden dürfen auf BAföG, Krankenversicherung, Beihilfe und Steuerfreibeträge nicht angerechnet werden.
4. Schaffung von Härtefallklauseln
5. Schaffung neuer zusätzlicher staatlicher Stipendien unter vereinfachter Antragstellung

In diesem Zusammenhang fordert der 108. Deutsche Ärztetag eine angemessene Vergütung im Praktischen Jahr (PJ) – analog zu anderen Berufsgruppen (z. B. Jura, Lehramtsstudiengänge).

3. Studiengebühren zweckdienlich einsetzen

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Dr. Wolter, Dr. Mitrenga, Dr. Ungemach, Frau Dr. Gitter und Dr. Emminger (Drucksache VIII-19) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.01.2005 ist der Weg frei geworden für die Einführung von Studiengebühren. Begründet wurde die Notwendigkeit einer derartigen Abgabe unter anderem mit einer Verbesserung der Qualität der Ausbildung an deutschen Hochschulen, um international wettbewerbsfähig zu bleiben bzw. wieder zu werden. Damit diese zusätzliche Einnahmequelle nicht zum "Stopfen" von Haushaltslöchern der Länder, sondern tatsächlich auch ausschließlich zur Verbesserung der Lehre verwendet wird, fordert der 108. Deutsche Ärztetag:

1. Eine Aufstockung des Hochschuletats der Länder mit zweckgebundenem Einsatz von Studiengebühren zusätzlich zum bisherigem Lehretat.
2. Verpflichtung der Unis zur Veröffentlichung der Verwendung der Gebühren.

Menschenrecht/Abschiebung

1. Medizinische Begutachtung bei der Rückführung ausreisepflichtiger Ausländerinnen und Ausländer – besserer Abschiebeschutz aus Gesundheitsgründen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-05) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag begrüÙt den Erlass des Innenministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2004 zur Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen. Der Erlass beinhaltet die verbindliche Vorgabe für die nordrhein-westfälischen Ausländerbehörden, den Informations- und Kriterienkatalog "Medizinische Begutachtung bei der Rückführung von Ausländerinnen und Ausländern" anzuwenden.

Der 108. Deutsche Ärztetag ersucht die Innenminister der Länder, dem Beispiel Nordrhein-Westfalens zu folgen und den Informations- und Kriterienkatalog bei der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen ebenfalls zu erlassen.

Der 108. Deutsche Ärztetag bittet die Landesärztekammern den Kriterienkatalog an ihre Kreis- bzw. Bezirksstellen, an die Gesundheitsämter des zuständigen Kammerbezirkes und weitere relevante Institutionen und Personen zu versenden.

Der 108. Deutsche Ärztetag begrüßt das von der Bundesärztekammer erarbeitete Fortbildungscurriculum zur "Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen" und bittet die Landesärztekammern, verstärkt Fortbildungsmaßnahmen auf diesem Gebiet anzubieten.

Begründung:

Im Regelfall beschränkt sich der medizinische Prüfauftrag bei der Rückführung nicht freiwillig ausreisender Ausländerinnen und Ausländer auf geltend gemachte gesundheitliche Gründe durch den Vorgang der Abschiebung, sprich: im wesentlichen die Flugreise.

Die Frage der medizinischen Versorgungslage im Zielstaat der Abschiebung hat keine Entscheidungsrelevanz, wenn die entsprechenden Fragen in den vorangegangenen Verfahren bereits geklärt worden sind. Medizinische Abschiebungshindernisse, die im Laufe des Verfahrens seitens des Antragstellers jedoch nicht erwähnt wurden, weil sie zum Beispiel noch gar nicht existierten (Erkrankung, die sich während des Aufenthaltes in Deutschland ergeben hat und die im Zielstaat nicht adäquat behandelt werden kann) oder Abschiebungshindernisse, die sich ergeben aus ethisch-religiösen Gründen (z. B. Ehescheidung einer Frau aus islamistisch-fundamentalistischen Zielstaat), die zur Gefährdung des Lebens im Falle der Abschiebung führen, bleiben somit unberücksichtigt.

Der Kriterienkatalog sorgt dafür, dass – bislang nur in Nordrhein-Westfalen – der ärztliche, ggf. psychologisch-psychotherapeutische Sachverständige im Rahmen der Untersuchung nunmehr eine Grundlage dafür hat, neben der Prüfung der Flugreisetauglichkeit auch eine Einschätzung zu eventuellen zielstaatsbezogenen und in den vorausgegangenen asylrechtlichen Verfahren noch nicht geprüften Abschiebungshindernissen abzugeben. Diese werden dann, gemäß dem neuen Informations- und Kriterienkatalog, dem wegen des Zielstaatsbezugs zuständigen Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge vorgetragen.

Der Kriterienkatalog erlaubt eine den Bestimmungen der Berufsordnung gerechte Beteiligung von Ärzten an den o. g. Verfahren, da unter den nunmehr festgelegten Verfahren die Ärztin oder der Arzt gegenüber der Patientin, dem Patienten in der Gesamtwürdigung seiner gesundheitlichen Umstände ärztlich korrekt handeln kann.

2. Abschiebung aus stationärer psychiatrischer Behandlung

Auf Antrag von Frau Dr. Rothe-Kirchberger, Prof. Dr. Kahlke, Dr. Schwarzkopf-Steinhauser und Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache VIII-72) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Notwendige stationäre medizinische Behandlungen dürfen ohne richterlichen Beschluss nur im Einvernehmen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten durch ordnungsrechtliche Maßnahmen zwangsweise beendet oder unterbrochen werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird deshalb gebeten, die politisch Verantwortlichen aufzufordern, die Sicherheit der sich in stationärer Behandlung befindli-

chen Kranken zu gewährleisten und die ärztliche Behandlungskompetenz nicht infrage zu stellen.

Begründung:

Der stationäre Behandlungsraum wird Kranken zuteil, die einen besonderen Schutz und eine besonders intensive Therapie und Pflege benötigen. Er muss vor staatlichen Übergriffen geschützt bleiben. Stationäre Behandlung betrifft Menschen, die besonders wenig belastbar sind. In zunehmendem Maße werden aber beispielsweise körperlich oder psychisch kranke Ausländer, die abgeschoben werden sollen, gegen den Protest der behandelnden Ärztinnen und Ärzte während einer notwendigen stationären psychiatrischen Behandlung zwangsweise aus Krankenhäusern geholt und abgeschoben.

Dies stellt einen erheblichen Eingriff in ärztliche Entscheidungsbereiche und ärztliche Kompetenz dar.

Es besteht die große Gefahr, dass die hiermit verbundene Unterbrechung der notwendigen therapeutischen Maßnahmen sowie die hierdurch ausgelöste zusätzliche Belastung bei den Kranken zu einer ausgeprägten Verschlechterung ihrer Leiden führt und eine konkrete und erhebliche Gefährdung ihrer Gesundheit auslösen.

Tabakabhängigkeit/Nichtraucherschutz

1. Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-07) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Haus, Prof. Dr. B. Bertram, Herrn Kötzle und Dr. Rütz (Drucksache VIII-07a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mehr als 300 Menschen in Deutschland sterben täglich an den direkten Folgen des Tabakkonsums. Die Lebenszeit von Rauchern ist im Vergleich zu Nichtrauchern im Durchschnitt um 8 Jahre verkürzt. Ihr Risiko, einen Myokardinfarkt zu erleiden, ist im Durchschnitt doppelt so hoch wie das eines Nichtrauchers. Ihr Schlaganfallrisiko beträgt sogar das Vierfache. 90 % der Erkrankungen an einem Bronchialkarzinom sind durch das Rauchen verursacht.

70 – 80 % der Raucher erfüllen die Kriterien einer manifesten Abhängigkeitserkrankung nach der ICD-10. Etwa ein Drittel von ihnen hat im vergangenen Jahr vergeblich versucht, vom Nikotin loszukommen, die Mehrzahl ist weiterhin motiviert, das Rauchen aufzugeben.

Der Arzt oder die Ärztin können dabei wichtige Hilfen leisten. Die Wirksamkeit des ärztlichen Beratungsgesprächs in der Behandlung von Rauchern ist wissenschaftlich belegt, sie kann durch die Intensität der Beratungskontakte und u. a. durch den Einsatz von Nikotinersatzpräparaten weiter gesteigert werden.

Deshalb fordert der 108. Deutsche Ärztetag dazu auf, dass

- Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten auf das Rauchen ansprechen und ihnen Hilfen bei der Behandlung der Abhängigkeit anbieten. Insbesondere sind Schwangere und junge Eltern sowie Patienten, die bereits manifeste Folgeerkrankungen des Tabakkonsums aufweisen, zur Aufgabe des Tabakkonsums zu motivieren.

- Ärztinnen und Ärzte dafür Sorge tragen, dass Krankenhäuser rauchfrei werden. Für rauchende Mitarbeiter und Patienten sollen Möglichkeiten einer Entwöhnungsbehandlung geschaffen werden.
- verstärkt Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte zur Tabakentwöhnung an den Akademien der Landesärztekammern angeboten werden. Die Bundesärztekammer wird dafür ein Mustercurriculum erarbeiten.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt ausdrücklich, dass die WHO den diesjährigen Welt-nichtrauchertag unter das Motto "Health Professionals and Tobacco Control" gestellt hat.

Darüber hinaus fordert der 108. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung und die entscheidenden politischen Gremien auf,

- die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ärztliche Behandlungsleistungen in der Beratung und Entwöhnung von Rauchern extra-budgetär vergütet werden.
- für eine konsequente Umsetzung der Vereinbarungen des Internationalen Rahmenabkommens der WHO zur Tabakkontrolle in deutsches Recht Sorge zu tragen. Dies umfasst vor allem- eine wirksame Preispolitik für Tabakprodukte, ein umfassendes Tabakwerbeverbot, einen wirksamen Schutz vor Passivrauch in öffentlichen Gebäuden und an Arbeitsstätten sowie wirksame Aufklärungsmaßnahmen über die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums.

2. Stärkung des Nichtraucherschutzes

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-08) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die 108. Deutsche Ärztetag unterstützt die Aktivitäten verschiedener internationaler ärztlicher Organisationen, wie des Weltärztebundes (WMA) und der Konferenz der Europäischen Ärztekammern und WHO (EFMA/WHO) zur Reduzierung des Tabakkonsums. Er fordert alle ärztlichen Körperschaften, Verbände und Vereinigungen in Deutschland auf, ihre Veranstaltungen rauchfrei durchzuführen.

Die deutsche Ärzteschaft sieht dies als einen aktiven Beitrag zum Schutz vor Passivrauchen in der Öffentlichkeit, wie er unter anderem auch im internationalen Tabakkontrollabkommen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert wird.

Die deutsche Ärzteschaft unterstützt damit den Weltnichtrauchertag, der am 31.05.2005 unter dem Motto "Health Professionals against Tobacco" (Im Gesundheitswesen Beschäftigte gegen Tabakkonsum) stattfindet. Ziel solcher Veranstaltungen ist es, die spezielle Rolle von Ärzten bei dem Kampf gegen die Nikotinabhängigkeit herauszustellen und ihnen eine Hilfestellung für die Tabakentwöhnung ihrer Patienten und Kollegen zu geben.

Vergütung medizinischer Sachverständiger

1. Vergütung medizinischer Gutachten nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-09) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) vom 01.07.2004 hatte das Ziel, zeitgemäÙe und leistungsgerechte Vergütungsbedingungen für Sachverständige zu schaffen. Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen hat bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes festgestellt, dass das Ziel des Gesetzes für ärztliche Sachverständige nicht erreicht wird und deshalb sowohl die unzulänglichen Vergütungsregelungen als auch die Einstufung von Leistungen ärztlicher Sachverständiger in die Vergütungsgruppen des Gesetzes abgelehnt.

Fast ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ist festzustellen, dass die ohnehin unzureichende gesetzlich geregelte Vergütung durch die Verfahrenspraxis der Gerichte noch weiter verschlechtert wird. Gerichte, insbesondere Sozialgerichte, umgehen die gesetzliche Anhebung der Stundensätze für ärztliche Sachverständige dadurch, dass sie den Sachverständigen Zeitbudgets für ihre Gutachtenleistungen vorgeben, so dass die geringfügige gesetzliche Vergütungsverbesserung durch Zeitpauschalierung wieder entfällt. Die Vergütungsabsenkung der Schreibgebühren des JVEG führt des Weiteren dazu, dass die Kosten für Schreibkräfte aus dem Gutachtenhonorar finanziert werden müssen. Ärztliche Sachverständige sind benachteiligt, weil durch die Handhabung des Gesetzes durch Gerichte und die Unterfinanzierung der Schreibgebühren die geringe gesetzliche Verbesserung der ärztlichen Sachverständigenvergütung vollkommen aufgezehrt wird.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert das zuständige Bundesministerium der Justiz auf, für eine korrekte Anwendung des Gesetzes zu sorgen und durch eine Novellierung des JVEG eine wirkliche Verbesserung der Vergütungen ärztlicher Sachverständiger vorzunehmen.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

1. Sozialmarktwirtschaftliche Privatkrankenversicherung

Der Antrag von Dr. Ikonomidis (Drucksache VIII-11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die verantwortlichen Politiker auf, einen Paradigmenwechsel in der Krankenversicherung, hin zu einer sozialmarktwirtschaftlichen Privatkrankenversicherung, herbeizuführen.

Begründung:

Man stellt fest, dass

1. die nach nunmehr mehreren Jahrzehnten sich hinziehenden Reformen im Gesundheitswesen des Landes nicht nur keine Sanierung der GKV-Finzen herbeigeführt haben, sondern darüber hinaus die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in einem bedenklichen Ausmaß beeinträchtigt haben.

2. mühsam entstandene personelle und sonstige Kapazitäten im Gesundheitswesen des Landes durch gesetzliche Überregulierung mit einer ausufernden Bürokratie unter Missachtung des gesetzlich vorgeschriebenen Datenschutzes in einem noch nicht da gewesenen Umfang sowie wertvolle Ressourcen und innovative Kräfte der deutschen Gesellschaft und insbesondere der deutschen Wirtschaft zerstört werden, und somit der im Lande um sich greifenden Depression ein weiterer Vorschub geleistet wird.
3. alle bis dato eingeführten Reformen aus im Wesentlichen von Technokraten stammenden Unworten gegen Menschen (Bemessung, Begrenzung, Betreuung, Budgetierung, Einfrierung, Finanzierung, Honorierung, Ökonomisierung, Optimierung, Minimierung, Mobilisierung, Pauschalierung, Rationalisierung, Solidarisierung, Steuerung, Verknappung, Verteilung etc, n. Dr. med. Hans-Jürgen Blum, 1995) bestehen, die mit uns Ärzten und unserer Sprache nichts Gemeinsames haben (Paracelsus: "Im Herzen wächst der Arzt, Von Gott kommt er, Des ewigen Lichtes ist er, Der tiefste Grund aller Arznei ist die Liebe").
4. das Rad der Geschichte durch derartige Reformen, wie z. B. die Einführung von "Mammut-Ambulatorien" (MVZ) rückwärts gedreht und die ärztliche Freiberuflichkeit ruiniert wird.
Die Ärzteschaft nicht mehr bereit ist, darüber zu schweigen und sich einer abermaligen Gefahr auszusetzen, benutzt bzw. missbraucht zu werden, weil sie ihre Ethik in allen Richtungen angewandt wissen will, so auch in Bezug auf ihre eigene Behandlung durch den Gesetzgeber!

Es ist Aufgabe des Staates, Angehörigen von Berufen, die den unmittelbaren Schutz der Menschenrechte und damit der Deutschen Verfassung gewährleisten, auch den entsprechenden Schutz – in diesem Fall – für den Arzt, seine Familie und seine Existenz im Rahmen der freien Berufsausübung zu garantieren.

2. Eckpunkte zur Finanzierung des Gesundheitswesens

Der Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VIII-17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 108. Deutsche Ärztetag sehen langfristig die Notwendigkeit, die Finanzierung des Gesundheitswesens umzustrukturieren, weg von der rein lohnbezogenen Basis. Das Modell einer generellen Versicherungspflicht für alle ("Bürgerversicherung") wird begrüßt, wenn

1. das Solidarprinzip gewahrt wird, d. h. das allgemeine Krankheitsrisiko unabhängig von Alter, Geschlecht, körperlichen Einschränkungen, Krankheitshäufigkeit und sozialem Status abgesichert bleibt.
2. keine einseitigen zusätzlichen Belastungen für Kranke zugunsten der Gesunden geschaffen werden.
3. die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben wird, also alle Menschen einschließlich der bisher privat Versicherten unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen in das solidarisch finanzierte System aufgenommen werden.
4. nicht nur Löhne und Gehälter, sondern grundsätzlich alle Einkünfte unter Wahrung ausreichender Freibeträge zur Finanzierung herangezogen werden.
5. auch die Arbeitgeber einen angemessenen, möglichst paritätischen Beitrag zur Finanzierung leisten, z. B. über gewinnbezogene Wertschöpfungsabgaben.
6. die Beitragsbemessungsgrenze angehoben bzw. langfristig aufgehoben wird, mit dem Ziel einer dem Steuersystem entsprechenden gerechteren Inanspruchnahme höherer Einkommen.

7. die Zuzahlungen für Kranke wieder abgeschafft werden, weil sie chronisch Kranke und Arme benachteiligen und damit vor allem unerwünschte Steuerungseffekte haben. Allerdings bleibt die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung unser Hauptanliegen. Diese kann nicht nur neue finanzielle Spielräume schaffen, sondern wird auch und vor allem zu einer humaneren und effizienteren medizinischen Versorgung führen.

3. *Datentransparenz in der Integrierten Versorgung*

Auf Antrag von Dr. Munte und Dr. Kaplan (Drucksache VIII-51) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, dafür Sorge zu tragen, dass die für eine sinnvolle Steuerung der ambulanten Versorgung notwendigen Informationen über abgeschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V allgemein verfügbar gemacht werden.

Die erforderliche Transparenz kann nur hergestellt werden, wenn die Krankenkassen verpflichtet sind, den Gegenstand des Vertrags, die Vertragspartner, die vereinbarte Vergütungsform und das geschätzte Vergütungsvolumen, die geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten sowie Beginn und Dauer der Integrierten Versorgung zu veröffentlichen.

Begründung:

Zur Bereinigung der Gesamtvergütungen um die für die Integrierte Versorgung aufgewendeten Beträge haben die beteiligten Verbände eine gemeinsame Registrierungsstelle gebildet. Diese Stelle ist die einzige Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, verlässliche Informationen über die Integrierte Versorgung zu erhalten. Die Informationen werden jedoch ausschließlich zu dem Zweck weitergegeben, eine Zahlungskürzung dem Grunde und der Höhe nach nachvollziehen zu können; sie dürfen für andere Zwecke nicht verwendet und an Dritte nicht weitergegeben werden. Die zur Verfügung gestellten Informationen ergeben somit kein umfassendes Bild über Änderungen in der Versorgungslandschaft, womit die Kassenärztlichen Vereinigungen daran gehindert sind, eigene kassenübergreifende Versorgungskonzepte sinnvoll mit der Integrierten Versorgung zu verknüpfen und bestehenden Handlungsbedarf für neue Versorgungskonzepte festzustellen.

4. *Ersatz des Sachleistungssystems durch ein Kostenerstattungssystem in der GKV*

Der Antrag von Dr. Rütz, Dr. Rohde, Herrn Stagge, Dr. Sülz, Prof. Dr. B. Bertram und Dr. Hammer (Drucksache VIII-64) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Keller (Drucksache VIII-64a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer dazu auf, Modelle zu prüfen, wie das Sachleistungssystem durch ein Kostenerstattungssystem als Regelfall der Krankenversicherung abgelöst werden kann und die Ergebnisse auf dem 109. Deutschen Ärztetag vorzustellen.

Begründung:

Das Sachleistungssystem ist als Regelversicherung für über 90 % der Bevölkerung ungeeignet und zu einem System der Mangelverwaltung degeneriert. Auch die Per-

fektionierung in Form einer Bürgerversicherung wird die grundsätzlichen Webfehler nicht beseitigen.

Die systemimmanente Intransparenz induziert zum Teil groteske Kontrollmechanismen, die dem System einerseits erhebliche finanzielle Mittel entziehen und es andererseits durch die damit verbundene überbordende Bürokratie innerlich lähmen. Sie leistet damit einen entscheidenden Beitrag zur Berufsunzufriedenheit der Kollegen.

Es liegt in unserem ureigensten Interesse, einen konstruktiven Vorschlag zu erarbeiten, der vor allem den jüngeren Kollegen eine berufliche Zukunftsperspektive bietet.

5. Praxisgebühr, Zuzahlungen

Auf Antrag von Dr. Gudat (Drucksache VIII-83) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Praxisgebühr und Zuzahlungen dürfen bei nachweislich Armen nicht erhoben werden. Der Nachweis kann durch einen Befreiungsausweis der Krankenkasse oder Ähnliches geführt werden.

Die Umsetzung der bisherigen gesetzlichen Regelung hat die Notwendigkeit eines barrierefreien Zugangs zum Arzt belegt, um die Verschleppung von Krankheiten zu vermeiden.

6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Durchführung von Studien

Der Antrag von Prof. Dr. Dr. Dr. Adam (Drucksache VIII-60) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag hält es für erforderlich, dass vor Einführung neuer medizinischer Verfahren, diagnostischer Maßnahmen oder Therapien Studien in geeigneten Einrichtungen zur Überprüfung von Validität und Praktikabilität durchgeführt werden. Der G-BA sollte in die Lage versetzt werden, solche Studien in Auftrag zu geben, wenn diese bei Antragstellung auf Bewertung einer Maßnahme durch den G-BA nicht vorliegen.

Begründung:

Neue Verfahren, Methoden und Therapien sollen erst dann als erstattungsfähig durch den G-BA anerkannt werden, wenn sie zuvor in entsprechenden Erprobungsphasen (Studien) in dazu geeigneten Einrichtungen validiert worden sind.

7. Verfahrensverordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses: Evidenzbasierte Behandlung im Krankenhaus

Der Antrag von Dr. Munte (Drucksache VIII-77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf, den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.03.2005 über eine sektorenübergreifende Verfahrensordnung zeitnah zu genehmigen.

Begründung:

Mit der neuen Verfahrensordnung sollen die bestehenden Unterschiede in der evidenzbasierten Methodenanwendung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung der Patienten beseitigt werden. Bedauerlich ist, dass sich sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft als auch die Patientenvertreter ausdrücklich gegen die neue Verfahrensordnung ausgesprochen haben, weil sie die darin einheitlich aufgestellten Anforderungen an die Evidenz der Methodenbewertung für sich nicht akzeptieren.

Es ist jedoch nicht begründbar, warum im stationären Bereich weiterhin unvalidierte Methoden zur Anwendung gelangen sollen, während in der ambulanten Versorgung die Evidenz der Methode nachgewiesen sein muss. Der medizinische Fortschritt kann am Krankenhaus auch nach Umsetzung der Verfahrensrichtlinie im Rahmen von Modellprojekten sichergestellt werden. Grundsätzlich ist aber auch für den stationären Bereich zu fordern, dass Patienten nur auf der Grundlage anerkannter Methoden behandelt werden sollen.

Disease-Management-Programme (DMP)

1. Eckpunkte für Disease-Management-Programme

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-06) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung von Disease-Management-Programmen ist sowohl im SGB V als auch in der Risikostrukturausgleichsverordnung verankert. Aufgrund der heterogenen Ausgestaltung der Verträge in den einzelnen Bundesländern sind große Unterschiede in den Vereinbarungen und bei der jeweiligen Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beobachten. Zwei Jahre nach Inkrafttreten der ersten DMP-Verträge sind nunmehr die ersten Qualitätssicherungsberichte sowie die Kriterien zur Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen des Bundesversicherungsamtes veröffentlicht worden.

Trotz der wenigen, aber durchaus ermutigenden ersten Zwischenergebnisse ist und bleibt es im Interesse der chronisch kranken Patientinnen und Patienten erforderlich, auf folgende grundsätzliche Schwachpunkte der strukturierten Behandlungsprogramme in der gesetzlichen Krankenversicherung hinzuweisen:

1. Es sind keine Aussagen über die etwaigen therapeutischen oder gesundheitsökonomischen Vorteile der Disease-Management-Programme im Vergleich zur Regelversorgung möglich. Da keine Vergleiche durchgeführt werden, ist es auch nicht möglich festzustellen, ob die eigentliche Zielgruppe unter den Patientinnen und Patienten eines DMPs, die von der Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm profitieren könnten, tatsächlich erreicht wird. Gleichzeitig ist der Aufwand, der betrieben werden muss, um zum Beispiel ohnehin gut eingestellte Diabetiker in strukturierte Behandlungsprogramme zu schleusen und zu halten, gewaltig.
2. Ein weiterer Schwachpunkt ist, dass eine Evaluation von Langzeitergebnissen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen oder des Mammakarzinoms nicht möglich sein wird, weil die DMP-Daten – da personenbezogen erhoben – nach einer Frist von sieben Jahren vernichtet werden müssen.
3. Außerdem sind die Auswirkungen strukturierter Behandlungsprogramme auf die krankheitsspezifische Lebensqualität chronisch kranker Patientinnen und Patien-

ten oder von Mammakarzinom-Patientinnen bislang unzureichend erfasst. Die Ärzteschaft begrüßt deshalb, dass das Bundesversicherungsamt in seinem Evaluationskonzept den Aspekt der Auswirkungen strukturierter Behandlungsprogramme auf die Veränderung der subjektiven Lebensqualität berücksichtigt. Nach den Vorstellungen des Bundesversicherungsamts soll die Erhebung zur Lebensqualität der Patientinnen und Patienten alle zwei Jahre erfolgen, erstmals zum Zeitpunkt der Einschreibung in das Programm. Die Ärzteschaft geht davon aus, dass dieser zusätzlichen Aufwand von den zur Evaluation verpflichteten Krankenkassen geleistet werden wird.

Es bleibt abzuwarten, mit welchem Nachdruck die Krankenkassen die Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen weiterverfolgen werden, wenn der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ins Haus steht. Bei der Themenfindung, Entwicklung und Umsetzung neuer strukturierter Behandlungsprogramme sollten in Zukunft unbedingt folgende Eckpunkte beachtet werden:

- Strukturierte Behandlungsprogramme sollten nur dort eingesetzt werden, wo definierte Versorgungsdefizite bestehen. Alles andere geht an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, die von einer zusätzliche Unterstützung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm profitieren könnten, vorbei und stellt eine Vergeudung von GKV-Beiträgen nach dem Gießkannenprinzip dar. Die gigantische Fehlentwicklung durch die Koppelung von strukturierten Behandlungsprogrammen und Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen muss beendet werden.
- Wenn strukturierte Behandlungsprogramme die wirklich unterstützungsbedürftigen Patientinnen und Patienten erreichen sollen, müssen die erhobenen Daten zügig ausgewertet und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vor Ort zügig zurückgekoppelt werden. Effektive Feedbacksysteme und funktionierende Erinnerungssysteme existieren bislang aber nur vereinzelt.
- Die Dokumentationsanforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme müssen sich auf möglichst wenige, wissenschaftlich gesicherte Qualitätsindikatoren begrenzen. Qualitätsindikatoren haben aus Sicht der Ärzteschaft primär die Funktion, die Aufmerksamkeit auf diejenigen Teilbereiche hinzu lenken, für die im Hinblick auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten besonderer Handlungsbedarf besteht, und dürfen nicht nur einer speziellen Auswahl von Leistungserbringern aus Sicht der Krankenkassen oder der Risikoselektion unter den Patientinnen und Patienten dienen.
- Die Evaluation des Nutzens strukturierter Behandlungsprogramme für die Stabilisierung und Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sollte ehrlich sein. Hierzu zählt eine Messung der Auswirkungen strukturierter Behandlungsprogramme auf die krankheitsspezifische Lebensqualität chronisch kranker Patientinnen und Patienten und Brustkrebs-Patientinnen sowie ein Vergleich zur sogenannten Regelversorgung dieser Patientinnen und Patienten. Allerdings entzieht der gewaltige Aufwand, der zur Implementierung der strukturierter Behandlungsprogramme betrieben werden muss, der Regelversorgung die Mittel, was einen fairen Vergleich erschwert. Umso wichtiger ist es, dass wenigstens in Zukunft vor einer flächendeckenden Einführung neuer strukturierter Behandlungsprogramme eine wissenschaftlich fundierte Pilotierung vorgeschaltet wird, wie zum Beispiel in den USA, wo derzeit eine prospektiv vergleichende Studie zu DMPs für Medicare-Patienten mit Herzinsuffizienz und Diabetes anläuft.

2. Datenschutzverletzung bei DMP

Der Antrag von Dr. Ikonomidis (Drucksache VIII-10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag drückt hiermit seine Bestürzung aus,

1. über die durch die Medien (ARD-Monitor-Sendung vom 17.03.2005) bekannt gewordenen "kriminellen" Datenverluste und -verkäufe von sensiblen, nicht anonymisierten Datensätzen aus den DMP's,
2. über die nach obigen Ereignissen durch Frau Bundesministerin Ulla Schmidt im Deutschen Bundestag initiierte und herbeigeführte posthume Legalisierung einer offensichtlichen und unstrittigen Verletzung des Arztgeheimnisses und des Datenschutzes (§ 4, § 44 und § 39 des BDSG/ § 203ff. StGB) durch eine Erweiterung des § 137 SGB V um einen Absatz 6, veröffentlicht im BGVI. I, Art. 4, S. 818, vom 29.03.2005) und
3. über die für uns Ärzte aus unverantwortlichem Umgang der Politik und der öffentlichen Hand mit dem Thema "Schutz des Arztgeheimnisses" nun zu ziehenden Konsequenzen. Wir Ärzte als datenschutzrechtlich verantwortliche „Schnittstelle“ zwischen Patient und Krankenkasse/Staat müssen das Arztgeheimnis als Schutzrecht des Patienten garantieren oder diesen aufklären und schriftlich einwilligen lassen, dass wir es nicht mehr gewährleisten können. Er empfiehlt allen Kollegen, ihre Patienten darüber schriftlich aufzuklären und dies schriftlich bestätigen zu lassen. Ein entsprechendes Formular wird im Internet zum Download angeboten.

Der 108. Deutsche Ärztetag hat volles Verständnis für Ärzte, welche aufgrund obiger Vorkommnisse ihre freiwillige Mitwirkung bei den DM-Programmen eingestellt haben und einstellen werden.

3. Entkopplung der Disease-Management-Programme (DMP) vom Risikostrukturausgleich

Auf Antrag von Dr. Munte (Drucksache VIII-37) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Disease-Management-Programme (DMP) vom Risikostrukturausgleich der Krankenkassen zu entkoppeln.

Begründung:

Die Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich führt zu Rahmenbedingungen für die Programme, die den organisatorischen Aufwand für die Umsetzung der DMPs massiv erhöhen. Durch die Kosten der daraus resultierenden Bürokratie werden der Patientenversorgung dreistellige Millionenbeträge entzogen, so dass diese grundsätzlich sinnvollen Programme für chronisch Kranke u. U. die Versorgungsqualität dieser Kranken gefährden, statt sie zu verbessern.

Datenschutz

1. Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der Führung des Substitutionsregisters

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache VIII-62) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert in Zusammenhang mit der Führung eines Substitutionsregisters die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Er hält es nicht für zulässig, dass patienten- oder/und arztbezogene Daten des Registers im Sinne der Amtshilfe an ermittelnde Behörden weitergegeben werden.

Begründung:

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) schreibt die Einrichtung eines Substitutionsregisters in § 5 a (BtMVV) vor. Dort ist festgelegt, dass die Daten des Substitutionsregisters nur verwendet werden dürfen, um

1. das Verschreiben eines Substitutionsmittels durch mehrere Ärzte für denselben Patienten und denselben Zeitraum frühestmöglich zu verhindern,
2. die Erfüllung der Mindestanforderungen nach § 5 zu überprüfen und
3. das Verschreiben von Substitutionsmitteln entsprechend den Vorgaben nach § 13 statistisch auszuwerten.

Die strengen Vorschriften der BtMVV tragen der möglichen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht Rechnung, die durch die Weitergabe sensibler Patientendaten entstehen können. Der behandelnde Arzt und sein substituierter Patient müssen davon ausgehen können, dass die weitergegebenen Daten nur dazu verwendet werden, wozu sie erhoben wurden. Sollte der Arzt nicht auf diese Vorschriften und die Datensicherheit bauen können, macht er sich schuldig nach § 203 StGB (Schweigepflichtverletzung). Angedrohtes Strafmaß sind 2 Jahre oder Geldstrafe.

Wenn die Bundesopiumstelle auf Nachfrage mitteilt, dass sie es für angemessen hält, der Staatsanwaltschaft sowie der Polizei nach § 160/161 Strafprozessordnung (StPO) Auskunft zu erteilen, verletzt sie das in sie gesetzte Vertrauen.

Wir dürfen in Bereich des Schutzes der Patientendaten keine Kompromisse eingehen.

Arzneimittel

1. Arzneiverordnungen

Der Antrag von Prof. Dr. Adam (Drucksache VIII-52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag möge beschliessen, dass die künftige Veröffentlichung der "Arzneiverordnungen" gesichert bleibt.

Begründung:

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Fachausschuss der Bundesärztekammer) hat nach ihrem Statut die Aufgabe, das Buch "Arzneiverordnungen" herauszugeben. Obwohl wirtschaftlich nicht erfolgreich, ist es das einzige von der Ärzteschaft selbst herausgegebene Werk, das kritische und unabhängige Bewertungen von Werkstoffen (Arzneimitteln), mit Hinweisen zur wirtschaftlichen Ver-

ordnung enthält. Ein solches Werk muss unter allen Umständen erhalten bleiben, insbesondere angesichts zahlreicher anderer ähnlicher nicht unabhängiger Publikationen. Das Erscheinen der 22. Auflage 2006 ist gefährdet, da der Deutsche Ärzte-Verlag nach streng profitorientierten Aspekten handelt.

2. Schaffung einer unabhängigen Zulassungsstelle für Pharmakovigilanz ohne marktpolitische Orientierung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Dr. Adam (Drucksache VIII-66) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

1. Die Umwandlung einer dem vorbeugenden Gesundheitsschutz verpflichteten Bundesoberbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM) in eine marktpolitisch ausgerichtete Institution (Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukte-Agentur (DAMA)), deren primäres Ziel Dienstleistung für die pharmazeutische Industrie ist, dient nicht dem Interesse der Patienten und Ärzte.
2. Den Gefahren einer übereilten Zulassung von Arzneimitteln mit unbekanntem Risiken kann nur gegengesteuert werden durch eine von der Zulassung strikt unabhängige Zulassungsstelle für Pharmakovigilanz.
3. Die bisher zwischen Bundesärztekammer und BfArM etablierte Zusammenarbeit im Bereich der Arzneimittelsicherheit muss erhalten bleiben.

Begründung:

Die Umwandlung der Arzneimittel-Zulassungsbehörde BfArM in eine Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukte-Agentur, die sich als Dienstleisterin der Pharmazeutischen Industrie versteht, dient nicht den Interessen der Patienten und Ärzte.

3. Vertretung der Ärzteschaft im Verwaltungsrat der Deutschen Arzneimittel- und Medizinproduktagentur

Der Antrag von Prof. Dr. Dr. Dr. Adam (Drucksache VIII-66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die verfasste Ärzteschaft fordert, im achtköpfigen Verwaltungsrat der DAMA ggf. mit wenigstens einer Stimme vertreten zu sein.

4. Rücknahme der Regelung zu OTC-Präparaten

Auf Antrag von Dr. Streibl (Drucksache VIII-95) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag appelliert an den Gesetzgeber, den Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus der Erstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch für 12- bis 18Jährige zurückzunehmen (Over-The-Counter-Regelung (OTC)).

Die Tatsache, dass wirksame Medikamente mit geringen Nebenwirkungen aus der Erstattung der GKV für über 12jährige Versicherte ausgeschlossen wurden, führt zu Rechtsunsicherheit für die Ärztinnen und Ärzte und zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung z. B. im Bereich der Behandlung von Allergien, Hauter-

krankungen und chronischen Lungenerkrankungen. Vorgesehene Einsparungen konnten durch diese Bestimmung nicht bewirkt werden.

Der Grundsatz – Ärztinnen und Ärzten darf aus der Verordnung wirksamer Medikamente in adäquater Dosierung bei richtiger Indikation kein Nachteil durch Regress oder Prüfverfahren entstehen – wie er bei früheren Ärztetagen mehrfach beschlossen wurde, muss fortbestehen.

Krankenhaus

1. Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten

Auf Antrag von Dr. Pickerodt, Dr. Albers, Dr. Schwarzkopf-Steinhauser und Frau Dr. Schule (Drucksache VIII-12) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In Sorge um die Patienten in den deutschen Krankenhäusern, in denen sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten dramatisch verschlechtern, worunter die Versorgung der Patienten leidet, fordert der 108. Deutsche Ärztetag von den Krankenhausbetreibern und den Krankenkassen für alle Ärztinnen und Ärzte:

1. Die Versorgungsqualität für die Patienten muss gewährleistet sein. Deswegen darf es keinen weiteren Abbau von Arztstellen in den Krankenhäusern geben.
2. Da das aktuelle ärztliche Wissen die Basis für die Qualität der Behandlung ist, müssen Fort- und Weiterbildung durch entsprechende Dienstbefreiung sowie interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Krankenhausbetreibers sichergestellt werden.
3. Die Einführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste ist abzulehnen.
4. Menschliche Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte müssen Realität werden. Die notwendigen Bedingungen für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes einschließlich der EU-Richtlinien müssen hergestellt werden.
5. Die Existenzsicherung der Ärztinnen und Ärzte muss garantiert sein durch unbefristete Arbeitsverträge in der Weiterbildung und für Fachärzte sowie durch die Einhaltung des Flächentarifvertrages und die Wiederherstellung tariflich gesicherter Arbeitsbedingungen mindestens auf erreichtem BAT-Niveau.
6. Ärzte müssen von nichtärztlichen Tätigkeiten, insbesondere von redundanter Verwaltungstätigkeit entlastet werden.

Begründung:

Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern findet derzeit weitgehend als ein Wettbewerb um Kostensenkung und nicht um Qualität der Patientenversorgung statt. Darunter leiden die Patienten, aber auch die Ärztinnen und Ärzte, die die Zuwendung zum Patienten als essentiellen Bestandteil ihres Berufes verstehen. Die Folge dieser Entwicklung ist eine Demotivation vor allem der jüngeren Ärztinnen und Ärzte. Dies muss Folgen haben für die Zukunft der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, die in allen Konsequenzen noch gar nicht absehbar sind.

2. Arbeitszeitgesetz

Auf Antrag von Dr. Ikonomidis (Drucksache VIII-15) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert alle Krankenhausträger auf, angesichts der äußerst angespannten Situation im Gesundheitswesen des Landes und insbesondere der alltäglichen Abwanderung mühsam und teuer ausgebildeter Mediziner ins Ausland, nicht nur das geltende Arbeitszeitgesetz umzusetzen, sondern darüber hinaus auch auf den Abschluss von befristeten Arbeitsverträgen zu verzichten!

Begründung:

Bei Fortführung der bisherigen Haltung der deutschen Krankenhausträger laufen wir Gefahr, einerseits weitere qualifizierte Ärztinnen und Ärzte durch Abwanderung ins Ausland zu verlieren, andererseits wegen fehlender Attraktivität der stationären, ambulanten und forschenden Gesundheitssektoren auch keinen Nachwuchs aus den Universitäten zu erhalten! Ärztinnen und Ärzte haben Anspruch auf eine geregelte, zumutbare Arbeitszeit und gerechte Chancen für Existenz-, Lebens- und Familienplanung. Mut für einen Beruf darf eingefordert werden, solange dieser Mut nicht zur Zumutung wird.

3. DRG-Auseinandersetzungen verursachen Kosten

Auf Antrag von Dr. Ungemach und Dr. Benk (Drucksache VIII-20) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen und finanziellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass den Krankenhäusern der Aufwand erstattet wird, der nötig ist, wenn es zu Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen wegen Abrechnungen und Kodierungen nach dem DRG-System kommt.

4. Strahlenschutzkurse sowie Rettungsdienstkurse

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Dr. Mitrenga, Dr. Ungemach, Frau Dr. Gitter, Dr. Emminger, Herrn R. Henke und Dr. U. Wolter (Drucksache VIII-21) und auf Antrag von Dr. Voigt (Drucksache VIII-76) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert alle Krankenhausträger auf, sämtliche Kosten für Strahlenschutzkurse zu übernehmen, die Ärztinnen und Ärzte absolvieren müssen, um selbstständig in Bereitschaftsdiensten Anordnungen für Röntgenuntersuchungen treffen zu können und für eine entsprechende Freistellung zu sorgen.

Diese Kurse dienen vor allem der Sicherstellung der Dienste und nutzen somit dem Krankenhaus.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert darüber hinaus den Bundesgesetzgeber auf, die Strahlenschutzkurse als gebührenfreien Teil in das Medizinstudium zu integrieren.

Vergleichbares muss auch für notwendige Rettungsdienstkurse gelten.

5. Krankenhausverkäufe

Der Antrag von Dr. Emminger und Frau Dr. Lux (Drucksache VIII-22neu) wird in zweiter Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Länder als Träger des Versorgungsauftrages einer stationären Versorgung auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge dadurch wahrzunehmen, dass sie je nach Rechts- und Betriebsform als Gesellschafter oder Betreiber und Eigentümer ihrer Krankenhäuser in dieser Eigenschaft verbleiben und private Anbieter allenfalls als Minderheitsbeteiligungen zulassen.

6. Weiterbildung im Krankenhaus in Diagnosis-Related-Groups (DRG)-Fallpauschalkalkulation Berücksichtigen

Auf Antrag von Herrn Veelken (Drucksache VIII-39) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, darauf hinzuwirken, dass in die den DRG-Pauschalen hinterlegten Kostenberechnungen Euro-Beträge für Weiterbildungsaufwendungen junger Ärzte einbezogen werden.

Begründung:

Ein wesentlicher Teil der Vergütungspauschale, beispielsweise operativer DRGs, besteht aus der Vergütung für OP-Minuten, entsprechend der Schnitt-Naht-Zeit. Hierbei werden regelmäßig durchschnittliche OP-Dauern zu Grunde gelegt, die von einem Weiterbildungsassistenten nicht entfernt erreicht werden können.

Medizin als Erfahrungswissenschaft benötigt ihrer Natur nach jedoch praktische Weiterbildung auch in Form von Erlernen manueller Fertigkeiten unter fachärztlicher Aufsicht. Ohne materielle Abbildung dieser Weiterbildungsnotwendigkeit in der DRG-Vergütung wird ärztliche Weiterbildung von vielen Krankenhausträgern unter verschärften Wettbewerbsbedingungen und dem politisch gewollten Erfordernis der Realisierung karger Gewinnmargen nicht mehr zu leisten sein. Dies wird mittelfristig zu einer massiven Verschlechterung der Weiterbildung führen.

7. Überprüfung der Referenzkrankenhäuser zur Erhebung von INEK-Daten

Auf Antrag von Dr. Albers (Drucksache VIII-50) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag in zweiter Lesung:

Die Landesärztekammern überprüfen die Krankenhäuser ihrer Region, die Vergleichsdaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) liefern:

- ob dort das Arbeitszeitgesetz eingehalten wird,
- ob dort Überstunden erfasst und durch Freizeit ausgeglichen oder vergütet werden,
- ob fachübergreifende Dienste zu leisten sind,
- ob die zugrundeliegende Tarifstruktur BAT-Niveau entspricht und

- ob Weiterbildung im entsprechenden Umfang gewährleistet ist.

Die Ergebnisse dieser Überprüfung werden den anderen Landesärztekammern zur Verfügung gestellt.

Begründung:

Die von diesem Institut erfassten Daten liefern den Krankenhausträgern zunehmend die Grundlage, den Abbau von Arztstellen nach scheinbar objektiven Kriterien zu forcieren.

Vergleichsdaten können aber nur Krankenhäuser liefern, die die oben genannten Bedingungen erfüllen.

8. Krankenhäuser haben keine Rationalisierungsreserven

Auf Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache VIII-53) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die bisher beratenen und zum Teil beschlossenen Landesbasisfallwerte zwingen viele Krankenhäuser in rote Zahlen, die vermuteten Rationalisierungsreserven bestehen nicht.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert von den politischen Entscheidungsträgern, die Politik der Schließung von Krankenhäusern nicht weiter zu verfolgen. Diese Politik bedeutet Rationierung in Deutschland.

Gleichzeitig nimmt diese Politik eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in Kauf, obwohl dies schon jetzt als Ursache des Ärztemangels erkannt ist.

9. Verantwortung leitender Krankenhausärzte

Auf Antrag von Dr. Lindhorst, PD Dr. A. Scholz, Dr. Mitrenga und Prof. Dr. Lob (Drucksache VIII-56) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag weist die leitenden Krankenhausärzte darauf hin, dass ökonomischer Sparzwang nicht über Kollegialität gehen darf.

Leitende Krankenhausärzte müssen verantwortungsbewusst für die ausreichende Weiterbildung, die Bezahlung notwendiger Überstunden, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und ein Klima der Kollegialität in ihren Kliniken sorgen. Hierzu verpflichtet sie die Berufsordnung. Die Landesärztekammern sind verpflichtet, diese Verstöße zu ermitteln und zu ahnden. Wer diesen Kriterien nicht gerecht wird, ist nicht als Weiterbilder geeignet.

10. Votum gegen die Privatisierung von Universitätskliniken und Kliniken

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth und Dr. Albers (Drucksache VIII-70) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache VIII-70a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag spricht sich gegen die Überführung von Universitätskliniken in profit-orientierte private Trägerschaften aus. Gleiches gilt für die Überfüh-

zung von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft in Kliniken mit profit-orientierter privater Trägerschaft.

Unter dem Prinzip der Gewinnmaximierung bedeutet ausreichend honorierte ärztliche Arbeit und die Versorgung kostenintensiver multimorbider Patientengruppen Renditeschmälerung.

Begründung:

Die negativen Folgen der Unterordnung der Interessen von Patienten und Beschäftigten unter die Gewinninteressen der Eigentümer sind bekannt, wenn auch bisher nicht durch eigene Forschungsdaten (fehlende Versorgungsforschung) belegt.

Kanadische Untersuchungen an 26 000 Krankenhäusern und 38 Millionen Patientinnen und Patienten belegen eine höhere Sterblichkeit in profitorientierten als in öffentlichen Krankenhäusern (Canadian Medical Association Journal (CMAJ), 166, 2002, p. 1399).

Privatisierung bedeutet in letzter Konsequenz immer Durchsetzung des Prinzips, durch Minimierung von Leistung eine Maximierung des Gewinns zu erzielen. Minimierung von Leistung bedeutet aber Abbau von Qualität und verstärkter Abbau von Personal, weil menschliche Dienstleistung der Gewinnabschöpfung im Wege steht.

Die Benachteiligung besonders kostenintensiver Patientengruppen wie Arme, Alte, Chronischkranke und Multimorbide ist die Folge.

„Wo ein Krankenhaus durch privates Kapital betrieben wird, das eine Rendite abwerfen muss, da ist ein Interessenkonflikt zwischen bester Patientenversorgung und Gewinninteressen der Eigentümer vorprogrammiert...

...Im Kern geht es dabei um wirtschaftlich begründete Forderungen und Nötigungen an Ärzte und Pflegende, wichtige medizinische Leistungen vorzuenthalten oder abzubrechen.“

(Dt. Ärzteblatt 36, 2004, 1995 – 1998)

11. Stärkung der klinischen Forschung an den Universitätskliniken

Auf Antrag von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. Lob und Frau Dr. Borelli (Drucksache VIII-46) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Für die Hochschulmedizin wird seit jeher die Einheit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung beschworen. Führende Wissenschaftler und Lehrstuhlinhaber bezweifeln heute jedoch, dass diese Einheit tatsächlich noch qualifiziert aufrecht erhalten und geleistet werden kann. Da sich darüber hinaus leider die hierarchischen Strukturen an den Universitätskliniken immer noch nicht geändert haben, wandert der wissenschaftliche Nachwuchs zunehmend ins Ausland ab, weil er dort für seine Forschung günstigere Arbeitsbedingungen sieht.

Die defizitäre Krankenversorgung in vielen Universitätskliniken wird zunehmend von den für Lehre und Forschung zur Verfügung gestellten Finanzmitteln (auch Drittmitteln) quer subventioniert. Deshalb fordert der Deutsche Ärztetag wiederholt eine strikte Trennung dieser Haushalte.

Tarifrecht

1. Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. H.-U. Schröder und Frau Dr. Kramer (Drucksache VIII-16) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag solidarisiert sich nachdrücklich mit den Forderungen der jungen Ärztinnen und Ärzte bezüglich ihrer berechtigten tarifpolitischen Forderungen.

2. Einkommenssituation der Klinikärzte

Auf Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache VIII-29) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Teilnehmer des 108. Deutschen Ärztetages fordern von den Arbeitgebern und den verantwortlichen Politikern, dass bei dem derzeitigen Tarifwechsel von BAT auf TVöD keine EinkommenseinbuÙen bei den Klinikärztinnen und -ärzten entstehen dürfen, da dadurch der Arztberuf in den Kliniken weiterhin unattraktiv bleibt und der Nachwuchs alternative Berufsfelder anstrebt.

3. Tarifpolitik für Krankenhausärzte familienfreundlich gestalten

Auf Antrag von Frau Dr. Berendes, Frau Dr. Bunte, Dr. Schröder, Frau Künanz und Dr. Hülskamp (Drucksache VIII-35) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die aktuelle Tarifpolitik zielt darauf ab, familienpolitische Aspekte nicht mehr zu berücksichtigen. Durch den neuen Tarifvertrag im öffentlichen Dienst werden Familien mit Kindern finanziell schlechter gestellt.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher den Gesetzgeber auf, hier für einen finanziellen Ausgleich zu sorgen.

4. Abbildung ärztlicher Leistungen im Tarifrecht öffentlicher Dienst (TVöD)

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache VIII-73) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Vertragsparteien dazu auf, unter anderem die folgenden Punkte im Sinne der Ärzteschaft nachzubessern:

- Die ärztliche Weiterbildung kann einen mehrfachen Wechsel des Arbeitsplatzes bedeuten. Daher muss sich die Höherstufung im TVöD nach der Gesamtzeit der ärztlichen Berufstätigkeit, nicht nach Dienstzugehörigkeit zu einem Arbeitgeber richten.
- Die Vergütungstabelle des TVöD bildet nicht das Gesamt-Leistungsspektrum des Arztberufes ab. Hier sind arzt-spezifische Zulagen gefordert, die eine Per-

spektive für ärztliche Führungspositionen darstellen und auch herausragende Fachkräfte entsprechend entlohnen.

Begründung:

Die Arbeitsbelastung und Verantwortung des Arztberufes muss in der Tarifstruktur abgebildet werden. Es ist absehbar, dass die derzeitig geplanten Arbeitsbedingungen den Trend zum Abwandern der deutschen Ärzte ins Ausland verstärken. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung müssen Anreize geschaffen werden, um dies zu verhindern, damit sich der Ärztemangel an deutschen Krankenhäusern nicht verstärkt.

Prävention

1. Gesundheitsförderung und Prävention

Auf Antrag von Dr. Rohde, Dr. Schüller und Dr. Sülz (Drucksache VIII-18) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Landesgesetzgeber auf, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung regelhaft in den Lehrplan des Schulunterrichts zu integrieren.

Begründung:

Die im Präventionsgesetz vorgesehenen Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention können nur dann die gewünschte Effizienz haben, wenn sie möglichst flächendeckend, alle Lebenswelten erfassend, umgesetzt werden können. Nach dem Setting-Ansatz der WHO ist hier besonders an Kindergärten und Schulen gedacht.

Das Projekt "Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in der Primarstufe" der Ärztekammer Nordrhein und AOK Rheinland hat gezeigt, dass hiervon nicht nur Kinder sondern auch Eltern und Lehrer stark profitieren. Darüber hinaus ist diese Vorgehensweise die preiswertere und damit auch ökonomischste Maßnahme mit größtmöglichem Ergebnis.

2. Mitwirkung der Ärzteschaft bei Präventionsgesetzen

Auf Antrag von Dr. Windhorst und Dr. Berendes (Drucksache VIII-36) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Präventionsgesetz darf die Ärzteschaft nicht ausgrenzen. Die Ärzteschaft mit ihren Selbstverwaltungsorganisationen muss bei der Formulierung und Durchführung von Präventionszielen beteiligt sein. Dies muss gesetzlich garantiert sein.

3. Präventionsgesetz

Auf Antrag von Frau Dr. Berendes, Frau Dr. Bunte und Dr. Windhorst (Drucksache VIII-38) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Ärzteschaft ist bei der Ausgestaltung und Umsetzung des Präventionsgesetzes mit einzubeziehen, nicht nur im Kuratorium als beratendes Mitglied, sondern insbe-

sondere auch auf Länderebene bei der Umsetzung der lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen.

Begründung:

Das Präventionsgesetz (jetzt auch vom Bundesrat verabschiedet) stellt die Umsetzung der lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen (Settingansatz) in die Aufgabe der Länder. Es gibt bereits viele auch gut evaluierte Settingprojekte auf Landesebene, die von der Ärzteschaft, insbesondere von den ärztlichen Körperschaften, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und Vertragsärzten initiiert und begleitet werden. Statt hier gut funktionierende Projekte zu erschlagen, sollte eine gute Vernetzung und Evaluation unter Einbezug ärztlichen Sachverständes erfolgen.

4. Präventionsprogramme für Diabetiker

Auf Antrag von Dr. Munte (Drucksache VIII-40) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Ohne erfolgreiche Präventionsprogramme wird zum Beispiel die Zahl von heute 6 Millionen Diabetikern im Jahr 2010 bei 10 Millionen liegen und weiter ansteigen. Durch Prävention bereits im Kindergartenalter kann ein Beitrag zur Gesundheitsförderung insbesondere im Bereich der Vermeidung von Diabetes mellitus durch Fehlernährung geleistet werden.

Die Bundesärztekammer wird gebeten, einen "pro bono" Präventionsansatz der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit der Bayerischen Landesärztekammer ideell zu unterstützen.

5. Präventionsgesetz

Auf Antrag von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. Lob und Dr. Kaplan (Drucksache VIII-74) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt im Grundsatz das in den parlamentarischen Beratungen befindliche Präventionsgesetz. Damit kommt der Gesetzgeber den jahrelangen Forderungen Deutscher Ärztetage nach.

Bundestag und Bundesrat werden aufgefordert, die Ärzteschaft an der Umsetzung und Ausgestaltung der im Gesetz geforderten Maßnahmen direkt zu beteiligen.

Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen und Verletzungen können nur dann erfolgreich sein, wenn Ärztinnen und Ärzte maßgeblich daran mitwirken.

In die geplante Präventionsstiftung sind Ärztinnen und Ärzte als Mitglieder des Vorstandes aufzunehmen.

6. Ziele und Maßnahmen der Prävention mit der Bundesärztekammer abstimmen

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob, Prof. Dr. Kunze und Frau Dr. Borelli (Drucksache VIII-80) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die im Präventionsgesetz vorgesehenen Gremien auf, Ziele und Maßnahmen der Prävention von Erkrankungen und Verletzungen zusammen mit der Bundesärztekammer festzulegen.

Ärztliche Berufsausübung

1. Grundregeln ärztlicher Dokumentation

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VIII-24) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Grundregeln der ärztlichen Dokumentation müssen zur Sicherung der Qualität in der medizinischen Betreuung und Minderung der Bürokratie und des Aufwandes sowie zur Verbesserung der Kommunikation der Ärzteschaft untereinander wieder vermehrt Beachtung finden.

2. Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VIII-26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Implementierung sinnvoller Maßnahmen, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu gewährleisten.

- Klinikträger sind gefordert, verstärkt Kinderbetreuung anzubieten, die den Ansprüchen der Arbeitszeit im Arztberuf gerecht wird.
- Klinikträger sind ebenfalls gefordert, feste Teilzeitstellen zu schaffen. Es sollten Stellenpläne mit einer festgelegten Stellenzahl pro Abteilung eingerichtet werden, um das Kürzen von halben Stellen bei temporärer Nichtbesetzung zu verhindern.
- Die Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf kann durch entsprechende Seminarangebote sowie durch Fort- und Weiterbildungskurse gewährleistet werden, die sich an Ärzte und Ärztinnen in der Elternzeit richten.
- Die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in der Vertragsarztpraxis soll gefördert und durch die Genehmigung zur Leistungsausweitung refinanzierbar werden.

Begründung:

Vor dem Hintergrund des wachsenden Frauenanteils in der Medizin muss eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleistet werden, damit nicht ein Großteil der gut ausgebildeten Ärztinnen nach wenigen Berufsjahren wieder aus der ärztlichen Laufbahn ausscheidet. Der wachsende Ärztemangel wird durch diese Tendenz verstärkt.

3. Ärztliche Identität

Der Antrag von Dr. Heinz (Drucksache VIII-48) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammern werden vom 108. Deutsche Ärztetag aufgefordert, allen Ärztinnen und Ärzten bei Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit Gelegenheit zu geben, das in der Musterberufsordnung für alle Ärzte geltende Gelöbnis in einem würdigen Rahmen abzulegen.

Begründung:

Die Ärzteschaft wird zunehmend von allen Seiten beeinflussbar und einkaufbar. Eine gemeinsame berufliche Identität wird immer mehr zur Utopie. Alles erscheint beliebig und unverbindlich.

Rituale beruflicher Art gibt es allenfalls noch am Ende der Berufstätigkeit in Form von Ehrungen und Verleihungen. Eine Initiation in den Beruf existiert, wenn überhaupt, nur subjektiv für den Einzelnen beim erstmaligen Tragen eines weißen Kittels vor dem Präpariersaal.

Ein tatsächlich abgehaltenes Gelöbnis bietet die Möglichkeit der Wiedererlangung und Festigung einer gemeinsamen ärztlichen Identität abseits von Partikularinteressen im Verteilungskampf. Nach dem langen Weg der Sozialisation als Ärztin oder Arzt ist solch ein feierlicher Akt angemessen.

Eine vereidigte Ärzteschaft ist von der Politik weniger beliebig einsetzbar und dokumentiert gegenüber den Patienten den gemeinsamen Willen, sich für sie einzusetzen und nicht der verlängerte Arm des Staates zu sein.

4. Fachübergreifende Bereitschaftsdienste von Fachärzten

Der Antrag von Herrn Veelken und Dr. Albers (Drucksache VIII-81) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass das regelmäßige Leisten von fachübergreifendem Bereitschaftsdienst im Krankenhaus durch Fachärzte der Weiterbildungsordnung widerspricht.

Begründung:

Durch die Weiterbildungsordnung ist es Fachärzten untersagt, regelmäßig außerhalb ihrer Gebietsgrenzen zu arbeiten.

Dieses Verbot dient zum einen der Aufrechterhaltung der durch die abgeschlossene Weiterbildung erworbenen Spezialisierung und zum anderen dem Patientenschutz, da der begrenzten Routine und Erfahrung des Facharztes außerhalb seines Fachgebietes Rechnung getragen wird.

Die Feststellung dieses berufsrechtlichen Aspektes durch den Deutschen Ärztetag ist schon aus Gründen der Information betroffener fachärztlicher Kollegen erforderlich.

5. Häusliche Gewalt – Pauschalvorwürfe gegen Ärztinnen und Ärzte

Auf Antrag von Dr. Graudenz (Drucksache VIII-90) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Goesmann (Drucksache VIII-90a) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzten wird häufig pauschal und undifferenziert vorgeworfen, im Umgang mit den Opfern häuslicher Gewalt keine ausreichende Sensibilität zu zeigen. Der Deutsche Ärztetag weist Pauschalvorwürfe dieser Art entschieden zurück und fordert die zuständigen Stellen auf, konkrete Defizite empirisch zu belegen. Außerdem verweist er auf die umfangreichen Materialien, Weiter- und Fortbildungsangebote zum Thema, die das diesbezügliche Engagement der Ärzteschaft zeigen.

6. Medizinische Begutachtung von Ärztinnen und Ärzten

Der Antrag von Dr. Stelzer (Drucksache VIII-93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Grundsätzlich sollen in einem Verfahren, bei dem es um ärztlichen Sachverstand geht, nur Ärzte zur Begutachtung von Ärzten herangezogen werden.

Allgemeinmedizin

1. Allgemeinmedizin in der Ausbildung

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VIII-25) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Den allgemeinmedizinischen Belangen ist an den Hochschulen und Universitäten durch die Anwendung moderner Lehrmethoden, einer adäquaten Ausstattung und eigener Lehrbereiche sowie Lehrpraxen gerecht zu werden.

Begründung:

Die letzte Novelle der Approbationsordnung hat die allgemeinmedizinische Lehre an den Universitäten deutlich gestärkt.

In der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nimmt die allgemeinmedizinische Kompetenz zunehmend einen vorderen Rang ein.

Dieser Prozess wird nicht in ausreichendem Maße an den medizinischen Fakultäten reflektiert.

Derzeit sind von den 37 Fakultäten nur 5 ½ mit C4 Professuren, 9 ½ mit C3 Professuren und 8 mit C1 Professuren ausgestattet. Ebenso sind materielle und räumliche Gegebenheiten oft mangelhaft.

Die neuen Anforderungen in Lehre und insbesondere auch Forschung machen eine deutliche Stärkung der allgemeinmedizinischen Kompetenz an den Hochschulen und Universitäten dringend notwendig.

Die Studierenden müssen frühestmöglich motiviert werden, hausärztlich tätig zu werden.

2. Finanzierung von Arbeitsstellen in der Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Frau Künanz, Frau Dr. Dominik, Dr. Hülskamp und Dr. Josten (Drucksache VIII-49) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Mit Blick auf den Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten sind die bestehenden Förderungsmöglichkeiten in der Weiterbildung zum Facharzt und zur Fachärztin für Allgemeinmedizin zu optimieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Deutsche Krankenhausgesellschaft werden aufgefordert, die tatsächliche Inanspruchnahme der Fördergelder für die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten zu ermitteln.

Falls die pro Jahr bereitgestellten finanziellen Ressourcen nicht ausgeschöpft werden, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft aufgefordert, nach Möglichkeiten zu suchen, die bereitgestellten Gelder so zu verteilen, dass diese möglichst vollständig in Anspruch genommen werden können.

Eine entsprechende Erhöhung des Förderbetrages pro Arbeitsstelle könnte das Ergebnis sein.

Ärztmangel

1. Ärztemangel

Auf Antrag von Dr. Lindhorst und Dr. König (Drucksache VIII-27) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag weist die zuständigen Ministerien des Bundes und der Länder darauf hin, dass er die medizinische Versorgung der Bundesrepublik als gefährdet ansieht, da die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung an Krankenhäusern wie bei den Niedergelassenen zu einer zunehmenden Demotivation eines hohen Anteils der Ärzte geführt haben. Gründe für die Ursachen sind beispielhaft durch die Rambøll-Studie dokumentiert.

Weiterbildung

1. Schaffung von Verbundweiterbildungen für Ärzte

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache VIII-67) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle an Tarifverhandlungen für den Öffentlichen Dienst Beteiligte auf, zu verhindern, dass der Wechsel der Weiterbildungsstelle zu einem finanziellen Verlust für den Arzt führt.

Um eine bestmögliche Weiterbildung zu ermöglichen, sieht die neue Weiterbildungsordnung Verbundweiterbildungen und Rotationen zu anderen Weiterbildungern vor.

Sollte in Zukunft jeder Wechsel der Arbeitsstelle zu einem finanziellen Verlust für den Arzt führen, wird es zum Qualitätsverlust in der Weiterbildung und zu einer zunehmenden Flucht der jungen Ärzte aus der Medizin am Patienten kommen.

Es darf nicht gelten: Je besser die Weiterbildung, desto schlechter die Bezahlung.

2. Teilzeitweiterbildung in der Allgemeinmedizin

Der Antrag von Dr. Pfeiffer (Drucksache VIII-28neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammern werden gebeten, wenn die Richtlinien der EU bezüglich der Teil-/Vollzeitweiterbildung in der „spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ geändert wird und eine volle Teilzeitweiterentwicklung zugelassen wird, dies in der Weiterbildungsordnung entsprechend nachzuvollziehen.

Begründung:

Voraussichtlich werden die EU-Richtlinien jetzt im Mai noch geändert. Die derzeitige Vorschrift, werde eine Vollzeitweiterbildung von 1 Jahr vorschreibt, gibt nur für das Fachgebiet Allgemeinmedizin. Dies ist eine Ungleichbehandlung und benachteiligt gerade den Nachwuchs an jungen Allgemeinärztinnen, die Beruf und Familie unter einen Hut bringen müssen. Gerade wegen des bestehenden Hausärztemangels dürfen wir diese Zahl junger Kolleginnen der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung nicht vorenthalten.

3. Weiterbildungszeiten im EU-Vergleich

Der Antrag von Dr. Voigt, Dr. M. Schulze, Dr. Eichelmann, Dr. Windhorst, Dr. Lindhorst und PD Dr. A. Scholz (Drucksache VIII-55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, die Weiterbildungszeiten in Deutschland unter Wahrung der Qualität an die europäischen Weiterbildungszeiten anzupassen.

Begründung:

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung hat bei 24 von 29 Fachärzten eine längere Weiterbildung vorgesehen als in der EU.

4. Kardiologie, (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO), Magnetresonanztomographie (MRT)

Der Antrag von Frau Dr. Heinemann (Drucksache VIII-57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Abschnitt 12.02.2005 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie (Internist und Kardiologie/Internistin und Kardiologin) wird wie folgt geändert:

Der Weiterbildungsinhalt wird durch den Punkt:

"der Indikationsstellung, der Beurteilung und der Mitwirkung bei MRT-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße" ergänzt.

Begründung:

Die MRT-Bildgebung am Herzen wird bereits heute vielfach in Klinik und Praxis von Kardiologen indiziert, interpretiert, ausgeübt und stellt internationalen Standard dar. Der Kardiologe hat eine umfassende Weiterbildung in allen bildgebenden Verfahren an Herzen (Echo, Herzkatheter, Nuklearmedizin). Die MRT hat als nicht-invasives Verfahren einen ähnlichen Stellenwert wie die Echokardiographie. Daher ist es konsequent, die MRT ebenfalls in die M-WBO für den Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie aufzuführen. Der Stellenwert der MRT des Herzens wird zunehmend z. B. bei nicht-invasiver Koronarangiographie, Perfusions- und andere Belastungsuntersuchungen, Darstellung und Myokardnarben.

Genau wie die nuklearmedizinische Diagnostik und andere nicht-invasive bildgebende diagnostische Verfahren (Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchung mit Angiographien) einschließlich der zugehörigen Belastungsuntersuchungen, welche schon feste Bestandteile der kardiographischen Weiterbildung sind, ist das Kardio-MRT für die kardiologische Diagnostik unverzichtbar.

Die kardiale MRT erweitert die diagnostischen Möglichkeiten der bisher im Schwerpunkt enthaltenden bildgebenden Verfahren bzw. wird sie in Zukunft teilweise ersetzen können. Der Kardiologe muss daher im Rahmen seiner Weiterbildung Erfahrungen mit der Indikationsstelle und der Interpretation von kardialen MRT-Untersuchungen erwerben.

An Kliniken und Praxen mit kardiologischen Versorgungsschwerpunkt ist die Diagnostik mittels kardialer Magnetresonanztomographie heute schon geübte Realität.

5. Kardiologie, (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO), Magnetresonanztomographie (MRT)

Der Antrag von Frau Dr. Heinemann (Drucksache VIII-58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildung wird nach Magnetresonanztomographie – fachgebunden – der M-WBO folgender Punkt ergänzt:

Kardiale Magnetresonanztomographie/Kardio-MRT

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT) umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie die Durchführung und Befundung schwerpunktbezogener Bildgebungsverfahren (Herz und herznahe Gefäße) mittels Magnetresonanztomographie.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Kardio-MRT nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie

Weiterbildungszeit:

12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie gemäß § 5 Abs. 1, davon können bis zu

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden
- 6 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Durchführung und Befundung teilgebietsbezogener Untersuchungen mittels Magnetresonanztomographie
- der Indikation und Differentialindikation mit anderen diagnostischen radiologischen Verfahren
- der Anwendung von Arznei- und Kontrastmitteln bei MRT-Untersuchungen
- der Anwendung von pharmakologischen und dynamischen Belastungsuntersuchungen mittels MRT
- den physikalischen Grundlagen der Magnetresonanzverfahren und Biophysik einschließlich der Grundlagen der Patientenüberwachung einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen für die Patienten und Personal bei Anwendung von Magnetresonanzverfahren
- der Gerätekunde

Begründung:

Die Magnetresonanztomographie ist als nicht-invasives bildgebendes Verfahren ein unverzichtbarer Bestandteil der Bildgebung am Herzen und den herznahen Gefäßen. Die bildgebende Diagnostik (Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchungen mit Angiographien) einschließlich der zugehörigen Belastungsuntersuchungen ist Bestandteil der Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie.

Die Zusatz-Weiterbildung fachgebundene Magnetresonanztomographie in der Muster-Weiterbildung der Bundesärztekammer ist gebietsbezogen. Sie erstreckt sich damit auf das Gebiet der Inneren Medizin. Diese erweiterte Bildgebung ist für Kardiologen kein sinnvolles Weiterbildungsziel.

Der Kardiologe kann und muss aber aufgrund seiner speziellen Kenntnisse der Anatomie, Pathologie, Pathophysiologie und Hämodynamik, komplexe Veränderungen am Herzen und den herznahen Gefäßen diagnostizieren.

Dem eingeschränkten Umfang der Weiterbildung im Schwerpunkt entspricht die verkürzte Weiterbildungszeit von einem Jahr. Diese ist wahlweise bei einem Radiologen oder einer zugelassenen kardiologisch geleiteten Weiterbildungsstätte zu absolvieren.

Eine gute MRT-Diagnostik erfordert Kenntnisse in der Pathophysiologie und Klinik von Strukturveränderungen des Herzens, der Myokard-Perfusion, akuter Koronarsyndrome und kontraktile Funktionsstörungen. Diese Kenntnisse sind Bestandteil der Weiterbildung zum Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie, jedoch nicht Bestandteil der Weiterbildung des Radiologen und somit in radiologischen Fachabteilungen nicht vorhanden, da der Radiologe keine entsprechende klinische Weiterbildung durchläuft und die übrige kardiologische Bildgebung ohnehin vom Kardiologen erbracht wird.

6. Bundeseinheitliche Weiterbildungsbücher für Ärzte

Der Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache VIII-68) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die Beschlüsse früherer Ärztetage auf Einführung von Weiterbildungsbüchern umzusetzen.

Dabei soll besonders auf eine Einheitlichkeit dieser Weiterbildungsbücher in allen Landesärztekammern geachtet werden.

Wir erleichtern eine strukturierte Weiterbildung und helfen jungen Kollegen die angestrebte Qualifikation zu erreichen.

7. Vermittlung von Weiterbildungsinhalten

Der Antrag von Dr. Voigt und Herr Deutschmann (Drucksache VIII-84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag bekräftigt die sich zwanglos aus der Weiterbildungsordnung ergebende Tatsache, dass im Rahmen einer ärztlichen Weiterbildung (WB) zu vermittelnde WB-Inhalte für die Weiterzubildenden grundsätzlich kostenfrei zu vermitteln sind.

Für die auf Wunsch des Weiterbilders bzw. (zum Nutzen) des Arbeitgebers zu besuchende Kurse sind die Kursgebühren vom Arbeitgeber zu übernehmen.

Deutsche Ärztetage

1. "Medizinische Versorgung" von Kindern in Deutschland als Tagesordnungspunkt eines Deutschen Ärztetages

Der Antrag von Prof. Dr. Kunze, Dr. Bolay und Dr. Voigt (Drucksache VIII-44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einer der nächsten Deutschen Ärztetage möge sich mit einem Tagesordnungspunkt "Medizinische Versorgung von Kindern in Deutschland" befassen.

2. "Ärztemangel" als Tagesordnungspunkt auf dem 109. Deutschen Ärztetag

Der Antrag von Prof. Dr. Seeber, Prof. Dr. Lob, Dr. Eichelmann und Dr. Lindhorst (Drucksache VIII-45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, auf dem 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg den derzeitigen und zukünftigen Ärztemangel in Deutschland in einem eigenen Tagesordnungspunkt zu behandeln.

Grundlage für diese Diskussion müssen aktuelle Zahlen sein, damit die Ärzteschaft, die Hochschulen und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

dem sich verschärfenden Ärztemangel entgegenwirken können. Diese Diskussion ist jetzt notwendig, da ein Gegensteuern erst in 10 Jahren wirksam wird.

3. *Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte als Tagesordnungspunkt auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2006*

Der Antrag von Dr. Lindhorst, Prof. Dr. Seeber, Frau Prof. Dr. Doench, Prof. Dr. Lob und Prof. Dr. Kunze (Drucksache VIII-47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 109. Deutsche Ärztetag soll sich mit dem Thema "Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte" befassen.

Begründung:

Seit Jahren fehlt eine klare Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft zu den bedrohlichen Entwicklungen (Schließung von Universitätskliniken, Vernichtung von Forschungsmöglichkeiten, etc.). Entwicklungszyklen haben ihre Auswirkung aber erst in 10 – 20 Jahren, wir erleben jetzt die Folgen der Fehlsteuerung der 80er und 90er Jahre des letzten Jahrhunderts. Deutschland ist extrem schlecht für einen dynamisch wachsenden Gesundheitsmarkt positioniert (s. Pharmaindustrie, universitäre Forschung).

4. *Schwerpunkt Geriatrie im Gebiet Innere Medizin*

Der Antrag von Frau Dr. Heinemann (Drucksache VIII-54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der folgende 109. Deutsche Ärztetag soll erneut Plazierung und Zuordnung der Kompetenz in der Spezialität Geriatrie mit der Zielsetzung der Schaffung eines Schwerpunktes Geriatrie im Gebiet Innere Medizin beraten.

Hierbei sollten auch die Zielaspekte der Weiterbildung sowie die aktuelle Entwicklung in den unterschiedlichen Landesärztekammern Berücksichtigung finden.

5. *Antrag auf Änderung der Geschäftsordnung auf dem 109. Deutschen Ärztetag*

Auf Antrag von Dr. Voigt und Frau Dr. Correns (Drucksache VIII-65) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, die folgende Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages dem 109. Deutschen Ärztetag zur Abstimmung vorzulegen:

In § 16 S. 2 der Geschäftsordnung wird nach dem Wort "Beschluss" eingefügt: "mindestens eines Drittels".

Begründung:

Nach der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages kommt es nur durch Mehrheitsbeschluss (> 50 % der Anwesenden) zu einer namentlichen oder schriftlichen

Abstimmung. Im Deutschen Bundestag reicht es hingegen, wenn 5 % der Anwesenden diese Abstimmungsform beantragen.

Die Möglichkeit einer namentlichen oder schriftlichen (geheimen) Abstimmung sollte daher zumindest etwas erleichtert werden. Der erwartete – wenn auch nur mäßige – erhöhte Organisationsaufwand sollte nicht ausschlaggebend sein.

Beim letzten Deutschen Ärztetag ist ein vergleichbarer Antrag an den Vorstand überwiesen und abschlägig beschieden worden.

Deshalb bedarf es jetzt einer unmittelbaren Beschlussfassung durch den diesjährigen Deutschen Ärztetag, damit dieser Satzungsänderungsantrag überhaupt auf dem nächsten Deutschen Ärztetag behandelt werden kann.

6. Wireless-LAN – Antragsübersendung

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Pilz und Prof. Dr. Lob (Drucksache VIII-82) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten zu prüfen, ab dem nächsten Ärztetag den Delegierten zur Antragsstellung und Übersendung der Anträge Wireless-LAN zur Verfügung zu stellen, in dem Sinne, dass ein Hot-Spot im Tagungsraum vorhanden ist und die Delegierten den eigenen Laptop + LAN-Karte mitbringen.

Begründung:

Die Delegierten müssen dann zur Antragsstellung und Übersendung nicht mehr den Sitzungssaal verlassen und können den Vorträgen und Diskussionen folgen.

7. Anträge – Verteilung an die Delegierten

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Pilz und Prof. Dr. Lob (Drucksache VIII-86) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt, dass die Delegierten die Anträge zu allen Tagesordnungspunkten einsehen dürfen, sobald sie umgedruckt worden sind.

Begründung:

Die verspätete Herausgabe der Anträge stört die Meinungsbildung der Delegierten. Eine frühere Herausgabe lässt den Delegierten mehr Zeit zum Lesen der Anträge.

8. Tagesordnungspunkt nächster Deutscher Ärztetag in Magdeburg

Der Antrag von Herrn Dipl.-Pol. Ruebsam-Simon, Dr. Emminger und Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII-88) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag 2006 möge einen Tagesordnungspunkt "Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung" abhandeln, da diese von essentieller Bedeutung für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens sind. Die Hoffnung, die Politik werde diese Grundentscheidung weiterhin vertagen, ist trügerisch und kurzsichtig. Die Delegierten des Deutschen Ärztetages sollten durch entspre-

chenden Sachverstand über die Finanzierungsgrundlagen umfassend aufgeklärt werden.

Europa

1. *Berufsanerkennungsrichtlinie COM2002(119)*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-59) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Vorschlag der Richtlinie zur Berufsanerkennung (COM2002(119)) befindet sich derzeit in der Zweiten Lesung des Parlamentes. Nach Beendigung des Mitentscheidungsverfahrens soll er die bisherige Richtlinie der gegenseitigen Anerkennung der Berufsqualifikationen (93/16/EWG) ersetzen.

Die endgültige Abstimmung in der Plenarsitzung des Parlaments wird am 10. und 11. Mai 2005 in Strassburg stattfinden.

Die Deutsche Ärzteschaft stellt fest, dass die vom Berichterstatter Stefano Zappala vorgelegten Änderungsanträge für die Abstimmung zur zweiten Lesung nicht ausreichend sind.

Das Verfahren, nach dem eine automatische Anerkennung nur noch für neue medizinische Fachrichtungen erfolgen kann, die in mindestens zwei Fünfteln der Mitgliedstaaten vertreten sind, bedeutet einen deutlichen Rückschritt für die Migrationsfreiheit von Ärzten.

Die deutsche Ärzteschaft fordert daher das Europäische Parlament auf, sich für die Beibehaltung der automatischen Anerkennung aller bisher existierenden 52 Facharztstitel einzusetzen.

Eine Verschlechterung in der Qualität zukünftiger Entscheidungsprozesse im Rahmen dieser Richtlinie ist dadurch zu befürchten, dass die Kommission zukünftig nur von einem Ausschuss unterstützt werden soll, der sich aus Vertretern der Mitgliedstaaten zusammensetzt. Ein einziger Ausschuss kann nicht gewährleisten, dass die Vertreter der Mitgliedstaaten einen Überblick über alle Probleme der von der Richtlinie behandelten Berufsgruppen haben.

Die deutsche Ärzteschaft fordert daher das Europäische Parlament auf, diesem Ausschuss Experten der verschiedenen Berufsgruppen beratend zur Seite zu stellen.

Verschiedenes

1. *IGeL-Differenzierung*

Der Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Frau Dr. Schulenberg und Herr Veelken (Drucksache VIII-61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Mit der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt am 13.03.1998 wurden so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), ärztliche Tätigkeiten, die privat liquidiert und außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden sollen, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit präsentiert.

Die Liste enthält drei unterschiedliche Leistungsbereiche:

1. Leistungen, die eigentlich in den GKV-Katalog gehören wie Glaukom-Früherkennung mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie oder Tonometrie, umweltmedizinische Beratung,
2. Leistungen, die seit jeher außerhalb des GKV-Katalogs waren wie Beschneidung ohne medizinische Indikation, Kunst- oder Körpertherapien, kosmetische Eingriffe,
3. Leistungen, deren Anwendung problematisch weil potentiell gefährlich ist, wie Injektion eines nicht verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten, wie z. B. Vitamin- und Aufbaupräparate, knorpelschützende Substanzen, alle Maßnahmen aus dem Bereich der Paramedizin.

Mittlerweile haben sich sog. Verkaufskongresse etabliert, gibt es spezielle Zeitschriften für IGeL Interessenten, wird die Laienwerbung ausgebaut, werden für die Wartezimmer Videoprogramme zu Anpreisung der IGeL Leistungen von interessierten Firmen angeboten. Arzthelferinnen sprechen gezielt Patientinnen und Patienten an. Nur in Ausnahmefällen geht die Anforderung von IGeL Leistungen auf den Wunsch der PatientInnen zurück. Besonders erfolgreich sind dabei Gynäkologen, HNO Ärzte und Orthopäden. Auswüchse in der Onkologie mit pseudowissenschaftlichen Methoden unter Ausnutzung der Verzweiflung der Kranken oder in der kosmetischen Chirurgie etwa bei Jugendlichen sind nur die Spitze des Eisberges.

Dabei ist das Charakteristische der IGeL Leistungen die Intransparenz ihrer Qualität und die Kosten. Sie bewegen sich hinsichtlich der Qualitätssicherheit in einer Grauzone. Weder die Ärzteschaft noch die Politik, noch die Kostenträger haben ein Interesse an Transparenz und Qualitätssicherung. Die Ärztinnen und Ärzte hoffen auf ungestörte "unbürokratische" Zusatzeinkommen. Die Politik lässt sie gewähren und schafft sich so Ruhe an einer besonders heiklen Front, und die GKV hofft, indirekt entlastet zu werden. Es ist ein gefährlicher blinder Fleck in der Versorgungslandschaft entstanden. Niemand kann sagen, wie hoch die Komplikationsrate bei IGeL Leistungen ist.

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert deshalb:

1. Die Aufnahme der unter Punkt 1 charakterisierten Leistungen in den GKV-Katalog.
2. Die Ärzteschaft, konkret die Landesärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Zwangskörperschaften öffentlichen Rechts haben einen Katalog zu erstellen, der alle Leistungen außerhalb des GKV Katalogs auflistet, die sinnvoll sind und gängigen Qualitätsstandards entsprechen und die deshalb als IGeL Leistungen erbracht werden dürfen, so fern regelmäßige Qualitätskontrollen wie bei GKV Leistungen nachgewiesen werden.
3. Es ist eine Liste der Leistungen zu erstellen, die nicht erbracht werden dürfen, weil sie entweder ohne erkennbaren Nutzen sind, keine medizinischen Leistungen darstellen oder /und mit einem nicht zu vertretenden Risiko verbunden sind.
4. Die beiden Listen sind sowohl der Ärzteschaft als auch der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

2. *Barrierefreier Internetauftritt der Bundesärztekammer*

Der Antrag von PD Dr. Scholz und Herrn Schenck zu Schweinsberg (Drucksache VIII-75) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Internetauftritt der Bundesärztekammer soll innerhalb der nächsten Monate barrierefrei für Behinderte angeboten werden.

Begründung:

In Bezug auf das Gesetz, dass die Barrierefreiheit von Behinderten (Behindertengleichstellungsgesetz, 2002) auch für öffentlich-rechtlichen Einrichtungen vorschreibt, soll die Bundesärztekammer in den nächsten Monaten für Behinderte ihren Internetauftritt gestalten. So wird es unter anderem Sehbehinderten ermöglicht die Internetseiten der Bundesärztekammer lesen und nutzen zu können. Dies hat neben einer Verbundenheit mit den Patienten, den Vorteil sich in den Medien vorbildhaft darzustellen. Eine positive Darstellung der Ärztinnen und Ärzte wird so unterstützt.

3. *Bedauern von unerwünschten Ereignissen*

Auf Antrag von Dr. Peters (Drucksache VIII-78) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 108. Deutsche Ärztetag appelliert an alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte, im Falle eingetretener Fehler und Komplikationen den betroffenen Patientinnen und Patienten ihr Bedauern und ihr Mitgefühl zu bekunden. Diese Handreichung ist keinesfalls als Schuldeingeständnis zu verstehen; es dient einer gedeihlichen Arzt-Patienten-Beziehung.

4. *Familienfreundliche Arbeitsbedingungen; Attraktivität des Arztberufes*

Auf Antrag von Frau Dr. Dominik, Frau Künanz, Frau Dr. Bühnen, Dr. Lange, Dr. Hülskamp und Prof. Dr. Griebenow (Drucksache VIII-79) fasst der 108. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 108. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber, Krankenhausträger, Betriebs- und Personalräte sowie Vorgesetzte auf, folgende Maßnahmen zu bewirken:

- Einrichtung von arbeitszeitangepassten und arbeitsplatznahen Kinderbetreuungsmöglichkeiten, wie Kindergärten und Horten, Hausaufgabenbetreuung, Feriengruppen, Mittagsguppen mit Verpflegung und sogenannten Notfallgruppen bei Erkrankung, z. B. des anderen Elternteils, der Tagesmutter oder der betreuenden Großeltern,
- Etablierung von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen für Ärztinnen und Ärzte,
- Weiterführung und Neueinrichtung von Wiedereingliederungskursen nach einer Familienpause für Ärztinnen und Ärzte.

5. *Folgen der Privatisierung für die Versorgung*

Der Antrag von PD Dr. Scholz (Drucksache VIII-87) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer soll im Rahmen der Versorgungsforschung die Folgen der Privatisierung von 2 Universitätsklinika (Gießen/Marburg) auf ambulante, Anschlussbehandlung und stationäre Versorgung der Bevölkerung feststellen.

Begründung:

Durch den bisher einmaligen Vorgang in Deutschland, der Privatisierung und Schwerpunktbildung der beiden Universitätsklinika Gießen und Marburg, kann die Bundesärztekammer in der noch verbleibenden Zeit den "IST"-Zustand erheben. Im Anschluss kann die Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung einer ganzen Region exemplarisch untersucht werden und mit validen Zahlen dokumentiert werden. Die Auswirkungen sowohl im ambulanten Bereich (Verfügbarkeit von Untersuchungen, Wartezeiten etc.), wie aber auch die Folgen im nach-stationären Bereich (welche Belastungen treten in Reha und ambulanten Bereich dann auf), sowie Änderungen der Verfügbarkeit von stationärem Angebot können so direkt an Patienten verglichen werden.

6. Curriculäre Fortbildung in Umweltmedizin

Der Antrag von Dr. Gloning und Dr. Kaplan (Drucksache VIII-94) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag begrüßt grundsätzlich, dass die Zusatzbezeichnung Umweltmedizin in die "curriculäre Fortbildung" (80stündige Fortbildung) überführt wird. Damit wird die notwendige Verbreitung der umweltmedizinischen Qualifikation gefördert. Die Bundesärztekammer wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit der Ständigen Konferenz für Weiterbildung für eine zügige Umsetzung der curriculären Fortbildung zu sorgen.

Begründung:

Die bisherige Weiterbildung im Rahmen der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin ist quasi zum Erliegen gekommen. Dies liegt v. a. an den geforderten 18 Monaten Weiterbildungszeit, für die es weder hinreichend Weiterbildungsstellen gab, noch war diese Bedingung berufsbegleitend erfüllbar. In den Praxen sind aber dringend kompetente Ansprechpartner für Patienten mit umweltmedizinischen Fragestellungen erforderlich. Um realistische Anforderungen zum Erwerb umweltmedizinischer Kenntnisse zu Grunde zu legen, ist auch eine 200stündige Fortbildung analog zum alten Kursbuch in diesem Umfang nicht umsetzbar. Die Erfahrung mit der erfolgreichen Umsetzung des österreichischen Konzeptes zur Umweltmedizin zeigt, dass mit einem 80stündigen Fortbildungskonzept ein qualitativ hochstehendes umweltmedizinisches Wissen für die Praxis vermittelt werden kann. Unabhängig davon ist es wünschenswert, dass moderne audiovisuelle Medien, z. B. CD's einbezogen werden, um das Wissen zu vertiefen bzw. Präsenzzeiten reduzieren zu können.

Zu Punkt IX der Tagesordnung:
BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER
BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2003/2004
(01.07.2003 – 30.06.2004)

1. *Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX-01) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V., Münster.

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004) wird gebilligt.

Zu Punkt X der Tagesordnung:
ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER
FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)

1. *Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004)*

Auf Antrag von Dr. Fitzner als Mitglied der Finanzkommission (Drucksache X-01) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2003/2004 (01.07.2003 – 30.06.2004) Entlastung erteilt.

Zu Punkt XI der Tagesordnung:
HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR
2005/2006 (01.07.2005 – 30.06.2006)

1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 – 30.06.2006)*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XI-01) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 bis 30.06.2006) in Höhe von 16.092.000 EUR wird genehmigt.

2. Finanzierung der Versorgungsforschung

Der Antrag von Prof. Dr. Dr. Adam, Dr. Calles und Dr. Kaplan (Drucksache XI-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 108. Deutsche Ärztetag befürwortet die Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer.

Zur weiteren Finanzierung des Vorhabens möge sich der Vorstand der Bundesärztekammer bemühen, künftig die Finanzlast auf Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und geeignete Stiftungen aufzuteilen.

Begründung:

Das Vorhaben Versorgungsforschung wird mehr finanzielle Mittel erfordern, als bisher vorausberechnet. Zur Vermeidung einer übermäßigen Belastung des Haushaltes der Bundesärztekammer ist eine Aufteilung der Kosten erforderlich.

3. Haushaltsdisziplin

Auf Antrag von Dr. Pfeiffer (Drucksache XI-05) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird zu strengster Haushaltsdisziplin aufgefordert, um Haushaltssteigerungen in den nächsten Jahren zu verhindern.

Zu Punkt XII der Tagesordnung: WAHLEN

1. Wahl zum Vizepräsidenten (Wahlperiode 2003/2007)

Auf Antrag von SR Dr. Gadowski (Drucksache XII-01) wählt der 108. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl Frau **Dr. med. Cornelia Goesmann** mit 129 von 232 gültigen Stimmen in das Amt des 1. Vizepräsidenten der Bundesärztekammer

2. Wahl eines Vorstandsmitgliedes der "Deutschen Akademie der Gebietsärzte" (Wahlperiode 2003/2007)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XII-04) wählt der 108. Deutsche Ärztetag Herrn **Dr. med. Franz-Josph Bartmann** in den Vorstand der "Deutschen Akademie der Gebietsärzte".

Zu Punkt XIII der Tagesordnung:
WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 110. DEUTSCHEN
ÄRZTETAG 2007

1. Wahl des Tagungsortes für den 110. Deutschen Ärztetag 2007

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XIII-01) beschließt der 108. Deutsche Ärztetag:

Als Tagungsort für den 110. Deutschen Ärztetag vom 15. bis 18. Mai 2007 wird Münster/Westfalen bestimmt.

Für die Richtigkeit
Berlin, den 6. Mai 2005

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Markus Rudolphi

Karin Brösicke

Anlage

- zum Entschließungsantrag VI-02