

*BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
103. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
vom 09.-12. Mai 2000
IN KÖLN*

Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	1
1. Ein freies und soziales Gesundheitswesen ist der beste Patientenschutz	1
2. Fortentwicklung der Patientenrechte - Selbstverwaltungsgremien	3
3. Fortentwicklung der Patientenrechte - Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen	4
4. Transparenz in Berufungsverfahren	5
5. Reform der Approbationsordnung für Ärzte	5
6. Tarifverhandlungen über die Arbeitszeit im Krankenhaus	6
7. Definition von Basis-, Ergänzungs- und Komplementärversorgung	6
8. Strukturreform der GKV in Angriff nehmen	6
Zu Punkt II der Tagesordnung: Weiterentwicklung der (Muster-)Berufsordnung	7
a) Weiterentwicklung der Vorschriften der beruflichen Kommunikation (§§27, 28 i.V.m. Kap. D I Nr. 1-6)	7
b) Weiterentwicklung der Vorschriften der berufsrechtlichen Regeln des Praxisverbundes (Kap. D II Nr. 11)	
1. Änderung der (Muster-)Berufsordnung	7
2. Praxisschild - Abrechnungsberechtigung	13
3. Interlokale Gemeinschaftspraxis	13
4. "Überörtliche" Gemeinschaftspraxis einführen	13
Zu Punkt III der Tagesordnung: Ärztliche Arbeit und Zusammenarbeit in Europa	
1. Gesundes Europa	14
2. Umsetzung des europäischen Gleichstellungsgebots	15
3. Persönliche Kontakte zwischen Ärztinnen/Ärzten in Europa	16
4. Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung in Europa	16
Zu Punkt IV der Tagesordnung: Eckpunkte zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	
Gebietsdefinition	
1. Gebietsdefinition	16
2. Neue Fachgebiete	17
Fakultative Weiterbildung	
1. Fakultative Weiterbildung	17
Zusatzbezeichnung / Bereich	
1. Zusatzbezeichnung / Bereich	17
Fachkunde	
1. Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	18
Befähigungsnachweis	
1. Befähigungsnachweis	18
Common trunk	
1. Neuordnung der Gebiete im Rahmen der chirurgischen Fächer	19
2. Neuordnung der Orthopädie/Unfallchirurgie	20
3. Neuordnung der Weiterbildung der Chirurgie	20
4. Common trunk	21
EU-Konformität	
1. Verkürzung der Mindestweiterbildungszeiten	21
2. EU-Konformität	21
Weiterbildungszeiten	
1. Weiterbildung in Teilzeit	22
2. Keine unkritische Verlängerung von Mindestweiterbildungszeiten	22
3. Verlängerung Schwerpunktweiterbildungszeit	23

Befugnis	
1. Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	23
2. Förderung von Verbund-Weiterbildungsgängen	23
3. Erweiterung der Zahl der Weiterbildungsbefugten	23
4. Teamarztweiterbildungsbefugnisse fördern	24
5. Verbundweiterbildungsgänge	24
6. Evaluierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	25
7. Verbund-Weiterbildung/Evaluationssystem	25
8. Rotation in der Weiterbildung	25
9. Fachaufsicht nur durch eine Fachärztin/Facharzt	26
Einzelfragen zu Fachrichtungen	
1. Vorstandsüberweisung von Änderungen	26
2. Änderungsantrag zu IV-3 (Spezielle Intensivmedizin)	26
3. Änderung zu Antrag IV-22 (Klinische Geriatrie)	27
4. Geriatrie als Schwerpunkt	27
5. Internistische Intensivmedizin/Schwerpunkt	28
6. Kinder- und Jugendmedizin	29
7. Qualifikation "Klinische Infektiologie"	30
8. Spezielle internistische, anästhesiologische und pädiatrische Intensivmedizin - Fakultative Weiterbildung	30
9. Gebietsdefinition	30
Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	
1. Grundsätze der Änderung der (Muster-)Weiterbildung überdenken	31
2. Grundsätze der (Muster-)Weiterbildungsordnung	31
3. Qualitätssicherung der Weiterbildung	32
4. Übergangsbestimmungen	32
5. Weiterbildungsbuch	32
6. Einbeziehung der Berufsverbände	33
7. Mindestweiterbildungszeiten	33
8. Bundeseinheitliche Abstimmung	33
9. Beschlussvorlage zum 104. Deutschen Ärztetag	34
10. Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	34
Zu Punkt V der Tagesordnung: Änderung der Satzung der Bundesärztekammer	
a) Einführung eines gewichteten Stimmrechts im Vorstand der Bundesärztekammer (§ 5 Abs. 7 der Satzung)	34
b) Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin (§ 1 Abs. 2 Satz 1, § 6 Satz 1 der Satzung)	
1. Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin (§ 1 Abs. 2 Satz 1, § 6 Satz 1 der Satzung)	35
2. Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin	35
3. Wahl des Gebäudes für die Bundesärztekammer in Berlin	36
Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	
Ethische Fragen	
1. Enquete-Kommission	36
2. Gendiagnostik/Informationelles Selbstbestimmungsrecht	38
3. Genetische Diagnostik/Ethische Frage	38
4. Abschiebung von Folteropfern	38
5. Menschenrechte - Prozessbeobachtung	39
6. Patentierung von menschlichen Genomen, Organen und Zellen	40
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	
1. Angleichung der Vergütung nach GOÄ in den neuen Bundesländern	40
2. GOÄ-Vertragslösung	41

3. Amtliche Gebührenordnung (GOÄ)	42
4. Alternative zur GOÄ	43
5. Zügige Novellierung der GOÄ	43
6. Ärztliche Gesprächsleistung besser bewerten	44
Liquidationsrecht	
1. Liquidationsrecht in ärztlicher Verantwortung	44
2. Berechtigung zur Liquidation	44
Krankenhaus	
1. Einführung eines kompletten Fallpauschalen-Systems in Krankenhäusern nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	45
2. Verstärkte Einführung von Arbeitszeitmodellen in Krankenhäusern	46
3. Förderprogramm Allgemeinmedizin auch im Klinikbereich umsetzen	47
4. Strukturreform des ärztlichen Dienstes	47
5. Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	48
6. Vermeidung kurzfristiger Arbeitsverträge	48
7. Umsetzung des Transplantationsgesetzes	48
8. Rotationsstellen für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin	49
9. Kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst	49
Arbeitsbedingungen	
1. Unterbindung der Ausbeutung der Arbeitskraft von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung	49
2. Weiterbildungsbeauftragte(r)	50
Gesundheitspolitik	
1. Bürgerinformation im Gesundheitswesen durch Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen	50
2. Vermeidung von strukturellen Hindernissen zulasten der PKV	51
3. Inkompatibilität in der Gesetzgebung	52
4. 68-Jahresgrenze	52
5. Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel im Rahmen der angekündigten Steuerreform	52
6. Förderung von Projekten im Gesundheitssektor der Entwicklungszusammenarbeit	53
7. Europäische Notrufnummern	53
8. Psychotherapeutische Versorgung	54
Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Versorgung	
1. Vermeidung von Fehlversorgung durch geschlechtsdifferente Konzepte	54
Psychologische Psychotherapeuten	
1. Bezeichnung der Kammern für Psychologische Psychotherapeuten	54
Qualitätssicherung	
1. Stationäre Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	55
Zeugen und Sachverständigen-Gesetz	
1. Reform des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen für die Ärzteschaft diskriminierend	56
2. Verbesserung der Rolle des Arztes im Rahmen des Kostenrechtsänderungsgesetzes	58
Fortbildung	
1. Koordinierung der zertifizierten Fortbildung	58
(Muster-)Berufsordnung	
1. Erfolgshonorar	59
2. Ergänzung des § 3 (Muster-)Berufsordnung	60
3. Patientenaufklärung intensivieren	60
(Muster-)Weiterbildungsordnung	
1. Vorabbestätigung der Anrechnungsfähigkeit für eine Teilzeitweiterbildung	61
2. Angemessene Vergütung	61
3. Befugnis zur Weiterbildung	61
4. Widerruf der Weiterbildungsbefugnis	61

5. Stationärer Weiterbildungsabschnitt zum Facharzt für Allgemeinmedizin	62
6. Ombudsperson für Weiterbildung	62
Verschiedenes	
1. Gesundheitliche Folgen von Freizeitlärm	63
2. Ernährungsberatung - eine ärztliche Aufgabe	63
3. Novellierung der Röntgenverordnung	64
4. Einführung des elektronischen Arztausweises	64
5. Medizinische Versorgung von Asylbewerbern nach Asylbewerberleistungsgesetz	65
6. Betriebsärztliche Betreuung der Arztpraxen	65
Zu Punkt VII der Tagesordnung: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 - 30.06.1999)	
1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 - 30.06.1999)	66
Zu Punkt VIII der Tagesordnung: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 - 30.06.1999)	
1. Entlastung des Vorstandes	66
Zu Punkt IX der Tagesordnung: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 - 30.06.2001)	
1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001	67

Zu Punkt I der Tagesordnung: **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

1. Ein freies und soziales Gesundheitswesen ist der beste Patientenschutz

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-1) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ein freies und soziales Gesundheitswesen ist der beste Patientenschutz

Die Gesundheitsreform 2000 bleibt inakzeptabel

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 stellt fest: Das vom Deutschen Bundestag Ende letzten Jahres verabschiedete Rumpfgesetz zur GKV-Gesundheitsreform 2000 führt in seiner Konsequenz zu Risikoselektion und weiterer Rationierung in der medizinischen Versorgung. Sektorale Budgets, willkürliche Kostendämpfung, monopolartige Einkaufsmodelle und staatlicher Dirigismus aber sind untaugliche Rezepte für ein modernes, patientengerechtes Gesundheitswesen.

Die rigide begrenzten sektoralen Budgets für die ambulante und stationäre Versorgung sowie für Arznei- und Heilmittel sind rein ökonomisch festgelegt und verhindern so eine bedarfsgerechte Versorgung. Sie sind unflexibel und führen durch die willkürliche Mittelverknappung zu einer Benachteiligung von vorwiegend chronisch und schwer Kranken. Die gleichzeitige Verlagerung des Rationierungsdruckes auf die Ärzteschaft gehört zu den besonderen Tücken des Reformgesetzes.

Auch die im Gesetz angelegte Struktur einer so genannten integrierten Versorgung dient nur der Profilierung der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen, nicht jedoch einer besseren medizinischen Versorgung; denn sie wird nicht das Versorgungsniveau erhöhen, sondern gute von schlechten Versorgungsrisiken trennen – zu Lasten der Kranken.

- Verstärkt wird dieser Ansatz noch dadurch, dass die Krankenkassen die Mittel für die Integrationsversorgung zu Lasten der allgemeinen Versorgung aus den sektoralen Budgets nehmen können.

Die von der Regierung proklamierte „Stärkung der Selbstverwaltung“ wird damit ad absurdum geführt. Das ärztliche Verhandlungsmandat wird faktisch aufgelöst. Die lediglich fakultative Beteiligung der verfassten Ärzteschaft an der Vertragsgestaltung zur integrierten Versorgung macht den verbleibenden Sicherstellungsauftrag zur Farce.

Die angemessene und qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung der Patienten muss Ziel aller Bemühungen bleiben

Die öffentliche Debatte - insbesondere ausgelöst durch das Bündnis für Gesundheit 2000 - über die Konsequenzen der Gesundheitsreform hat vielen Patienten und Versicherten die Gefahr drohender Rationierung deutlich vor Augen geführt. Wenn auch das Globalbudget und ein grundlegender Systemwechsel verhindert werden konnten, so bleibt auch das sog. Rumpfgesetz ein von Kostendämpfungen geprägter Torso, der an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten vorbeigeht. Denn es behindert Ärzte in Praxis und Klinik bei ihrer Patientenbetreuung.

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 bekräftigt deshalb seine Forderungen für den Erhalt einer flächendeckenden, qualitativ hochstehenden Versorgung für die Bevölkerung:

- **Keine Risiko-Selektion und Ausgrenzung.** Patienten brauchen Schutz! Das Gesundheitssystem muss ihnen die Sicherheit geben, nicht wegen einer schweren Erkrankung von einer wirksamen Behandlung ausgegrenzt zu werden.
- **Medizinische Orientierung statt unangemessener Budgets.** Die Bereitstellung der finanziellen Ressourcen muss dem gesundheitlichen Bedarf der Menschen gerecht werden. Ständige Kostendämpfung und rein ökonomisch bestimmte Budgets sind völlig ungeeignet, den medizinischen Bedarf zu bestimmen.
- **Bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung.** Der Arzt, der indikationsgerecht und in adäquater Dosierung wirksame Medikamente verordnet, kann und darf dafür weder in persönlichen noch kollektiven Regress genommen werden.
- **Keine einseitige Sammlung von individuellen Patientendaten bei den Krankenkassen, die das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten gefährden oder verletzen.**

Damit Patienten von ihren Ärzten sachgerecht behandelt werden können, müssen die Bedingungen stimmen

- **Freie Arztwahl.** Patienten brauchen keine Bevormundung durch Politik oder Krankenkassen. Ärztliche Versorgung ist Vertrauenssache.
- **Keine neue Bürokratie, kein Dirigismus.** Qualitätssicherung und -entwicklung müssen primär durch Motivation und nicht durch Zwang erreicht werden.
- **Eine Selbstverwaltung in gleichberechtigter Partnerschaft sichert die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.**
Krankenkassen im Wettbewerb können eine flächendeckende und qualitätsvolle Versorgung ohne Mitwirkung der ärztlichen Selbstverwaltung nicht gewährleisten. Selektive Verträge ohne Mitwirkung ärztlicher Selbstverwaltung gefährden die ärztliche Freiberuflichkeit und die vorrangig an den Notwendigkeiten der Patientenversorgung orientierte ärztliche Berufsausübung.
- **Eine sach- und bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung.** Dazu gehört ein Finanzierungssystem, das sowohl der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, ihrer Innovationsfunktion als auch der notwendigen Daseinsvorsorge Rechnung trägt. Dies ist weder mit der Übernahme DRG-orientierter Fallpauschalensysteme noch mit einem einseitigen Kündigungsrecht der Krankenkassen vereinbar.
- **Wiederherstellung der Niederlassungsfreiheit.**
- **Die Finanzierung zusätzlicher Leistungen darf nicht zu Lasten bisheriger ärztlicher Leistungen erfolgen, aktuelles Beispiel dafür ist die Finanzierung der Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten.**

Soziale Gestaltung und Wirtschaftlichkeit sind im Gesundheitswesen keine Gegensätze

Die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos muss auch in Zukunft elementarer Bestandteil unserer sozialen Sicherung sein.

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 fordert deshalb von Regierung und Parlament für den Erhalt eines sozialen und solidarisch finanzierten Gesundheitswesens:

- **Die Verantwortung für die Finanzierung des medizinisch Notwendigen liegt bei der Politik.** Das notwendige Finanzvolumen muss epidemiologisch begründet, demografisch bestimmt, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dynamisch sein. Über die Definition des medizinisch Notwendigen muss dazu ein kontinuierlicher gesellschaftlicher Diskurs geführt werden.
- **Eigenverantwortung ist ein notwendiges Element jeder sozialen Absicherung. Das Maß an zumutbarer Eigenverantwortung in einem System solidarischer Absicherung muss geklärt werden.**
- **Die Einnahmehbasis für die solidarische Aufbringung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung muss verbreitert werden.** Die Beitragsbemessung muss grundsätzlich so gestaltet werden, dass sie die tatsächliche Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitgliedes zu Grunde legt, um auch künftig den solidarischen Charakter der GKV zu erhalten.
- **Versicherungsfremde Leistungen müssen aus der GKV herausgenommen werden.** Etliche Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung haben nichts mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu tun, sondern sind allgemeine Sozialleistungen.
- **Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern an das Niveau in den alten Bundesländern bis zum Jahre 2004 und umgehende Anpassung der GOÄ.**

Der Wettbewerb ist qualitätsorientiert zu gestalten: Wenn Wettbewerb zukünftig zum Maßstab der Verteilung im Gesundheitswesen werden soll, brauchen wir eine soziale und qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung.

2. Fortentwicklung der Patientenrechte - Selbstverwaltungsgremien

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-2) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für ein von Mündigkeit und gegenseitigem Verständnis bestimmtes Patienten-Arzt-Verhältnis ist eine gesicherte rechtliche Stellung von Patienten und Versicherten unabdingbar.

In Deutschland besteht ein im internationalen Vergleich vorbildliches und hohes Niveau von Schutzrechten für Patienten. Das deutsche Gesundheitswesen ist noch immer eines der besten der Welt. Wer eine medizinische Leistung benötigt, bekommt sie - ohne Ansehen der Person, des Geschlechts, des Alters, der Abstammung oder der Vermögensverhältnisse.

Politik, Verbraucherschutzverbände und Teile der Öffentlichkeit beklagen dennoch immer wieder, dass Patientenrechte wie z. B. Transparenz und insbesondere Rechte bei der Mitwirkung an den grundlegenden Steuerungsentscheidungen im Gesundheitswesen sowie den Entscheidungen der ärztlichen und der gemeinsamen Selbstverwaltung fehlten.

Beteiligungsrechte der Versicherten bestehen über die Selbstverwaltung ihrer Krankenkassen. Richtig ist zwar, dass diese Selbstverwaltung oftmals zu einem Spielball von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen geworden ist und die im Kern wichtigen Sozialwahlen zu Akklamationswahlen verkümmert sind. Die hieraus sicher abzuleitende Benachteiligung der Patienten bei der Ausübung ihrer Rechte ist aber nicht der Ärzteschaft anzulasten und auch nicht bei ihr zu lösen sondern muss bei der Reform der Organisationsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit angegangen werden.

Patientenschutz kann am besten durch eine finanziell ausreichend ausgestattete und mit weit reichender Beteiligung betroffener Versicherter und Patienten organisierte Krankenversicherung gewährleistet werden. Da hier erkennbar Defizite bestehen, ist der Ruf nach „mehr Patientenrechten“ und „mehr Patientenbeteiligung“ in den Gremien der gemeinsamen und ärztlichen Selbstverwaltung meist nur ein Ablenkungsmanöver, um von den zu Grunde liegenden Problemen der GKV abzulenken. Die angeblich nötige Fortentwicklung von Patientenrechten, das Einräumen besonderer Beteiligungsrechte bei den Steuerungsentscheidungen des Gesundheitswesens darf nicht dazu dienen, Rationierungsentscheidungen der Politik und Leistungsverweigerungen durch die GKV zu legitimieren. Dies lehnt die Deutsche Ärzteschaft entschieden ab. Beteiligungsrechte können keine Leistungsansprüche ersetzen. Eine gesetzlich verankerte Beteiligung von Patienten- oder Versichertenvertretern in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen muss jedoch zwingend an eine Einheit von Handlung und Verantwortung gebunden werden. Die Selbstverwaltungspartner müssen für ihre Handlungen inhaltlich und materiell einstehen. Gleiches muss auch für eventuell hier mitbestimmende „Patientenvertreter“ gelten.

Darüber hinaus besteht ein großes Problem in der Legitimation dieser Patientenvertreter. Bis heute gibt es außer den Selbstverwaltungsgremien der GKV keine hinreichend legitimierten Patientenorganisationen, die umfassend, ausgewogen und gerecht für die Patienten sprechen können.

3. Fortentwicklung der Patientenrechte - Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-3) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Deutsche Ärzteschaft bekennt sich zu den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die von der Ärzteschaft eingerichtet wurden, um Patientinnen und Patienten, die sich durch ärztliche Handlungen geschädigt fühlen, schnell, kostenfrei, unbürokratisch, unabhängig und kompetent zu einer gutachterlichen Stellungnahme zu verhelfen. Dieses freiwillige Angebot der deutschen Ärztekammern ist Ausdruck der Anerkennung der Probleme sich geschädigt fühlender Patienten im rechtlichen Verfahren. Es beruht auf freiwilliger Beteiligung der Ärzte und Haftpflichtversicherer und hilft lang andauernde und kostspielige prozessuale Auseinandersetzungen zu reduzieren.

Die hohe Rate angenommener Schlichtungssprüche, die niedrige Prozessquote und die hohe Akzeptanz der Schlichtungsvorschläge und Gutachten vor Gericht belegen überzeugend die Kompetenz und Professionalität der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Diese Bilanz widerlegt ebenfalls überzeugend die aus den Kreisen von Verbraucherschutzverbänden wiederholt geäußerte Vermutung der Voreingenommenheit und Einseitigkeit. Dies soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass gleichwohl im Interesse der Patienten eine Verbesserung im Verfahren - so weit nicht bereits geregelt - vorstellbar ist. So sollte eine mündliche Anhörung der Beteiligten möglich sein, der Patient sich auch durch einen von ihm bestimmten Vertreter seines Vertrauens vertreten lassen können und auch Beteiligungsrechte an der Auswahl der zu beauftragenden Gutachter - wo sie noch nicht bestehen - eingeführt werden. Eine Einsichtnahme in die erstellten Gutachten ist für die Patienten gewährleistet.

Eine Beteiligung von "Patientenvertretern" an den Spruchkörpern der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen lehnt die Deutsche Ärzteschaft hingegen entschieden ab, da es bei den Gutachten- oder Schlichtungsvorschlägen allein um die objektive Beurteilung medizinischer und/oder juristischer Sachverhalte geht.

Unabhängig davon besteht ein großes Problem in der Legitimation von Patientenvertretern. Bis heute gibt es keine hinreichend legitimierten Patientenorganisationen, die umfassend, ausgewogen und gerecht für alle Patienten sprechen könnten.

Eine einseitige Beteiligung von selbst ernannten "Patientenvertretern" im Spruchkörper gefährdet jedoch das Schlichtungsverfahren, das auf der freiwilligen Beteiligung der Ärzte fußt .

4. *Transparenz in Berufungsverfahren*

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren (Drucksache I-4) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Für eine ausgewogene medizinische Forschung und Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie eine den Studentinnen und Studenten gerecht werdende Lehre ist es notwendig, dass Lehrstühle ausschließlich unter rein fachlichen Gesichtspunkten besetzt werden und dass insbesondere die Berücksichtigung von Bewerberinnen nicht durch unsachliche Argumentation verhindert wird.

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, die zuständigen Landesministerien, den Medizinischen Fakultätentag sowie die Fachgesellschaften auf, hier für ein Klima mit mehr Transparenz und mehr Chancengleichheit bei der Zusammensetzung von Berufungskommissionen, der Auswahl der Gutachter und Gutachterinnen in Berufungsverfahren, bei Platzierungen auf Berufsungslisten und bei den Berufungen von diesen Listen zu sorgen.

5. *Reform der Approbationsordnung für Ärzte*

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn R. Henke, Dr. Wolter (Drucksache I-5) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 103. Deutsche Ärztetag begrüßt die aktuelle Ankündigung von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, die im Bundesrat vorliegende Reform der ärztlichen Approbationsordnung endlich voranzutreiben. Das hierfür vorgelegte Reformpapier liegt seit 1997 entschließungsbereit dem Bundesrat vor. Der 103. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesministerin auf, in Zusammenarbeit mit den Kultusministern deren Blockadehaltung zu lösen.

Oberstes Gebot dieser Reform der ärztlichen Ausbildung muss die Qualitätsverbesserung sein; dies ist in dem im Bundesrat vorliegenden Gesetzentwurf gewährleistet. Eine Verabschiedung ist längst überfällig.

6. Tarifverhandlungen über die Arbeitszeit im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn R. Henke, Dr. Wolter (Drucksache I-6) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Krankenhausärztinnen und -ärzte in Deutschland sind empört über die Weigerung der öffentlichen Arbeitgeber, die Tarifverhandlungen über die Arbeitszeit im Krankenhaus fortzusetzen.

Der 103. Deutsche Ärztetag erklärt sich solidarisch mit den Warnstreiks der Pflegeberufe und anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern.

7. Definition von Basis-, Ergänzungs- und Komplementärversorgung

Auf Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache I-8) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer sich an der Definition der Leistungen der medizinischen Basisversorgung und der Definition der Leistungen der Ergänzungs- oder Komplementärversorgung aktiv zu beteiligen, damit baldmöglichst eine Strukturreform der GKV durchgeführt werden kann.

8. Strukturreform der GKV in Angriff nehmen

Auf Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache I-9) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutscher Ärztetag bittet die Sozialpolitiker sich endlich mit der überfälligen Strukturreform der GKV zu befassen, in der neben einer Pflicht zur solidarisch finanzierten medizinischen Basisversorgung die Möglichkeit zur privaten Versicherung von Ergänzungs- oder Komplementärleistungen besteht.

Zu Punkt II der Tagesordnung: **Weiterentwicklung der (Muster-)Berufsordnung**

a) Weiterentwicklung der Vorschriften der beruflichen Kommunikation (§§27, 28 i.V.m. Kap. D I Nr. 1-6)

b) Weiterentwicklung der Vorschriften der berufsrechtlichen Regeln des Praxisverbundes (Kap. D II Nr. 11)

1. Änderung der (Muster-)Berufsordnung

Entsprechend den Anträgen des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksachen IIa-1 und IIb-1) und unter Berücksichtigung der Änderungsanträge von Dr. Thierse und Dr. Pickerodt (Drucksache IIa-8) in 2. Lesung, Prof.Dr. Mangold und Dr. Schulze (Drucksache IIb-3), Dr. Fabian, Dr. Montgomery und Herrn Henke (Drucksache IIb-2) sowie Dr. Ottmann (Drucksache IIb-4) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag 2000 mit großer Mehrheit bei einzelnen Gegenstimmen, die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen- und Ärzte i.d.F. der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages den Abschnitt Berufliche Kommunikation (§§ 27, 28) und die Ergänzenden Bestimmungen Kap. D I Nr. 1 – 6 sowie Kap. D II Nr. 11 wie folgt zu ändern (Änderungen sind kursiv gedruckt):

Berufliche Kommunikation

§ 27 Erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit – berufswidrige Werbung

- (1) *Dem Arzt sind sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet. Für Praxisschilder, Anzeigen, Verzeichnisse, Patienteninformationen in Praxisräumen und öffentlich abrufbare Arzthinformationen in Computerkommunikationsnetzen gelten hinsichtlich Form, Inhalt und Umfang die Grundsätze des Kapitels D I Nrn. 1-5. Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.*
- (2) Der Arzt darf eine *berufswidrige* Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für die anpreisende Herausstellung von Ärzten in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen. Der Arzt darf nicht dulden, dass Berichte oder Bildberichte *veröffentlicht werden, die seine ärztliche Tätigkeit oder seine Person berufswidrig werbend herausstellen.*

§ 28 Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

Veröffentlichungen medizinischen Inhalts oder die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen in den Medien sind zulässig, so weit die Veröffentlichung und die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und die Person sowie das Handeln des Arztes nicht be-

rufswidrig werbend herausgestellt werden. Dies gilt auch für öffentliche Vorträge medizinischen Inhalts.

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

Nr. 1 Information anderer Ärzte

Ärzte dürfen andere Ärzte über ihre Qualifikation und über ihr Leistungsangebot informieren. Bei der Information ist jede berufswidrig werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit untersagt.

Nr. 2 Praxisschilder

- (1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. *Die nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form und nur dann geführt werden, wenn der Arzt die von weiterbildungsrechtlichen Qualifikationen umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.*
- (2) Das Praxisschild darf über die Angaben nach Abs. 1 hinaus *Qualifikationen, die von einer Ärztekammer verliehen wurden, enthalten. Für die Angaben nach Satz 1 gilt Abs. 1 Satz 2 entsprechend. Privatwohnung, Kommunikationsverbindungen, medizinisch-akademische Grade und ärztliche Titel können angekündigt werden. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.*
 - (2a) *Ausgenommen wird hiervon ausdrücklich die als nicht führungsfähig bezeichneten Qualifikationen der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 1992.*
- (3) Folgende weitere Angaben dürfen, sofern die Voraussetzungen vorliegen, auf dem Praxisschild genannt werden:
 - a) Zulassung zu den Krankenkassen
 - b) „hausärztliche Versorgung“
 - c) „Durchgangsarzt“ oder „D-Arzt“,
„H-Arzt“
 - d) „Dialyse“
 - e) Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kapitel D II Nr. 11
 - f) Bereitschaftsdienst- oder Notfallpraxis
- (4) Ein Arzt, der Belegarzt ist, darf auf seine belegärztliche Tätigkeit durch den Zusatz auf dem Praxisschild „Belegarzt“ und die Hin-

zufügung des Namens des Krankenhauses, in dem er die beleg-ärztliche Tätigkeit ausübt, hinweisen.

- (5) Ein Arzt, der ambulante Operationen ausführt, darf dies mit dem Hinweis „Ambulante Operationen“ auf dem Praxisschild ankündigen, wenn er ambulante Operationen, die über kleine chirurgische Eingriffe hinausgehen, ausführt und die Bedingungen der von der Ärztekammer eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllt.
- (6) Ein Arzt darf mit der Bezeichnung „Praxisklinik“ eine besondere Versorgungsweise und besondere Praxisausstattung auf seinem Praxisschild ankündigen, wenn er
 - a) im Rahmen der Versorgung ambulanter Patienten bei Bedarf eine ärztliche und pflegerische Betreuung auch über Nacht gewährleistet,
 - b) neben den für die ärztlichen Maßnahmen notwendigen Voraussetzungen auch die nach den anerkannten Qualitätssicherungsregeln erforderlichen, apparativen, personellen und organisatorischen Vorkehrungen für eine Notfallintervention beim entlassenen Patienten erfüllt.
- (7) Die Ärzte, die die Angaben zu Absätzen 4 bis 6 führen, haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die für eine Prüfung der notwendigen Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.
- (8) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch die Hochschule oder das zuständige Landesministerium verliehen worden ist. Dasselbe gilt für die von einer medizinischen Fakultät einer ausländischen wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung, wenn sie nach Beurteilung durch die Ärztekammer der deutschen Bezeichnung „Professor“ gleichwertig ist. Die nach Satz 2 fühzbare, im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.
- (9) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärzte-Partnerschaft, Kapitel D Nr.8) sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte anzuzeigen. Der Zusammenschluss ist ferner entsprechend der Rechtsform mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ oder „Partnerschaft“ anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig. Hat eine ärztliche Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaft gemäß Kapitel D Nr.8 mehrere Praxissitze, so ist für jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.
- (10) Bei Kooperationen gemäß Kapitel D Nr. 9 darf sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D Nr. 10 darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen

ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung Arzt oder eine andere fñhrbare Bezeichnung angegeben wird.

- (11) ZusammenschlÙsse zu Organisationsgemeinschaften dñrfen nicht angekñndigt werden.
- (12) Das Fñhren von Zusätzen, die nicht gemäß den vorstehenden Vorschriften erlaubt sind, ist untersagt.
- (13) Fñr Form und Anbringung der Praxisschilder gelten folgende Regeln:
 - a) Das Praxisschild soll der Bevñlkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das ùbliche MaÙ (etwa 35x50 cm) nicht ùbersteigen,
 - b) bei Vorliegen besonderer Umstānde, zum Beispiel bei versteckt liegenden Praxiseingāngen, darf der Arzt mit Zustimmung der Ärztekammer weitere Arztschilder anbringen,
 - c) bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.
- (14) Mit Genehmigung der Ärztekammer darf der Arzt ausgelagerte Praxisrāume gemāÙ § 18 erforderlichenfalls mit einem Hinweisschild kennzeichnen, welches seinen Namen, seine Arztbezeichnung und den Hinweis „Untersuchungsrāume“ oder „Behandlungsrāume“ ohne weitere Zusätze enthālt.

Nr. 3 Anzeigen

- (1) Anzeigen ùber die Niederlassung oder Zulassung dñrfen nur in Zeitungen erfolgen. Sie dñrfen auÙer der Anschrift der Praxis nur die fñr die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten zur Bekanntgabe der Niederlassung oder der Aufnahme der Kassenpraxis verñffentlicht werden.
- 2) Im ùbrigen sind Anzeigen in den Zeitungen nur bei Praxisaufgabe, Praxisùbergabe, lāngerer Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Ānderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dñrfen aus diesem Anlass hñchstens dreimal verñffentlicht werden.
- (3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen mñssen sich nach den òrtlichen Gepflogenheiten richten.
- (4) Ārzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D II Nr.11) zusammengeschlossen haben, dñrfen dies als Verbund in Zeitungsanzeigen bis zu dreimal bekannt geben.

Nr. 4 Verzeichnisse

- (1) *Ärzte dürfen sich in für die Öffentlichkeit bestimmte Informationsmedien eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:*
 - a) *sie müssen allen Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,*
 - b) *die Eintragungen müssen sich grundsätzlich auf die nach Kapitel D I Nr. 2 ankündigungsfähigen Bezeichnungen beschränken.*
- (2) *Soll das Verzeichnis weitere Angaben enthalten, darf sich der Arzt eintragen lassen, wenn sich die Angaben im Rahmen der Bestimmungen nach Nr. 5 halten und insbesondere die Form, der Inhalt, der Umfang und die Systematik der Angaben vom Herausgeber des Verzeichnisses vor der Veröffentlichung mit der zuständigen Ärztekammer abgestimmt worden sind.*
- (3) *Ärzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D II Nr. 11) zusammengeschlossen haben, dürfen dies in Verzeichnissen zusätzlich zu eventuellen Einzelangaben der Praxis bekannt geben.*

Nr. 5 Patienteninformation in den Praxisräumen und öffentlich abrufbare Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen

- (1) *Sachliche Informationen, die im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen stehen, und organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung (Abs. 3) sind in Praxisräumen des Arztes sowie in öffentlich abrufbaren Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen zur Unterrichtung der Patienten zulässig, wenn eine berufswidrig werbende Herausstellung des Arztes und seiner Leistungen unterbleibt.*
- (2) *Angaben nach Abs. 1 dürfen, soweit sie auf besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Tätigkeiten) verweisen, in Praxisinformationen und öffentlich abrufbaren Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen nur dann aufgenommen werden, wenn*
 - a) *nicht mehr als drei Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen aufgeführt werden,*
 - b) *diese Angaben nicht mit solchen der Weiterbildungsordnung oder solchen Qualifikationen, die von Ärztekammern verliehen wurden, verwechselt werden können.*

Den Angaben muss der deutliche Hinweis vorangestellt werden, dass ihnen nicht eine von einer Ärztekammer verliehene Qualifikation zugrunde liegt.

- (3) Bei praxisorganisatorischen Hinweisen handelt es sich um Hinweise, welche die „Organisation“ der Inanspruchnahme des Arztes durch Patienten in seinen Praxisräumen sowie den organisatorischen Ablauf in der Praxis selbst betreffen. Hinweise auf Sprechstunden, Sondersprechstundenzeiten, Telefonnummern, Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde, Praxislage im Bezug auf öffentliche Verkehrsmittel (Straßenplan), Angabe über Parkplätze, besondere Einrichtungen für Behinderte können Gegenstand von praxisorganisatorischen Hinweisen sein.
- (4) *Ärzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D. II. Nr. 11) zusammengeschlossen haben, dürfen den Verbund in Computerkommunikationsnetzen auf einer dem allgemeinen Publikum zugänglichen Homepage ankündigen. Auf dieser Homepage dürfen sachliche Informationen des Verbundes, die im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen stehen, sowie organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung gegeben werden. Jede berufsrechtswidrig werbende Herausstellung des Verbundes und/oder der an ihm teilnehmenden Ärzte ist untersagt.*
- (5) *Entsprechendes gilt für Ankündigungen auf Briefbögen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr.*

Nr. 11 Praxisverbund

- (1) *Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.*
- (2) *Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.*
- (3) *In eine Kooperation nach Abs. 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehakliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach Abschnitt D II Nr. 9 Abs. 2 einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach Abschnitt D II Nr. 9 Abs. 1 gewahrt sind.*

2. *Praxisschild - Abrechnungsberechtigung*

Auf Antrag von Dr. von Knoblauch (Drucksache IIa-6) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Das Führen kassenarztrechtlicher Abrechnungsberechtigungen auf dem Arztschild wird nicht gestattet.

Begründung:

Das Arztschild ist Ausdruck der (Muster-)Berufsordnung.

Daher können Regelungen des Vertragsarztrechts, die nicht als Qualifikationen des ärztlichen Berufsrechts entstanden sind, nicht auf dem Arztschild führungsfähig werden.

3. *Interlokale Gemeinschaftspraxis*

Auf Antrag von Dr. Fabian, Dr. Montgomery und Herrn Henke (Drucksache IIb-2) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag spricht sich dagegen aus, die (Muster-)Berufsordnung bei Kap. D II Nr. 8 dahingehend zu ändern, dass künftig auch bei praxisbezogener Tätigkeit jeder Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft einen eigenen Praxissitz haben kann. Es sollte bei der bisherigen Regelung bleiben, wonach eine Berufsausübungsgemeinschaft nur an einem gemeinsamen Praxissitz zulässig ist. Mit der beabsichtigten Änderung würden Zusammenschlüsse und Kartellbildungen begünstigt, was die Niederlassungen noch mehr als bisher erschweren würde. In gesperrten Planungsbereichen hätten Niederlassungswillige immer seltener die Möglichkeit, eine Einzelpraxis zu übernehmen, sondern wären zunehmend oder gar ausschließlich darauf angewiesen, den Vertragsarztsitz als Teil einer Gemeinschaftspraxis zu akzeptieren. Deren Übernahmbedingungen sind oft durch die Benachteiligung der Junior-Partner gekennzeichnet. In nicht wenigen Fällen ist die Vertragsgestaltung für den neu hinzugekommenen Partner so, dass sein Status im Innenverhältnis mehr dem eines schlecht bezahlten Angestellten als dem eines Partners gleicht.

Die beabsichtigte Änderung der (Muster-)Berufsordnung richtet sich gegen die Interessen der niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte und ist kein Beitrag zur Kollegialität.

4. *"Überörtliche" Gemeinschaftspraxis einführen*

Auf Antrag von Dr. Ottmann (Drucksache IIb-4) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Kapitel D II Nr. 8, Absatz 2 der MBO-Ä-1997 (DÄ 1997, Ä-2354) ist in dieser Form zu belassen. Die Einführung von „überörtlichen“ Gemeinschaftspraxen für am Patienten tätige Ärzte ist abzulehnen.

Begründung:

Die „überörtliche“ Gemeinschaftspraxis ermöglicht die Filialbildung von Arztpraxen, wie dies in der gewerblichen Wirtschaft üblich ist. Dies ist grundsätzlich nicht mit

dem Wesen des Arztberufes als freier Beruf (§ 1, Abs. 1, Satz 1 MBO-Ä 1997) vereinbar.

Die Möglichkeit für Gemeinschaftspraxen mehrere Praxissitze zu unterhalten, führt faktisch zu einer Ausweitung des Einzugsbereiches von Gemeinschaftspraxen und benachteiligt damit die Einzelpraxis im Verhältnis zur Gemeinschaftspraxis.

Überdies ist zu befürchten, dass durch die Einführung von „überörtlichen“ Gemeinschaftspraxen das Arzt-Patient-Verhältnis geschwächt wird, wenn der Patient am Behandlungsort nicht mehr „seinen“ Arzt vorfindet, da dieser zwischen den einzelnen Behandlungsorten (Praxissitzen) hin und her wechseln kann.

Zu Punkt III der Tagesordnung: **Ärztliche Arbeit und Zusammenarbeit in Europa**

1. *Gesundes Europa*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-1) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Gesundes Europa

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 bestärkt die Organe der Europäischen Union in dem Bemühen, den gesundheitlichen Schutz und die gesundheitliche Versorgung aller Menschen in der Union auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Er sieht darin eine wichtige Maßnahme, durch Gerechtigkeit die friedliche Koexistenz in Europa weiter zu festigen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Union zu stärken. Er begrüßt die Ziele des neuen Aktionsprogramms der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit:

- die Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit,
- die rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren und
- die Berücksichtigung der für die Gesundheit entscheidenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention.

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 stellt fest, dass der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheitspolitik ständig wächst. Er bedauert, dass die meisten Regelungen, die das Gesundheitswesen tangieren, Marktregelungen sind, die gesundheitliche und soziale Aspekte nur ungenügend berücksichtigen.

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 fordert deshalb:

- *den Erhalt der sozialen Funktion des Gesundheitswesens,*
- *einen sozial- und öffentlich-rechtlichen Schutz für die Gesundheitssysteme auf europäischer Ebene - gleichwertig zu den Regelungen über den Binnenmarkt - sowie eine Ablehnung einer rein ökonomischen Ausrichtung der Medizin,*
- *die internationale Zusammenarbeit der Sozial- und Gesundheitssysteme zu verbessern,*

- *die Schaffung klarer Regelungen der technischen Anpassung und Zusammenarbeit der Systeme (Konvergenz) und keine nivellierende Angleichung der Systeme (Harmonisierung),*
- *das Recht auf grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen,*
- *die Regelungsmöglichkeiten für Berufsrechte und -pflichten in freiheitlicher Selbstverwaltung,*
- *die rechtliche Anerkennung aller Selbstverwaltungskörperschaften auf europäischer Ebene.*

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 fordert das Europäische Parlament, den Rat, die Kommission und die anderen Organe der Union auf:

- darauf zu achten, dass der gemeinsame Markt den Menschen dienen muss und nicht umgekehrt,
- in der zu erstellenden Charta der Grundrechte auch die grundlegenden Rechte der Menschen in Bezug auf eine frei zugängliche und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung festzulegen,
- das Recht der Patienten anzuerkennen, notwendige medizinische Versorgung, auch in einem anderen Mitgliedsland zu erhalten, besonders dann, wenn sie im eigenen Land nicht geleistet werden kann. Dabei sind die notwendigen Regelungen zum Schutz der Leistungsfähigkeit und der Daseinsfürsorge der nationalen Gesundheitssysteme sowie der ethischen Standards angemessen zu berücksichtigen.
- die Vertretung der europäischen Ärzteschaft durch den Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte anzuerkennen.

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 appelliert an die Ärztinnen und Ärzte in den Mitgliedsländern der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in den beitrittswilligen Ländern:

- die Zusammenarbeit unter dem Dach des Ständigen Ausschusses zu suchen und diesen als die Vertretung der Europäischen Ärzte gegenüber den Organen der Union zu stärken.

2. Umsetzung des europäischen Gleichstellungsgebots

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren (Drucksache III-2) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert Bundesregierung, Landesregierungen und andere Beteiligte im Gesundheitswesen auf, nicht nur im Lichte des Art. 3 GG, sondern auch im Vollzug des vorrangigen Gemeinschaftsrechts und der Gleichstellungs-Richtlinien der Europäischen Union die tatsächliche Gleichstellung von Ärztinnen in Leitungsfunktionen und in Hochschulpositionen nachhaltig zu realisieren. Die Bundesregierung wird ferner aufgefordert, auf der Grundlage des neuen Art. 141 EG-Vertrag auf eine europaweite Ausschöpfung der Handlungsmöglichkeiten der Europäischen Gemeinschaft zur Förderung der tatsächlichen Gleichstellung von Männern und Frauen im Gesundheitswesen hinzuwirken.

Begründung:

Das ursprünglich auf Lohngleichheit von Männern und Frauen konzentrierte Gleichstellungsgebot im EG-Vertrag (Art. 119) hat sich durch die Rechtsprechung des Eu-

ropäischen Gerichtshofs und das sekundäre Gemeinschaftsrecht (Richtlinien) zu einem allgemeinen Gebot entwickelt, die Gleichstellung von Männern und Frauen zu fördern. Im Amsterdamer Vertrag ist in der Neufassung des Art. 141 EGV diese Erweiterung kodifiziert worden. Die Gemeinschaft verfügt damit über eine umfassende Handlungsmöglichkeit zur Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen im Sozialbereich. Die Mitgliedstaaten – damit auch die Bundesrepublik Deutschland – müssen die Gleichstellungspolitik im Lichte des Europäischen Gemeinschaftsrechts durchführen.

3. *Persönliche Kontakte zwischen Ärztinnen/Ärzten in Europa*

Der Antrag von Dr. Brunn (Drucksache III-3) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zusammen mit den Partnerorganisationen in Europa ein System der „gegenseitigen Gastfreundschaft“, dass dem persönlichen Kennenlernen von Ärztinnen/Ärzten dienen soll, zu schaffen.

Ärztinnen/Ärzte, die eine Kollegin/einen Kollegen aus einem anderen europäischen Land privat aufnehmen wollen, werden in eine Liste zentral bei der Bundesärztekammer aufgenommen.

4. *Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung in Europa*

Auf Antrag von Dr. Stöckle (Drucksache III-4) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert die ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den nationalen Ärztesgesellschaften auf, um bei wichtigen Fragen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung im Interesse einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung eine möglichst einheitliche Position europaweit zu beziehen.

Zu Punkt IV der Tagesordnung: Eckpunkte zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Gebietsdefinition

1. *Gebietsdefinition*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-2) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Bei Verabschiedung einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung wird das Gebiet wie in der jetzt gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung abschließend definiert. Die Definition umfasst einheitlich sämtliche innerhalb des Gebietes zu erwerbenden Kompetenzen.

Die Facharztweiterbildung bildet die wesentliche Teilmenge des Gebietes ab und beschreibt die obligatorischen Kenntnisse für alle Ärzte dieser Fachgruppe. Darüber hinaus können innerhalb der Gebietsgrenzen zusätzliche Kompetenzen (z.B. Zusatzbezeichnungen) individuell erworben werden.

2. Neue Fachgebiete

Der Antrag von Dr. Crusius, Dr. Mitrenga, Dr. Mothes und Prof.Dr. Haupt (Drucksache IV-34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Schaffung neuer Fachgebiete muss der entsprechende Fachgebietsinhalt aus dem ehemaligen „Mutterfach“ exkludiert werden. Voraussetzung dazu ist eine annähernd flächendeckende Versorgung innerhalb des „neuen“ Fachgebietes.

Fakultative Weiterbildung

1. Fakultative Weiterbildung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-3) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache IV-3a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt den Entfall der bisher nicht führungsfähigen Bezeichnung „Fakultative Weiterbildung“ bei einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

So weit bislang als „Fakultative Weiterbildung“ beschriebene Weiterbildungsinhalte als eigenständige Qualifikationen erhalten bleiben sollen, sind sie in andere Qualifikationen - z.B. in Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen - zu überführen; anderenfalls sind sie gegebenenfalls in die Facharztweiterbildung zu reintegrieren.

Zusatzbezeichnung / Bereich

1. Zusatzbezeichnung / Bereich

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-4) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Zusatzbezeichnungen stellen eine Qualifikation dar, die verschiedenen Gebieten zugeordnet werden können.

Dabei soll in einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung gelten:

Lassen sich die Inhalte einer Zusatzbezeichnung einer definierten Auswahl von Gebieten zuordnen, so gliedern sich die Weiterbildungsinhalte in Basiskenntnisse und in einzelnen Gebieten zugeordnete Kenntnisse. Die allgemeinen Basiskenntnisse der Zusatzbezeichnung müssen von allen gleichermaßen nachgewiesen werden. Die gebietsspezifischen Kenntnisse der Zusatzbezeichnung müssen nur für das jeweilige Fachgebiet erlernt werden.

Begründung:

Das bisherige Abverlangen von gebietsübergreifenden, fachfremden Kenntnissen hat zu Problemen bei der Weiterbildung und der Berufsausübung geführt, welche durch ein "Menü-Modell" gelöst werden können. Es soll zukünftig vermieden werden, dass Weiterbildungsinhalte erlernt werden müssen, die zum Teil nicht gebietskonform sind und somit auch nicht ausgeübt werden dürfen.

Fachkunde

1. Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache IV-5b) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Thierse (Drucksache IV-5a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt den Entfall von Fachkunden bei einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Gebietsbezogene nicht obligatorische Inhalte können unter einem zur Weiterbildung befugten Arzt – auch während der Weiterbildung zum Facharzt – erworben werden. Die Überprüfung der erlangten Kenntnisse kann im Rahmen der Facharztprüfung erfolgen; eine entsprechende Bescheinigung wird von der Ärztekammer ausgestellt.

Werden solche definierten Inhalte im Sinne einer Weiterqualifikation nach schon abgeschlossener Facharztweiterbildung erworben, so müssen diese Kenntnisse in einer eigenen Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen und bescheinigt werden.

Begründung:

Die Änderung stellt klar, dass diese nicht obligatorischen Inhalte unter einem befugten Arzt (s. Abs. 1) erworben werden müssen. Dies geht auch berufsbegleitend, wobei das Wort „Nachqualifikation“ als unglücklich empfunden wird und durch „Weiterqualifikation“ ersetzt wird.

Befähigungsnachweis

1. Befähigungsnachweis

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-6) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache IV-6a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt im Rahmen einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung die Einführung einer neuen Qualifikation im Weiterbildungsrecht, welche "Befähigungsnachweis" genannt wird.

Der Befähigungsnachweis ist definiert als fakultative, theoretische und berufsbeleitend zu erwerbende Qualifikation. Der Erwerb der Kenntnisse ist nicht an die Vermittlung durch einen weiterbildungsbefugten Arzt gebunden, muss aber durch eine von der Ärztekammer anerkannte Weiterbildungsmaßnahme erfolgen.

Neu einzuführende Bezeichnungen werden im Einzelnen vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgeschlagen und von den Landesärztekammern beschlossen. Diese Befähigungsnachweise sind somit nicht Bestandteil der Weiterbildungsordnung im Sinne des (genehmigungsbedürftigen) Satzungsrechtes, sie sind jedoch in einem Katalog als Anhang zur Weiterbildungsordnung aufzulisten.

Befähigungsnachweise dienen auch als Instrument zur Weiterqualifikation.

Begründung:

Der Befähigungsnachweis stellt – im Sinne des Ärztekammerdiploms – ein fakultatives Weiterbildungsinstrument dar, welches u. a. der zeitnahen Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dient oder andere Qualifikationen beschreibt, die ausschliesslich theoretisch und/oder in Kursen berufsbegleitend vermittelbar sind.

Befähigungsnachweise stellen in ihrem Charakter eine Mischform zwischen Fort- und Weiterbildung dar. Da eine Rechtsgrundlage für ein vorgeschriebenes "definiertes Fortbildungsziel" nicht über die in der Berufsordnung verankerte allgemeine Verpflichtung zur Fortbildung gegeben ist, erscheint es geeigneter, diese Qualifikation im Weiterbildungsrecht anzusiedeln. Dabei müssen Wege gefunden werden, um diese Bezeichnungen ohne großen Verwaltungsaufwand und ohne zeitliche Verzögerung einführen zu können. Dies ist dadurch gegeben, dass die Befähigungsnachweise über den Vorstand der Ärztekammer beschlossen und in einem Anhang zur Weiterbildungsordnung aufgelistet werden.

Common trunk

1. Neuordnung der Gebiete im Rahmen der chirurgischen Fächer

Auf Antrag von Dr. Holfelder, Prof.Dr. Lob und Dr. Thierse (Drucksache IV-38) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag nimmt die Pläne über die Neuordnung der Gebiete im Rahmen der chirurgischen Fächer zustimmend zur Kenntnis, wie sie in den Anträgen IV-12 und IV-13 vorgelegt wurden und beauftragt die Weiterbildungsgremien (Ausschuss und Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“) zusammen mit den medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden in die Detailplanung einzutreten.

Begründung:

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt soll und kann bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung eine Beschlussfassung über Details nicht erfolgen. Vielmehr sollen lediglich Grundsatzentscheidungen getroffen werden. Dennoch erscheint es notwendig, auch für die Gebiete im Rahmen der chirurgischen Fächer eine Grundsatzentscheidung zu treffen, um Gebiete, die bis zu 99 Jahre als selbstständige, von der Chirurgie unabhängige Gebiete existiert haben, wieder zusammenführen zu können. Hierdurch kann z. B. eine deutliche Verringerung der Zahl der Gebiete in der Weiterbildungsordnung erreicht werden. Dies erfordert trotz der bisherigen einhelligen Beschlüsse der betroffenen Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften noch zahlreiche, zeitaufwändige Beratungen über Detailfragen, die nur dann sinnvoll erfolgen können, wenn der Deutsche Ärztetag diese zukunftsweisende Entscheidung im Grundsatz billigt.

2. Neuordnung der Orthopädie/Unfallchirurgie

Der Antrag von Dr. Thierse und Prof.Dr. Lob (Drucksache IV-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Orthopädie und Unfallchirurgie schließen sich bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu einem gemeinsamen Fach mit dem Arbeitstitel: „Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie“ zusammen.

Das neue Fach wird Teil des Gebietes / common trunk der chirurgischen Fächer.

Begründung:

Dieser Antrag basiert auf einem einstimmigen Beschluss der entsprechenden wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände.

Wir kommen damit dem Antrag vergangener Ärtetage nach, verwandte Gebiete und Schwerpunkte zusammenzuführen mit dem Ziel, die Weiterbildung zu vereinfachen bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität für den Patienten.

Weitere Begründung erfolgt ggf. mündlich.

3. Neuordnung der Weiterbildung der Chirurgie

Der Antrag von Prof.Dr. Lob und Dr. Thierse (Drucksache IV-13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Ärztinnen/Ärzte der Fächer:

- Chirurgie
- Gefäßchirurgie
- Herzchirurgie
- Kinderchirurgie
- Plastische Chirurgie
- Thoraxchirurgie
- Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Visceralchirurgie

werden bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung gleichberechtigte Fachärzte innerhalb des Gebietes der Chirurgie. Die Fächer bestehen auf einer gemeinsamen Grundweiterbildung („common trunk“).

Begründung:

Dieser Antrag beruht auf einer einstimmigen Beschlussfassung der entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Mit einem zustimmenden Beschluss des Deutschen Ärztetages hätten wir rechtzeitig die Möglichkeit, ohne Zeitdruck inhaltlich fundierte Anpassungen der Weiterbildungsgänge an die Realität und auch an die wissenschaftliche Entwicklung zu planen.

4. Common trunk

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-7) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache IV-7a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Bei der Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung befürwortet der Deutsche Ärztetag die grundsätzliche Möglichkeit einer Strukturierung der Weiterbildung in geeigneten Gebieten über eine gemeinsame Basisweiterbildung. Über die Einführung geeigneter Gebiete wird der Deutsche Ärztetag erst beschließen, wenn konkrete Inhalte für eine entsprechende Basisweiterbildung definiert worden sind und wenn dargelegt ist, dass ausreichend Weiterbildungsstätten eine derartige Basisweiterbildung vermitteln können.

EU-Konformität

1. Verkürzung der Mindestweiterbildungszeiten

Auf Antrag von Prof.Dr. Lob, Frau Dr. Gitter, Dr. Montgomery und Dr. Mitrenga (Drucksache IV-21) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert eine Verkürzung bzw. Ausrichtung der Mindestweiterbildungszeiten in der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf die in der EU konsentierten Mindestweiterbildungszeiten.

Dies kann erreicht werden durch die Definition von Weiterbildungsinhalten und Weiterbildungszielen. Überzogene Richtzahlen müssen abgebaut werden. Außerdem muss zwischen obligatorischen und fakultativen Weiterbildungsinhalten unterschieden werden.

2. EU-Konformität

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-8) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt, dass in einer novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung die Mindestzeiten der Schwerpunktweiterbildungen 3 Jahre betragen sollen, um für deutsche Ärztinnen und Ärzte eine Migration innerhalb der europäischen Union zu erleichtern.

Begründung:

Gemäß EU-Vorgaben müssen die nachgewiesenen Zeiten für eine Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes mindestens 3 Jahre betragen, um die Titel im Sinne der Richtlinie 93/16/EWG (Gegenseitige Anerkennung von Diplomen...) ohne materielle Prüfung der Weiterbildungsinhalte umschreiben zu können.

Weiterbildungszeiten

1. Weiterbildung in Teilzeit

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Frau Dr. Gitter und Dr. Mitrenga (Drucksache IV-14) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Teilzeittätigkeit stellt für viele Ärztinnen und Ärzte oft die einzige Möglichkeit dar, berufliche und private/familiäre Belange zufrieden stellend zu verbinden.

Nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung kann Weiterbildung inzwischen grundsätzlich in Teilzeit erfolgen, formal jedoch nur, wenn ganztägige Weiterbildung nicht möglich ist.

Die dadurch entstehende Nachweis- und Begründungspflicht hält der 103. Deutsche Ärztetag für unangemessen und unnötig. Bei der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung muss diese Regelung entfallen.

Der 103. Deutsche Ärztetag appelliert an die Landesärztekammern, bereits vor der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf dieser Nachweispflicht nicht mehr zu bestehen.

2. Keine unkritische Verlängerung von Mindestweiterbildungszeiten

Auf Antrag von Prof.Dr. Lob, Dr. Montgomery, Frau Dr. Gitter und Dr. Mitrenga (Drucksache IV-19) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Weiterbildungsgremien und der Vorstand der Bundesärztekammer werden gebeten, Anträge auf Verlängerung von Mindestweiterbildungszeiten besonders kritisch zu bewerten und möglichst nicht zuzulassen.

Durch die vorgesehene Modularität der Weiterbildung können zusätzliche Qualifikationen auch später erworben werden. Der Auftrag mehrerer Deutscher Ärztetage lautet: Vereinfachung und „Machbarkeit“ der Weiterbildung über die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu gewährleisten.

3. Verlängerung Schwerpunktweiterbildungszeit

Auf Antrag von Dr. Zimmermann (Drucksache IV-33) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Bei der Verlängerung der Schwerpunktweiterbildungszeit auf 3 Jahre ist Sorge dafür zu tragen, dass mindestens 1 Jahr in die Gebietsweiterbildung versenkt werden kann.

Befugnis

1. Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Auf Antrag von Dr. Zollner (Drucksache IV-10) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 103. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung sicherzustellen, dass Weiterbildungsinhalte stärker als bisher durch niedergelassene Ärzte vermittelt werden. Um dies sicherzustellen, müssen mehr niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen zur Weiterbildung ermächtigt werden.

Begründung:

Rund 90 Prozent aller Patienten werden in der ambulanten Versorgung behandelt. Die durch den niedergelassenen Arzt vermittelten Weiterbildungsinhalte tragen dem überwiegenden Krankheitsgeschehen Rechnung.

2. Förderung von Verbund-Weiterbildungsgängen

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Mitrenga und Dr. Eichelmann (Drucksache IV-16) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag befürwortet eine Förderung bzw. Erleichterung von Verbundweiterbildungsgängen mit Erteilung entsprechender Weiterbildungsbefugnisse, auch unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Diese Rotation muss ebenfalls durch die Arbeitgeber vertraglich unterstützt werden. Dadurch soll den Weiterzubildenden insbesondere angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktsituation für Ärztinnen und Ärzte ein reibungsloser und fachlich sinnvoller Ablauf der Weiterbildung ermöglicht werden.

3. Erweiterung der Zahl der Weiterbildungsbefugten

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Frau Dr. Gitter und Dr. Mitrenga (Drucksache IV-20) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag befürwortet die Erweiterung der Zahl der Weiterbildungsbefugten, da auch heute schon ein Großteil der Weiterbildung nicht (nur)

durch die (in der Regel befugten) leitenden Ärztinnen und Ärzte erfolgt, sondern durch andere Fachärztinnen und Fachärzte. Gegebenenfalls kann ergänzend ein Weiterbildungskordinator in einer Klinik/Abteilung eingesetzt werden. Eine solche Erweiterung würde auch den Beschlüssen des 102. Deutschen Ärztetages zur Strukturreform des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus entsprechen. Die Befugnis zur Weiterbildung setzt die Weisungsfreiheit für diese Tätigkeit voraus.

4. Teamarztweiterbildungsbefugnisse fördern

Der Antrag von Frau Dr. Machnik und Dr. Nielsen (Drucksache IV-24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand und die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer auf, die Bestimmungen zur Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen den veränderten Verhältnissen in den Weiterbildungsstätten anzupassen.

Eine Weiterbildungsbefugnis sollten alle an der Weiterbildung beteiligten Ärztinnen und Ärzte haben. Für jeweils 10 Ärztinnen/Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, sollte mindestens ein befugter Arzt/Ärztin vorhanden sein. Teamarztweiterbildungsbefugnisse sind anzustreben.

Begründung:

Weiterbildung kann nicht mehr Angelegenheit eines einzelnen leitenden Arztes/Ärztin sein, sondern muss Aufgabe aller fachlich qualifizierten Ärztinnen/Ärzte in verantwortlicher Stelle werden.

5. Verbundweiterbildungsgänge

Der Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache IV-32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung sind als wesentliche Bestandteile zu fordern:

1. Die ambulanten ärztlichen Versorger (z.B. Vertragsärzte) sind über längere Weiterbildungszeiten zukünftig zu befugen.
2. In der Weiterbildung müssen „Verbundweiterbildungsgänge“ definiert und formuliert werden, um Regelinhalte und Regelzeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu zuordnen zu können.
3. Der Abschluss einer Weiterbildung in einem Gebiet muss gleichwertige Inhalte nachweisen und mit einer gleichwertigen Qualifikation für Krankenhausärzte und Vertragsärzte abschließen.

6. Evaluierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Mitrenga und Dr. Montgomery (Drucksache IV-15) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag befürwortet die kontinuierliche Evaluierung von Weiterzubildenden, Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten.

Die Weiterbildungsbefugten sollen den Weiterzubildenden einen strukturierten Weiterbildungsgang anbieten – entsprechend den Möglichkeiten der Weiterbildungsstätte und der Weiterbilder.

7. Verbund-Weiterbildung/Evaluationssystem

Auf Antrag von PD Dr. Knichwitz (Drucksache IV-36) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird beauftragt, die Rahmenbedingungen für ein Verbund-Weiterbildungssystem sowie ein Evaluationssystem von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsberechtigten zu schaffen.

8. Rotation in der Weiterbildung

Der Antrag von Prof.Dr. Gruber und Prof.Dr. Haupt (Drucksache IV-25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer werden beauftragt, folgenden oder einen inhaltlich ähnlichen Text in den Paragrafenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen.

Vollbefugte Weiterbilder sollten grundsätzlich ihre Ärzte in Weiterbildung für 1 Jahr in nicht vollbefugte Weiterbildungsstätten delegieren, jeweils im Austausch mit den Ärzten in Weiterbildung dieser Einrichtungen.

Begründung:

- In Kenntnis der zunehmenden Probleme bei der Realisierung der gesamten Weiterbildung für Ärzte an Krankenhäusern mit nicht vollbefugten Weiterbildern durch die fehlenden Rotationsstellen in den Weiterbildungsstätten mit vollbefugten Weiterbildern
- und aus Sorge um die Qualitätsminderung ärztlicher Weiterbildung durch die zunehmende Spezialisierung und deshalb z.T. ungenügender Vermittelbarkeit für die spätere Berufsausübung praxisrelevanter Inhalte an den Weiterbildungsstätten mit voller Weiterbildungsbefugnis

sollte o.g. Passus in die (M-)WBO aufgenommen werden.

- Dieser Austausch dient der Bereicherung der Weiterbildung in Theorie und Praxis sowohl für Ärzte in Weiterbildung bei den vollbefugten als auch bei den nicht vollbefugten Weiterbildern!
- Dieser Austausch ist vertraglich zu regeln.

9. *Fachaufsicht nur durch eine Fachärztin/Facharzt*

Auf Antrag von Dr. Thierse (Drucksache IV-11) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, darauf hinzuwirken, dass die Fachaufsicht nur durch einen durch Facharztanerkennung qualifizierten Vertreter/In des Fachgebietes wahrgenommen werden kann.

Begründung:

Im Zuge der Umstrukturierung stationärer Einrichtungen sind von Fachärzten/Fachärztinnen geleitete Abteilungen in andere Fachgebiete integriert und der Aufsicht fachfremder Ärzte/Ärztinnen unterstellt worden.

Diese Praxis führt zu gravierenden Qualitätseinbußen, da die ärztlichen Entscheidungen von nicht speziell ausgebildeten und im Fachgebiet unerfahrenen Ärzten/Ärztinnen getroffen und verantwortet werden.

Einzelfragen zu Fachrichtungen

1. *Vorstandsüberweisung von Änderungen*

Auf Antrag von Dr. Menzel (Drucksache IV-31) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Zum jetzigen Zeitpunkt keine Beschlüsse zur Neueinführung der Neudefinitionen einzelner Gebiete, Schwerpunkte oder Zusatzbezeichnungen zu fassen, sondern alle derartigen Anträge zur weiteren Beratung in die Weiterbildungsgremien zu überweisen.

Begründung:

Die vorgesehene Novellierung mit den in Umrissen erkennbaren neuen Strukturen soll nicht durch Ärztetagsvorgaben mit detaillierten gebietsbezogenen Angaben überfordert werden. Detaillierte fachbezogene Ausführungen können erst bei Vorstellung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung angenommen werden, da erst dann die Überführung der inhaltlichen Ausgestaltung gegeben ist.

Alle folgenden Anträge und Änderungsanträge zum Abschnitt „Einzelfragen zu Fachrichtungen“ werden infolgedessen zur weiteren Beratung an den Vorstand überwiesen.

2. *Änderungsantrag zu IV-3 (Spezielle Intensivmedizin)*

Der Antrag von Prof.Dr. Lob (Drucksache IV-3b) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Inhalte der bisherigen fakultativen Weiterbildung „spezielle Intensivmedizin“ sollen erhalten bleiben. Diese Kenntnisse können wie bisher erworben werden, sie

werden mit einer Prüfung vor den Landesärztekammern bestätigt, sie sind in Zukunft eingeordnet z.B. unter den Begriffen: Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung.

3. Änderung zu Antrag IV-22 (Klinische Geriatrie)

Der Antrag von Frau Dr. Ebert-Englert (Drucksache IV-22a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Antrag IV-22 soll an den ersten Absatz, nach
„in den führungsfähigen Schwerpunkt – Klinische Geriatrie – zu überführen“

der folgende Zusatz angefügt werden:

„und zwar in den Gebieten, die die Geriatrie schon als fakultative Weiterbildung integriert haben (wie z.B. Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie).

4. Geriatrie als Schwerpunkt

Der Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum (Drucksache IV-22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 103. Deutsche Ärztetag möge bei einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschließen, die bisher nicht führungsfähige Bezeichnung „Klinische Geriatrie“ in den führungsfähigen Schwerpunkt „Klinische Geriatrie“ zu überführen.

Begründung:

Die klinische Geriatrie umfasst Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Alter, die im besonderen Maße zu dauernden Behinderungen und dem Verlust der Selbstständigkeit führen, unter Anwendung der speziellen geriatrischen Methodik in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen mit dem Ziel der Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit.

Die Geriatrie stützt sich auf die Verfahrensweisen der Inneren Medizin. Sie ist aber mit der Inneren Medizin nicht vollständig erfasst. Die Zielsetzung der Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit kennzeichnet den rehabilitativen Anteil und erfordert zur Umsetzung neurologische Fachkenntnisse (z. B. nach einem Schlaganfall) und orthopädische Fachkenntnisse (z.B. Folgen von Arthrosen, Frakturen). Dadurch ist die geriatrische Aufgabenstellung gegenüber der Inneren Medizin erweitert:

Diagnostik:

Im Geriatrischen Assessment wird die Feststellung von verschlüsselbaren Diagnosen (ICD-10) und deren Schweregrade ergänzt durch die Erfassung der geistigen und motorischen Fähigkeiten sowie der psychosozialen Lebensbedingungen. Die in Diagnosen fassbaren Erkrankungen bilden den Ausgangspunkt für die Therapie. Die Fähigkeiten und das psychosoziale Umfeld ergeben die Zielsetzung für die Therapie.

Therapie:

Rationale Begründung und die Zielsetzung für die Therapie begründen ein wechselseitiges, untrennbares Zusammenspiel von Therapie von Akutbehandlung und Rehabilitation. Das Behandlungsergebnis in der Geriatrie wird vorrangig durch die Bewertung der Aktivitäten des täglichen Lebens als Ergänzung zur Rückbildung der Krankheitszeichen gemessen.

Prognose:

Die Notwendigkeit, dass die Ziele für die Behandlung auf der Basis der Fähigkeiten und des psychosozialen Umfelds gesetzt werden müssen, schließt auch einen Wechsel der zukünftigen Lebensverhältnisse ein. Eine solche Möglichkeit muss frühzeitig ins Kalkül gezogen und vorbereitet werden; darum ist eine sorgfältige Prognose erforderlich.

Interdisziplinäre Struktur der Geriatrie:

Aufgabenstellung, Zielsetzung, Diagnostik, Therapie und Prognose erfordern ein geriatrisches Team, in dessen Mittelpunkt der Patient steht. Zu den Aufgaben in der Geriatrie gehört die Koordination der diagnostischen und rehabilitativ-therapeutischen Leistungen verschiedener Berufsgruppen: Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, Sozialdienste. Ergänzt wird die interdisziplinäre Struktur durch die Vernetzung von stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen.

5. Internistische Intensivmedizin/Schwerpunkt

Der Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum (Drucksache IV-23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge bei einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschließen, die bisher nicht führungsfähige Bezeichnung „Spezielle Internistische Intensivmedizin“ in den führungsfähigen Schwerpunkt „Konservative Intensivmedizin“ zu überführen.

Begründung:

Die Intensivmedizin hat wie andere Schwerpunkte im Gebiet Innere Medizin in den letzten Jahrzehnten eine stürmische Entwicklung durchgemacht. Intensivmedizin bedeutet die Überwindung und Stabilisierung gestörter Vitalfunktionen. Auch der mit hohem finanziellen Aufwand vorgehaltenen prähospitalen Notfall- und Rettungsmedizin wäre ohne Intensivmedizin kein Erfolg beschieden. Beispielhaft sei auch das Krankheitsbild: Sepsis – SIRS – Multiorganversagen angeführt, das erst durch Einsatz der Intensivmedizin für den Patienten ein Überleben ermöglichte.

Für die Ausübung einer Tätigkeit in der Intensivmedizin ist eine hohe Fachkompetenz bei Ärzten und Pflegepersonal erforderlich. Für den ärztlichen Bereich trug die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin dem bereits Rechnung mit Erteilung eines Qualifikationsnachweises Intensivmedizin und Notfallmedizin. Als erster Schritt in die richtige Richtung wurde die Einführung einer fakultativen Weiterbildung eingeführt mit einer 2-jährigen Weiterbildung und nachfolgend Ablegung einer Prüfung vor der Ärztekammer.

Bei einer Novellierung sollte der Bedeutung „Intensivmedizin“ insoweit Rechnung getragen werden, sie als Schwerpunkt im Gebiet zu verankern. Wie in anderen Schwerpunkten sollte die Weiterbildung 3 Jahre betragen und mit einer Prüfung vor der Landesärztekammer abgeschlossen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin hat zur Differenzierung der Weiterbildung einen Dreistufen-Plan erarbeitet. Dieser Plan orientiert sich an vorgehaltenen Intensivbetten und Pflegetagen und wird damit der Differenzierung des Krankenhauses in Maximalversorgung, Schwerpunktversorgung und Grund- und Regelversorgung gerecht.

Die Ärztekammer Berlin hat dieses Stufenmodell für die Befugung zur Weiterbildung „Spezielle Intensivmedizin“ übernommen. Die Zuordnung erfolgt nach einer Begehung der Einrichtung. Gleichfalls erlaubt dieses Modell eine Transparenz für den Krankenhausträger und die Kassen als Geldgeber.

Neben der Weiterbildung hat der Gesetzgeber in der Ausbildung (Studenten) die Intensivmedizin fest verankert:

Vorklinik: Erste-Hilfe-Kurse; 1. Studienabschnitt: notfallmedizinisches Kolloquium: begleitend Notfall- und Intensivmedizin (Berlin: ACLS-Kurs).

Die Intensivmedizin ist wie kein anderes Gebiet oder Schwerpunkt ein Kondensationspunkt der Medizin und damit auf Kooperation angewiesen. Die Entscheidung für den Patienten setzt eine hohe Fachkompetenz voraus und muss vor allem auch ethische Grundsätze berücksichtigen.

Die hohe finanzielle Belastung für Krankenhausträger und Kassen lässt sich nur rechtfertigen, wenn durch die Landesärztekammern zertifizierte Weiterbildungsstätten mit qualifiziertem Ärzte- und Pflegepersonal zur Verfügung stehen.

In dieser Form ist dann der Sicherstellungsauftrag der Versorgung der Bevölkerung gegeben.

6. Kinder- und Jugendmedizin

Der Antrag von Dr. Simon, PD Dr. Benninger und Dr. Peters (Drucksache IV-26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, folgende Änderungen bei der Novellierung der (M-)WBO herbeizuführen:

§ 5 Ziffer 15 der WBO wird wie folgt geändert:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
oder
Kinder- und Jugendarzt

Begründung:

- mit Rücksicht auf die in der WBO bereits vorhandene Definition:

...bis zum Abschluss der körperlichen und seelischen Entwicklung

haben die pädiatrischen Fachgesellschaften in den letzten Jahren die Bezeichnung Kinder- und Jugendmedizin bereits angenommen,

- für die seelischen Belange sind die Berufsbezeichnungen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kindern- und Jugendpsychotherapeut längst Bestandteil der WBO,
- auch in anderen Ländern (z.B. Österreich) gibt es bereits die Bezeichnung Kinder- und Jugendarzt.

7. Qualifikation "Klinische Infektiologie"

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

Unabhängig von den aktuellen Beschlüssen zur (Muster-)Weiterbildungsordnung werden die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften eine zusätzliche Qualifikation „Klinische Infektiologie“ zu erarbeiten und dem Deutschen Ärztetag zum Beschluss vorzulegen. Als Schwerpunkt oder fakultative Weiterbildung soll diese Qualifikation den Gebieten wie Innere Medizin, Pädiatrie zugeordnet sein. Schon lange erarbeitete Konzepte der Fachgesellschaften sind hierfür zu berücksichtigen.

8. Spezielle internistische, anästhesiologische und pädiatrische Intensivmedizin - Fakultative Weiterbildung

Der Antrag von Prof.Dr. Glogner und Dr. Sause (Drucksache IV-35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge bei einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung die nicht führungsfähigen Bezeichnungen

spezielle internistische)	
spezielle anästhesiologische)	Intensivmedizin
spezielle pädiatrische)	

in entsprechende Zusatzbezeichnungen zu überführen.

Die Weiterbildungszeit sollte jeweils 2 Jahre betragen, davon kann 1 Jahr in die Gebiets-Weiterbildung verankert werden.

9. Gebietsdefinition

Der Antrag von Dr. Mothes und Dr. Helmig (Drucksache IV-43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Gebietsdefinitionen bestehender und zukünftiger Gebiete muss, wo es sachlich und fachlich geboten ist, die Bezogenheit des Gebietsinhaltes auf bestimmte Altersgruppen berücksichtigt und beschrieben werden.

Begründung:

Nur so ist die zu fordernde Qualität in der Aufgabenbewältigung eines Fachgebietes zu sichern. Nur so ist auch unberechtigtes und unqualifiziertes fachgebietsübergreifendes Handeln im Interesse der Patienten zu verhindern.

Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

1. Grundsätze der Änderung der (Muster-)Weiterbildung überdenken

Der Antrag von Dr. Thomas (Drucksache IV-9neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der vorgesehenen Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung sind folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Das einheitliche Berufsbild des Arztes muss bei einer Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung gewahrt bleiben. Die Weiterbildungsgänge müssen identisch sein, gleichgültig ob eine stationäre Tätigkeit oder eine Niederlassung angestrebt wird.
2. Die Reform der Weiterbildungsordnung muss so angelegt werden, dass ihre Regelungen über einen längeren Zeitraum Bestand haben.
3. Die Weiterbildungsgänge müssen inhaltlich gestrafft werden.
4. Die Ausgestaltung der einzelnen Weiterbildungsgänge muss so erfolgen, dass ihre Inhalte auch erreichbar sind und nicht z.B. die Zahl der Operationen lange Weiterbildungszeiten verursacht.
5. Die Zahl der Gebiete muss reduziert werden.
6. Es sollte geprüft werden, ob in den Krankenhäusern der Grundversorgung vorrangig Zulassungen für die Weiterbildung für das Fach Allgemeinmedizin erteilt werden.
7. Es muss nach Abschluss der Weiterbildung berufsbegleitende weitere Qualifikationsmöglichkeiten geschaffen werden, die durch Diplome der Ärztekammern anerkannt werden.
8. Alle Qualifikationen, die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorgesehen sind oder von den Ärztekammern durch Diplome bescheinigt werden, müssen auch auf dem Arztschild geführt werden können.
9. Die bisherigen Qualifikationen „Fakultative Weiterbildung“ und „Fachkunden“ entfallen. Für die schon erworbenen Qualifikationen muss ein Bestandsschutz eingeführt werden.

2. Grundsätze der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Antrag von Frau Dr. Gitter, Prof.Dr. Kunze und Dr. Montgomery (Drucksache IV-18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei den Beratungen zur Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist an folgenden Grundsätzen festzuhalten:

- Die Einheit des Arztberufes: Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt ist.
- Mit der Weiterbildung kann nach Erhalt der Berufserlaubnis begonnen werden. Die Weiterbildung findet im Rahmen einer angemessen bezahlten Tätigkeit als Ärztin/Arzt statt und ist „Nebenprodukt“ ärztlicher Berufsausübung. Der „Arzt in Weiterbildung“ wird weiterhin entschieden abgelehnt.
- Gestaltung und Überwachung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung ist – auf der Grundlage entsprechender Gesetze – Aufgabe der Ärztekammern und somit der ärztlichen Selbstverwaltung.
- Ärztliche Weiter- und Fortbildung ist unabdingbar für eine hohe Versorgungsqualität der Bevölkerung entsprechend dem medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt.

3. Qualitätssicherung der Weiterbildung

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache IV-29) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beauftragt Vorstand und Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung Regelungen zu treffen und flankierende Maßnahmen vorzusehen, die die Umsetzung der Weiterbildungsinhalte und die Vermittlung durch qualifizierte Weiterbilder im Verlauf der Weiterbildung sichern.

Diese Regelungen müssen transparent, zielgerichtet und nachvollziehbar im Sinne der Qualitätssicherung der Weiterbildung gestaltet werden.

4. Übergangsbestimmungen

Auf Antrag von PD Dr. Raidt (Drucksache IV-30) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Vorstand und Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer werden beauftragt, rechtzeitig zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung eindeutige und klare Vorschläge zu Übergangsbestimmungen von der alten zur neuen Weiterbildungsordnung zu erarbeiten.

Begründung:

Nach der letzten Novellierung 1992 hatten wir bei 17 Ärztekammern 17 verschiedene Übergangsregelungen!

5. Weiterbildungsbuch

Der Antrag von Dipl.-Med. Menzel und Frau Beck (Drucksache IV-40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Dokumentation der Weiterbildung ist ein bundeseinheitlich gestaltetes Weiterbildungsbuch einzuführen. Dieses muss zur Prüfung der Kammer vorgelegt werden.

Begründung:

Zur Dokumentation des WB-Standes ist dieser durch die/den Weiterbilder nach jedem WB-Abschnitt, mindestens jedoch jährlich zu bestätigen. Dadurch sind sowohl Weiterzubildender als auch Weiterbilder ständig informiert und können Defizite ausgleichen. Der Weiterzubildende hat hiermit ein Instrument zur Einforderung von Weiterbildung in der Hand. Der Weiterbilder kann seine Aktivitäten nachweisen und den Facharztkandidaten gemäß seines Weiterbildungsstandes gezielt einsetzen.

6. Einbeziehung der Berufsverbände

Auf Antrag von Dr. König, Dr. Mörlein und Dr. Ottmann (Drucksache IV-37) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Bei der Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sind neben den wissenschaftlichen Fachgesellschaften die entsprechenden Berufsverbände mit einzubinden.

Nachdem zunehmend Weiterbildungsinhalte nur noch im Bereich der ambulanten Versorgung vermittelt werden können, ist nur so gewährleistet, dass die Fachgebiete in ihrem gesamten Umfang vertreten werden.

7. Mindestweiterbildungszeiten

Der Antrag von Dipl.-Med. Menzel (Drucksache IV-41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Vor Festlegung von Weiterbildungszeiten muss in Abstimmung mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden eine inhaltliche Ausgestaltung festgelegt werden. Lediglich die EU-rechtlich notwendige dreijährige Mindestweiterbildungszeit für Gebiete und Schwerpunkte muss berücksichtigt werden.

Begründung:

Durch die Festlegung auf terminliche WB-Abschnitte geraten deren Inhalte, also was am Ende gekonnt werden muss, in den Hintergrund und WB-Zeugnisse werden wieder nur nach Ablaufzeiten erstellt. Dieses soll vermindert werden.

8. Bundeseinheitliche Abstimmung

Auf Antrag von Prof.Dr. Lob, Dr. Eichelmann und Dr. Mitrenga (Drucksache IV-17) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, zukünftig ihre Weiterbildungsordnungen und die dazugehörige Verwaltungspraxis auf der Grundlage der Zusam-

menarbeit der Ärztekammern in der Bundesärztekammer und der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages bundeseinheitlich abzustimmen und zeitnah umzusetzen.

9. Beschlussvorlage zum 104. Deutschen Ärztetag

Auf Antrag von PD Dr. Benninger, Dr. Peters und Dr. Seeger (Drucksache IV-27) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, bis zum 104. Deutschen Ärztetag eine Beschlussvorlage zu erarbeiten, so dass die bereits vorliegenden und dringend erforderlichen Änderungen/Ergänzungen zur bestehenden Weiterbildungsordnung verabschiedet werden können.

Begründung:

In Anbetracht der eben begonnenen Diskussion um eine Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung und den Zeitbedarf bis zu einer evtl. Verabschiedung können anstehende Fragen und Probleme zur Weiterentwicklung der bestehenden Weiterbildungsordnung nicht länger verschoben werden („ewige Baustelle“). Dies ist den Kolleginnen und Kollegen nicht zuzumuten.

10. Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-1) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache IV-1a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, dem 104. Deutschen Ärztetag auf der Grundlage der Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages zur Struktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung die erste Stufe einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzulegen.

Zu Punkt V der Tagesordnung:

Änderung der Satzung der Bundesärztekammer

a) Einführung eines gewichteten Stimmrechts im Vorstand der Bundesärztekammer (§ 5 Abs. 7 der Satzung)

Auf Geschäftsordnungsantrag von Frau Dr. Auerswald beschließt der 103. Deutsche Ärztetag sich mit dem Tagesordnungspunkt Va [Einführung eines gewichteten Stimmrechts im Vorstand der Bundesärztekammer (§ 5 Abs. 7 der Satzung)] abstimmungsmäßig nicht zu befassen (Ja-Stimmen 118; Nein-Stimmen 65).

b) Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin (§ 1 Abs. 2 Satz 1, § 6 Satz 1 der Satzung)

1. Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin (§ 1 Abs. 2 Satz 1, § 6 Satz 1 der Satzung)

Auf Antrag der Bayerischen Landesärztekammer (Drucksache Vb-1) unter Berücksichtigung des Antrages des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache Vb-1a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag mit 202 Ja-Stimmen:

Die Satzung der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) in der vom 98. Deutschen Ärztetag 1995 beschlossenen Fassung wird wie folgt geändert:

1) In § 1 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „Köln“ durch das Wort „Berlin“ ersetzt.

1a) In § 1 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Sitzentscheidungen nach Absatz 2 Satz 2 und § 6 Satz 1 werden wirksam, wenn der Vorstand die Funktionsfähigkeit des Sitzes in Berlin festgestellt und den Zeitpunkt dieser Feststellung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht hat. Bis dahin ist der Sitz der Bundesärztekammer und der Geschäftsstelle Köln.“

2) In § 6 Satz 1 wird das Wort „Köln“ durch das Wort „Berlin“ ersetzt.

3) Die Änderungen treten am Tage ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Begründung:

Zu 1) Eine effektive Interessenvertretung der Landesärztekammern erfordert die Präsenz am Regierungssitz. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich für einen Umzug der Bundesärztekammer nach Berlin ausgesprochen. Die Errichtung einer neuen Geschäftsstelle in Berlin wird mit einer erheblichen finanziellen Belastung der Landesärztekammern einhergehen (eine erste grobe Schätzung der Projektkosten für die Errichtung eines Neubaus beläuft sich selbst unter Zugrundelegung von Synergieeffekten eines gemeinsamen Vorgehens mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ca. 43,0 Mio. DM). Da die Ärztekammern nach § 8 der Satzung zur anteiligen Übernahme der Kosten verpflichtet sind, bedeutet diese Satzungsänderung defacto eine Vorwegfestlegung für die einzelnen Kammern von erheblichem Umfang, die die Notwendigkeit von Beitragserhöhungen zur Folge haben kann.

Zu 2) Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1.

2. Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache Vb-2) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag geht bei der Verlegung von Sitz und Geschäftsstelle der Bundesärztekammer nach Berlin dabei von den folgenden Eckpunkten aus:

1. Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Absicht, dass die Errichtung der Geschäftsstelle von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer in Berlin an gleicher Stelle bei getrennten Eigentumsverhältnissen angestrebt wird.
2. Präferiert wird ein regierungsnaher Standort.
3. Der Deutsche Ärztetag nimmt zur Kenntnis, dass die bisherige Kostenschätzung ein Gesamtvolumen des Umzugsprojekts von DM 43.000.000,00 bei einem Finanzierungsbedarf von DM 33.400.000,00 umfasst.
4. Der Vorstand wird beauftragt, unter Hinzuziehung der Finanzkommission die notwendigen Maßnahmen für den Erwerb einer entsprechenden Immobilie zu treffen.
5. Der Deutsche Ärztetag geht von einer zügigen Realisierung aus.

3. Wahl des Gebäudes für die Bundesärztekammer in Berlin

Auf Antrag von Dr. Zieroth und Frau Dr. Ullmann (Drucksache Vb-5) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Bei der Wahl des Gebäudes für die BÄK sollten nicht nur ästhetische, sondern auch energetische und umweltpolitische Aspekte gewahrt werden.

Begründung:

Energiesparende Maßnahmen und ökologisches Bauen werden in der Öffentlichkeit mit Gesundheit in Verbindung gebracht, ein Glas-Stahl-Bau eher mit Geld.

Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ethische Fragen

1. Enquete-Kommission

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-3) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Ebert-Englert (Drucksache VI-3a) fasst der 103. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

In einer Zeit, in der gesamtgesellschaftliche Grenzfragen durch den Entwicklungsprozess moderner Möglichkeiten medizinischer Forschung und Klinik immer mehr die Frage nach Menschenbild und Menschenwürde berühren, ist die Verständigung über gemeinsame ethische Werte eine Aufgabe, welche nur im interdisziplinären und interprofessionellen Dialog unter Beteiligung aller gesellschaftlich relevanten Gruppen und einer breiten Öffentlichkeit erzielt werden kann.

Die Deutsche Ärzteschaft will ihren Beitrag zu diesem notwendigen gesellschaftlichen Dialog leisten.

Forderungen der deutschen Ärzteschaft

Die Deutsche Ärzteschaft fordert die Enquete-Kommission "Recht und Ethik in der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages auf, sich für rechtliche und ethische Rahmenbedingungen einzusetzen, die auch in Zukunft die notwendigen Fortschritte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ermöglichen; dabei muss ein streng an der Menschenwürde orientiertes Menschenbild führender Leitgedanke sein. Die ärztliche Selbstverwaltung verfolgt diese Grundsätze konsequent in ihrem Berufsrecht und schafft damit die notwendigen Voraussetzungen für ethisch geleitetes ärztliches Handeln.

Die Deutsche Ärzteschaft fordert die Enquete-Kommission darüber hinaus auf, sich insbesondere einzusetzen für

- ein weltweit verbindliches Verbot von gezielten Eingriffen in die Keimbahn des Menschen,
- eine strenge Bindung von Gentests an gesundheitsbezogene Zwecke,
- ein internationales Verbot der Patentierung des menschlichen Genoms,
- ein weltweites Verbot des Organhandels und die Stärkung der Erforschung alternativer Organersatzmethoden,
- den Schutz von Patienten bei biomedizinischer Forschung am Menschen.

Die Deutsche Ärzteschaft hält es zur international verbindlichen Durchsetzung dieser Anliegen für unabdingbar

- die völkerrechtlich verbindlichen Konventionen und Deklarationen, die die obigen Forderungen unterstützen - die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin des Europarats, das europäische Zusatzprotokoll zum Verbot des Klonens von Menschen und die UNESCO-Deklaration zum Schutz des menschlichen Genoms - durch deutsche Zeichnung und Ratifikation bzw. durch politische Willenserklärung zu stärken, wenn der Schutz von nicht einwilligungsfähigen Menschen gewährleistet ist.
- jedweden Aufweichungsversuchen der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki entgegenzutreten

und

- auf eine international verbindliche UN-Konvention, die die Vereinigten Staaten mit einschließt, nach dem Modell der Menschenrechtskonvention zur Biomedizin des Europarats hinzuwirken und die entsprechenden Vertragswerke, insbesondere im Hinblick auf die o. g. Ziele, weiterzuentwickeln.

Begründung:

In einem gemeinsamen Antrag von SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und der F.D.P. wurde die Einsetzung einer Enquete-Kommission mit dem Titel "Recht und Ethik der modernen Medizin" (Drs. 14/3011), der je 13 Abgeordnete und Sachverständige angehören, beschlossen.

Die Kommission soll den Sachstand über die Entwicklungen in der medizinischen Forschung darstellen und dabei ethische, verfassungsrechtliche, soziale, gesetzgeberische und politische Aspekte einbeziehen. Sie soll außerdem die zugehörige Forschungspraxis untersuchen und insbesondere auf gesetzlich nur unvollständig geregelte Bereiche hinweisen. Es wird erwartet, dass sie Kriterien für die Grenzen der medizinischen Forschung entwickelt, die das unbedingte Gebot zur Wahrung der Menschenwürde beinhalten.

Zur Begründung heißt es, die schnell fortschreitende weltweite Entwicklung in Biologie und Medizin eröffnet neue Ansätze für den Umgang mit bislang nicht oder nur begrenzt heilbaren Leiden. Dadurch würden grundsätzliche ethische und moralische Fragen aufgeworfen, die das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung berühren. Gleichzeitig stelle sich die Frage nach der Vereinbarkeit dieser Entwicklung mit dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutz der Würde des Menschen.

2. Gendiagnostik/Informationelles Selbstbestimmungsrecht

Auf Antrag von Dr. Mörlein (Drucksache VI-12) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, auf den Gesetzgeber dahingehend einzuwirken, dass durch genetische Untersuchungen gewonnene Erkenntnisse nicht in den Auskunftsanspruch der Versicherungen, insbesondere der Kranken- und Lebensversicherungen, gestellt werden. Eine anders geartete Regelung hätte zwangsläufig zur Folge, dass aus Angst vor versicherungsrechtlichen Nachteilen diese wichtige Diagnostik unterbliebe, ebenso würde das Arzt/Patientenverhältnis in unerträglicher Weise belastet.

3. Genetische Diagnostik/Ethische Frage

Auf Antrag von Dr. Seeger (Drucksache VI-15) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In Anbetracht der Entschlüsselung des menschlichen Genoms stellt der 103. Deutsche Ärztetag in Bekräftigung seiner Beschlüsse fest:

Die Information über das menschliche Genom darf nicht zu kommerziellen Zwecken missbraucht werden, sondern muss Erbe der gesamten Menschheit sein.

Niemand darf zu einem Gentest gezwungen werden, die Entscheidung über die Durchführung einer genetischen Diagnostik liegt allein in der Verantwortung des Betroffenen.

4. Abschiebung von Folteropfern

Auf Antrag von Dr. Schagen (Drucksache VI-41) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Die Arbeit des Beauftragten für Menschenrechte (s. Tätigkeitsbericht S. 369) wird ausdrücklich begrüßt.

Der Deutsche Ärztetag verurteilt die Abschiebung kranker und behandlungsbedürftiger Opfer von Foltermaßnahmen. Er spricht sich für einen gesicherten Aufenthaltsstatus aus, solange aufgrund ärztlicher Begutachtung eine Behandlungsbedürftigkeit von Flüchtlingen aufgrund erlittener Verfolgung und Folter besteht. Die Begutachtung hat durch unabhängige und mit „Posttraumatischen Belastungsstörungen“ (PTSD) nach DSM IV bzw. ICD 10 ausreichend vertraute Ärzte zu erfolgen.

Begründung:

Immer wieder kommt es zur Abschiebung von Flüchtlingen, deren Behandlungsbedürftigkeit nicht erkannt und bei der Entscheidung über das weitere Aufenthaltsrecht nicht ausreichend berücksichtigt wurde.

In der oft schwierigen Entscheidung zwischen Bleiberecht und Abschiebung sollen qualifizierte ärztliche Stellungnahmen, die sich für die Notwendigkeit einer Behandlung bei PTSD aussprechen, im Zweifel zugunsten des Bleiberechts den Ausschlag geben.

5. Menschenrechte - Prozessbeobachtung

Auf Antrag von Dr. Schagen (Drucksache VI-42) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag verurteilt erneut Prozesse gegen ärztliche Kollegen im Ausland, die nichts anderes tun, als Opfer von Folterungen zu behandeln und dies auch dokumentieren.

Über Beispiele wurde im Deutschen Ärzteblatt, zuletzt am 28.4.2000 (S. A-1100) über die Prozessserie gegen drei Ärzte des Behandlungszentrums für Folteropfer der Türkischen Menschenrechtsstiftung Izmir, mehrfach berichtet.

Der Deutsche Ärztetag weist auf die Bedeutung von Prozessbeobachtern, die von Deutschen Ärztekammern entsandt oder unterstützt werden, für die Durchsetzung von Menschenrechten hin und begrüßt die Entsendung solcher Vertreter ausdrücklich.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden zu enger Zusammenarbeit und verstärkter Unterstützung solcher Maßnahmen aufgefordert.

Begründung:

Die Entsendung von Prozessbeobachtern in enger Zusammenarbeit mit dem Auswärtigen Amt, mit Ärzteverbänden und Menschenrechtsorganisationen hat für die betroffenen ausländischen Kollegen, denen auf Grund ihrer Gewissenhaftigkeit und berufsethischen Grundhaltung z. T. mehrjährige Gefängnisstrafen drohen, eine immense Bedeutung. Schon mehrfach konnten dadurch Verfolgungsmaßnahmen erfolgreich eingeschränkt oder verhindert werden. Sie entspricht der Deklaration des Weltärztebundes 1997 in Hamburg.

6. Patentierung von menschlichen Genomen, Organen und Zellen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-56) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 103. Deutsche Ärztetag bekräftigt seine Auffassung, dass weder das menschliche Genom, Teile davon, noch Organe oder Zellen des menschlichen Körpers patentierbar sein dürfen.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Europäische Union auf, die in ihrer Richtlinie 98/44/EG zum Schutz biotechnologischer Erfindungen vorgesehene Patentierbarkeit von Bestandteilen des menschlichen Körpers einschließlich der Gene auszusetzen. Er erwartet eine entsprechende Unterstützung durch Bundesregierung und Bundestag.

Begründung:

Menschliche Gene können nur entdeckt und nicht erfunden werden!

Das Wissen um die menschliche Anatomie und das Genom des Menschen sind gemeinsames Erbe aller Menschen und dürfen nicht zu wirtschaftlichen Zwecken missbraucht werden. Die Patentierung des menschlichen Genoms und des menschlichen Körpers ist mit der Würde des Menschen unvereinbar.

Der Deutsche Ärztetag folgt damit auch einem Aufruf des Weltärztebundes, die politisch Verantwortlichen auf die Gefahren der Patentierung des menschlichen Genoms hinzuweisen.

Bereits jetzt ist zu erkennen, dass durch die Erteilung von Patenten auf krankheitsauslösende Gene eine Kommerzialisierung von medizinischen Verfahren eintritt, die zu einem Anstieg der Kosten und damit zu einer geringeren Verfügbarkeit führt.

Die im Februar bekannt gewordene Erteilung eines Patents (EP 695 531) auf die Manipulation von Stammzellen u.a. beim Menschen durch das Europäische Patentamt zeigt, dass wir uns bereits auf einer schiefen Ebene befinden.

Da die Entwicklung von patentfähiger Information im Verborgenen geschieht, ist zudem damit zu rechnen, dass in Zukunft immer dann, wenn genetische Informationen Teil eines Verfahrens sind, die Kommunikation über neue Diagnose- und Therapieverfahren drastisch eingeschränkt wird. Das ist nicht im Interesse der wissenschaftlichen Entwicklung und noch weniger im Interesse der Patienten.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1. Angleichung der Vergütung nach GOÄ in den neuen Bundesländern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-9) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln fordert die Bundesministerin für Gesundheit erneut auf, den Vergütungsabschlag-Ost für die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte zehn Jahre nach der Wiedervereinigung endlich zu beseitigen und die ekla-

tante Diskriminierung ostdeutscher Ärzte im Vergleich zu Angehörigen anderer Freier Berufen zu beenden, bei denen größtenteils schon seit Jahren keine Vergütungsunterschiede mehr bestehen.

Begründung:

Die Leistungen der ostdeutschen Ärzte sind nicht geringer zu bewerten als die Leistungen anderer Beratungsberufe. Für die GOÄ gilt seit dem 01.01.1999 ein Abschlag von 14%, Steuerberater erhalten schon seit dem 01.01.1991 100% (Ausnahme: Leistungen gegenüber Gerichten, 90%). Für Architekten und Ingenieure gelten seit dem 01.01.1993 100%, ebenso für Seelotsen seit dem 01.02.1998. Für Notare und Rechtsanwälte gilt seit dem 01.07.1996 ein Ermäßigungssatz von nur noch 10%. Die Benachteiligung der Ärzte gegenüber anderen Freien Berufen stellt eine eklatante Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes dar.

Die Berechnungsgrundlage für den Ost-Abschlag – die Einkommensentwicklung der rentenversicherungspflichtigen Bürger – ist für eine Amtliche Gebührentaxe sachfremd und rechtswidrig.

Weder Beitragszahlungen für die private Krankenversicherung weisen Unterschiede zwischen Ost und West vor noch gibt es einen Ostrabatt für Investitionskredite der Ärzte.

2. GOÄ-Vertragslösung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-11) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 102. Deutsche Ärztetag 1999 in Cottbus hatte die Bedingungen für die Zustimmung der Ärzteschaft zur Überführung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von einer Rechtsverordnung in eine Vertragslösung vorgegeben und die Bundesärztekammer gebeten, dem 103. Deutschen Ärztetag einen Sachstandsbericht über den Stand der Verhandlungen zu geben. Die Beratungen auf politischer Ebene haben ergeben, dass aufgrund von Rechtsbedenken der Bundesministerien für Wirtschaft und Justiz die Vertragslösung im ursprünglich gedachten Sinn einer vollständigen Übertragung von Inhalten der Gebührenordnung auf die Bundesärztekammer einerseits und die Kostenträger andererseits nicht möglich ist. Die rechtlichen Einwände führen dazu, dass der Ordnungsgeber aus seiner gesetzlichen Verantwortung zur Gestaltung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte nicht entlassen werden kann.

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 stellt fest, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagenen Alternativen zur ursprünglichen Vertragslösung – das Vorschlagsmodell und das Mustervertragsmodell – nicht geeignet sind, eine zeitnahe und sachgerechte Weiterentwicklung der GOÄ zu gewährleisten. Er lehnt deshalb die vorgeschlagenen Modelle ab, zumal damit das ursprüngliche Ziel einer eigenständigen vertraglichen Gestaltungsmöglichkeit von Teilen der GOÄ – ohne politische Einflussnahme – nicht erreichbar ist. Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 fordert die Bundesregierung auf, nach dem ersten Novellierungsschritt 1996 nunmehr die übrigen Abschnitte des Leistungsverzeichnisses zu aktualisieren und an den Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen.

3. Amtliche Gebührenordnung (GOÄ)

Auf Antrag von Dr. Zollner (Drucksache VI-31) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

1. Die Umstellung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von einem staatlich verordneten Gehührensystern auf ein Vergütungssystem, das gesamtvertraglich vereinbart wird, wird abgelehnt.

Dies gilt auch hinsichtlich einer Ablösung von Teilen der amtlichen Gebührenordnung als Rechtsverordnung durch eine Vertragslösung.

2. Als wesentliche Gründe für seine Ablehnung führt der Deutsche Ärztetag an:
 - die kaum überbrückbaren Meinungsverschiedenheiten zwischen den denkbaren Partnern einer Vertragslösung und das Fehlen einer mit autorität und Sachkunde ausgestatteten Schiedsstelle für den Konfliktfall;
 - das fehlende Mandat der Bundesärztekammer, für alle Ärzte verbindliche Verträge abzuschließen;
 - die unbegründete Hoffnung, im Rahmen einer Vertragslösung endlich mindestens der allgemeinen Preisentwicklung zu folgen und damit steigende Gebühren zu erhalten;
 - die weitere unbegründete Hoffnung, im Rahmen einer Vertragslösung endlich eine Modernisierung des Leistungsverzeichnisses und eine Beseitigung der im bisherigen Leistungsverzeichnis enthaltenen Unterbewertungen bald zu erreichen. Die Erfahrungen mit der PKV beim Verfahren der „Analogziffern“ und beim „Zentralen Konsultationsausschuss“ lassen besonders zähe Verhandlungen mit sehr großem Zeitbedarf und nur geringfügigen Ergebnissen erwarten;
 - die Eingrenzung der freiberuflichen Tätigkeit des Arztes durch eine Vertragslösung und die zusätzliche Schaffung einer Abhängigkeit von zwischengeschalteten Vertragspartnern;
 - der mit einer Vertragslösung entfallende „Verbraucherschutz“, der sicherstellt, dass der „Verbraucher“ (Patient) eine angemessene Gebühr – also keine zu hohe und auch keine zu niedrige Gebühr mit der Folge negativer Steuerungseffekte – zu zahlen hat.

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, beim Verordnungsgeber darauf hinzuwirken, dass eine kontinuierliche Anpassung der Amtlichen Gebührenordnung an die

- medizinischen Notwendigkeiten (Struktur)
- sich ändernden wirtschaftlichen Verhältnisse

gewährleistet wird.

Eine Anpassung mindestens im Zwei-Jahres-Turnus ist erforderlich.

4. Alternative zur GOÄ

Der Antrag von Dr. Winkler (Drucksache VI-25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer bzw. den Gebühren-Ausschuss, über ein neues Vergütungssystem für ärztliche Leistungen nachzudenken und dem Ärztetag eine Alternative zur GOÄ vorzuschlagen.

Hierbei sind verschiedene Gebühren-Ordnungen der Welt auf ihre Tauglichkeit und Übertragbarkeit auf Deutsche Verhältnisse zu überprüfen.

Eine GOÄ, die nicht betriebswirtschaftlich berechnet und nur mit Hilfe von Multiplikatoren (die willkürlich und nicht begründbar sind) tauglich gemacht wird, ist unter den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen nicht mehr brauchbar.

5. Zügige Novellierung der GOÄ

Der Antrag von Dr. Mayer (Drucksache VI-35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, auf das Bundesgesundheitsministerium einzuwirken, dass die Novellierung der GOÄ zügig voran gebracht wird.

Begründung:

Der Standardtarif wird durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 ausgeweitet (§ 257 Abs. 2 a, Nr. 2, 2 a bis c SGK V).

Der seit 01.01.2000 in der GOÄ neu eingeführte § 5 b verpflichtet Ärzte, Leistungen bei Standardtarif-Versicherten zu reduzierten Gebührensätzen zu berechnen.

1. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, mit einer Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren, sofern das jährliche Gesamteinkommen beider Ehepartner 150 % der Jahresarbeitsentgeltgrenze (= Beitragsbemessungsgrenze) nicht übersteigt.
2. Personen ab 55 Jahren mit einer Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren und jährlichem Gesamteinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze einschl. des Ehegatten, sofern das jährliche Gesamteinkommen beider Ehepartner 150 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt.
3. Rentner und Ruhestandsempfänger, auch wenn sie jünger als 55 Jahre sind mit einer Vorversicherungszeit von 10 Jahren und einem jährlichen Gesamteinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Ab 65 Jahre ohne Einkommensbegrenzung.
4. Personen mit Anspruch auf Beihilfe ab 55 Jahren, so weit deren berücksichtigungspflichtigen Angehörigen mit einem jährlichen Gesamteinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze und 10-jähriger Vorversicherungszeit für beihilfeergänzendes Versicherungsrecht.

5. Privatversicherte und Beamte mit ungünstigem Risiko ohne Altersgrenze, ohne Vorversicherungszeit und ohne Berücksichtigung des Gesamteinkommens.

6. *Ärztliche Gesprächsleistung besser bewerten*

Auf Antrag von Dr. Piltz (Drucksache VI-57) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer, auf eine Novellierung der GOÄ in der Hinsicht hinzuwirken, dass ärztliche Gesprächsleistungen besser, vor allem in Relation zu technischen Leistungen, bewertet werden als bisher (z.B. analog dem EBM).

Liquidationsrecht

1. *Liquidationsrecht in ärztlicher Verantwortung*

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke und Dr. Wolter (Drucksache VI-33) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Kultusminister der Länder werden aufgefordert, bei der beabsichtigten Neugestaltung des Personalrechts und des Vergütungssystems der Professoren mit ärztlichen Aufgaben zu berücksichtigen, dass das Liquidationsrecht gegenüber den Patienten in ärztlicher Verantwortung bleiben muss.

Nur so lässt sich das Prinzip aufrecht erhalten, dass zwischen dem jeweiligen Arzt und dem Patienten ein persönlicher Vertrag geschlossen wird. Allerdings muss die Berechtigung zur Liquidation für ärztliche Leistungen stets bei demjenigen Facharzt liegen, der die Leistung tatsächlich erbringt. Es muss gesetzlich garantiert werden, dass ärztliche und akademische Mitarbeiter in vergleichbarer Stellung ohne eigene Liquidationsberechtigung an diesen Honoraren entsprechend ihrer Beteiligung bei der Leistungserbringung teilhaben.

2. *Berechtigung zur Liquidation*

Auf Antrag von Dr. Schulze (Drucksache VI-45) unter Berücksichtigung des Antrages von Prof.Dr. Kunze und Prof.Dr. Lob (Drucksache VI-45a) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Liquidationsrecht gegenüber Patienten muss in ärztlicher Hand bleiben und darf nicht durch die vom Träger erhobene Pauschalvergütung ersetzt werden. Nur so lässt sich das Prinzip aufrechterhalten, dass zwischen dem jeweiligen Arzt und dem Patienten ein persönlicher Vertrag geschlossen wird. Allerdings muss die Berechtigung zur Liquidation für ärztliche Leistungen stets bei demjenigen Facharzt liegen, der die Leistung tatsächlich erbringt. Er muss ferner gesetzlich garantiert werden, dass ärztliche und akademische Mitarbeiter in vergleichbarer Stellung ohne eigene Liquidationsberechtigung an diesen Honoraren entsprechend ihrer Beteiligung (delegiertes Liquidationsrecht) bei der Leistungserbringung teilhaben.

Begründung:

Das Positionspapier zur „Neugestaltung des Personalrechts einschließlich des Vergütungssystems der Professoren mit ärztlichen Aufgaben im Bereich der Hochschulmedizin“ der Kultusministerkonferenz der Länder sieht vor, dass das Liquidationsrecht der Abteilungsleiter abgeschafft wird.

Dieser Antrag greift mit seinen Forderungen entsprechende Inhalte auf, die in §§ 18 und 19 MBO festgelegt sind und für die das Liquidationsrecht auf dem 99. DÄT im Beschluss III-16 und für die Mitarbeiterbeteiligung auf dem 98. DÄT im Beschluss IV-8 bekräftigt wurden.

Krankenhaus

1. Einführung eines kompletten Fallpauschalen-Systems in Krankenhäusern nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-4) fasst der 103. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 17 b KHG) i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 sieht ab dem 01.01.2003 die verpflichtende Einführung eines "durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems" vor, auf dessen Grundstrukturen sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 30.06.2000 einigen müssen. Der Bundesärztekammer kommt hierbei ein gesetzlich festgelegtes Stellungnahme-Recht zu, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind.

Der 103. Deutsche Ärztetag appelliert eindringlich an die Vereinbarungspartner, bei der hier anstehenden Grundsatzentscheidung sicherzustellen, dass ein solches Entgeltsystem

- eine leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistung auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation gewährleistet,
- unter der stringenten sektoralen Budgetierung nicht als Budget-Verteilungsinstrument missbraucht wird und
- in ausreichendem Maße individuelle Leistungskomponenten der Krankenhäuser für die Berücksichtigung struktureller Besonderheiten vorsieht.

Gemäß den gesetzlichen Anforderungen muss sich das einzuführende Entgeltsystem an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientieren, wofür nach vergleichender Betrachtung und Bewertung die Adaption eines ausländischen Patientenklassifikations- und Vergütungssystems auf deutsche Verhältnisse erforderlich ist.

An die Entwicklung eines derartigen Entgeltsystems müssen nach Auffassung der Ärzteschaft folgende Anforderungskriterien geknüpft werden:

- Eignung und Ausbaufähigkeit des Systems für die Erfassung und Abbildung aller voll- und teilstationären Fälle sowie ambulanter Operationen;
- angemessene Berücksichtigungsfähigkeit von Multimorbidität und Komplikationen;
- ausreichender Differenzierungsgrad in der Fallgruppierung zur Vermeidung einer Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenhäuser;
- Gewährleistung der Kostenhomogenität der Fallgruppen unter deutschen Verhältnissen;
- Notwendigkeit sachgerechter Regelungen für "Ausreißer", "Extremfälle" und "Restgruppen", insbesondere im Hinblick auf Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen;
- Erfordernis der Anpassungsfähigkeit des Fallgruppensystems als Voraussetzung der Integrierbarkeit medizinischer Innovationen.
- Der durch die Dokumentation entstehende Mehraufwand muss gesondert vergütet werden.

Gerade weil die Ärzteschaft seit jeher und zuletzt noch im Gesetzgebungsverfahren zum Gesundheitsreformgesetz 2000 die Einführung eines kompletten, DRG-orientierten Fallpauschalen-Systems in Anbetracht der hiermit verbundenen Risiken, insbesondere aber des völlig unzureichenden Leistungsbezuges sowie der nicht nach ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten, sondern vorrangig am Ressourcenaufwand ausgerichteten Fallgruppierung entschieden abgelehnt hat, muss sie nunmehr umso stärker auf eine strikte Berücksichtigung dieser aufgezeigten Voraussetzungen an ein DRG-gestütztes Fallpauschalensystem drängen. Der 103. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen nachdrücklich auf, in ihrer bis zum 30.06.2000 zu treffenden Entscheidung über die Grundstrukturen eines solchen Fallpauschalen-Systems diese aus Sicht der Ärzteschaft unerlässlichen Anforderungen zu berücksichtigen und die Bundesärztekammer baldmöglichst – unabhängig von dem ihr formal nach § 17 b KHG zustehenden Stellungnahmerecht – in diesen Entscheidungsprozess unmittelbar einzubeziehen.

2. Verstärkte Einführung von Arbeitszeitmodellen in Krankenhäusern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-8) fasst der 103. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Krankenhausträger, Verwaltungsdirektoren sowie Chefärzte in der Bundesrepublik werden aufgefordert, stärker differenzierende Arbeitszeitmodelle (Wochen-/ Monats-Turnusteilzeit, Altersteilzeit etc.) in den Abteilungen ihrer Krankenhäuser einzuführen. Beispiele belegen, dass Teilzeitarbeit praktikabel und effektiv ist und weder zur relevanten Kostensteigerung noch zum verminderten Arbeitseinsatz führt (Dt. Ärz-tebl.1999; A-2578-2582, Kalkulationen der Ärztekammer Berlin).

Begründung:

Aufgrund von Kostenersparnisgründen wird immer mehr ärztliches Personal eingespart mit der Folge der Arbeitsbelastung für den Einzelnen und des groben Versto-

ßes gegen das Arbeitszeitgesetz. Mit der Einführung von Teilzeitmodellen bestehen Möglichkeiten, die Forderungen des Arbeitszeitgesetzes weitestgehend einzuhalten und darüber hinaus durch den Einsatz von Teilzeitkräften die Arbeitseffektivität insgesamt zu erhöhen. Teilzeittätigkeiten werden insbesondere von Ärztinnen/Ärzten mit kleinen Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen wahrgenommen oder von Ärztinnen/Ärzten, welche entweder parallel eine andere fachliche Qualifikation, wie etwa den Studiengang Public Health, absolvieren oder sich einem Ehrenamt widmen wollen. Ebenso besteht die Möglichkeit, sich berufspolitisch zu betätigen oder mehr Lebensqualität durch mehr Freizeit anzustreben (Innovative Teilzeitarbeitsmodelle im Krankenhaus. Projektstudie des Landes Nordrhein-Westfalen; 1999). Altersteilzeit ist ebenfalls ein sinnvolles Instrument, einerseits älteren Ärztinnen/Ärzten einen gleitenden Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand zu ermöglichen und andererseits einen wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von Berufsanfängern, Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung, Berufswiedereinsteigern etc. zu leisten. Ferner eröffnen solche Modelle Ärztinnen/Ärzten die Möglichkeit, für humanitäre Einsätze zur Verfügung zu stehen (Gesetz zur Fortentwicklung der Altersteilzeit, BArbBl, 3/2000).

3. Förderprogramm Allgemeinmedizin auch im Klinikbereich umsetzen

Der Antrag von Dr. Dietz (Drucksache VI-16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 103. Deutsche Ärztetag appelliert eindringlich an die Gesundheits- und Sozialminister der Länder, ihre Kompetenzen und Einflußmöglichkeiten mit Nachdruck dafür einzusetzen, dass das von der GMK-Konferenz initiierte Förderprogramm zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin auch im Klinikbereich erfolgreich umgesetzt wird.

Die Krankenkassen werden aufgefordert, dass eine ausreichende Zahl geeigneter Klinikweiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin zur Verfügung gestellt wird. Es soll durch gezielte Anreize oder Sanktionen verhindert werden, dass nicht weiterbildende Krankenhäuser sich gegenüber den anderen wirtschaftliche Vorteile dadurch verschaffen.

Begründung:

Dringender gesundheitspolitischer Handlungsbedarf zur Sicherstellung der zukünftigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Bisher werden nur ca. 50 % der förderfähigen Stellen in Kliniken zur Verfügung gestellt.

4. Strukturreform des ärztlichen Dienstes

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Montgomery und Dr. Wolter (Drucksache VI-28) fasst der 103. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die Kultusminister der Länder werden aufgefordert, bei der beabsichtigten Neugestaltung des Personalrechts die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage zur Strukturreform des ärztlichen Dienstes (zuletzt auf dem 102. Deutschen Ärztetag in Cottbus) zu berücksichtigen.

5. Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren und Dr. Simon (Drucksache VI-39) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Regierungen der Bundesländer und an die Krankenkassenverbände, den Ausbau von Arbeitsplätzen für die Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu fördern.

Hiermit soll die noch bestehende eklatante Unterversorgung der ambulanten sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen behoben werden.

Begründung:

Auf Grund von Feststellungen in der Psychiatrie-Enquête, die auf epidemiologischen Studien beruhen, ist eine Anzahl von ca. 1.000 ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erforderlich, um die ärztliche Versorgung vor allem von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sicherzustellen. Dieser Bedarf ist damit nur zur Hälfte gedeckt. Um diese Versorgungssituation zu verbessern, ist die Bereitstellung von mehr Weiterbildungsstellen dringend erforderlich.

6. Vermeidung kurzfristiger Arbeitsverträge

Der Antrag von Dr. Pickerodt (Drucksache VI-43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger und Verantwortlichen auf, kurzzeitig befristete Verträge (z.T. weniger als 6 Monate) zu vermeiden. In der Regel sollen Weiterbildungsverträge mindestens über den Zeitraum der jeweiligen Weiterbildungsbefugnis abgeschlossen werden.

Begründung:

Kurzfristige Weiterbildungsverträge gefährden einen guten Weiterbildungserfolg und die Patientenversorgung.

7. Umsetzung des Transplantationsgesetzes

Auf Antrag von Dr. Reitinger (Drucksache VI-44) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, dem 104. Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen einen ausführlichen Erfahrungsbericht zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes zu erstatten, insbesondere unter Berücksichtigung

- der Meldepflicht der Krankenhäuser und
- der vertraglichen Regelungen mit den regionalen Zentren, der DSO und mit Eurotransplant.

8. Rotationsstellen für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Dr. Schneider und Dr. Mehlhorn (Drucksache VI-50) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Träger der Krankenhäuser auf, die von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzen zur stationären Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin durch Schaffen von Rotationsstellen endlich zu nutzen.

Begründung:

Die Zahl der in den nächsten Jahren aus der Praxis ausscheidenden Allgemeinmediziner bei steigendem Bedarf und das Gebot der Wirtschaftlichkeit, zusätzlich von den Krankenkassen dafür bereitgestellte Mittel zu nutzen, lassen keine andere Wahl.

9. Kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst

Auf Antrag von Dr. Josten, Dr. Crusius, Dr. Kalz, Dr. Mitrenga und Dr. Mothes (Drucksache VI-59) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Einrichtung von fachübergreifenden ärztlichen Bereitschaftsdiensten in Krankenhäusern stellt einen wesentlichen Rückschritt in der Qualität ärztlicher Versorgung dar und ist für unsere Patienten unzumutbar.

Der 103. Deutsche Ärztetag lehnt diese Form der Organisation von Bereitschaftsdienst ab.

Arbeitsbedingungen

1. Unterbindung der Ausbeutung der Arbeitskraft von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-1) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Fabian, Frau Dr. Gitter und Herrn Henke (Drucksache VI-1a) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Krankenhausträger, Verwaltungsdirektoren, Chefärzte sowie auch die Aufsichtsbehörden der Länder werden aufgefordert, den Missbrauch der Abhängigkeit insbesondere junger angestellter Ärztinnen und Ärzte durch Ausbeutung ihrer Arbeitskraft zu unterbinden. So sind nach wie vor grobe Verstöße gegen das schon 1996 in Kraft getretene Arbeitszeitgesetz in den Krankenhäusern die Regel. Im niedergelassenen Bereich werden die Kolleginnen und Kollegen aufgefordert, ihre angestellten Ärztinnen und Ärzte angemessen zu vergüten. Insbesondere ist im Bereich der allgemeinmedizinischen Weiterbildung der Missbrauch zu verurteilen, nicht die volle dreiteilige Vergütung von KV, Kasse und Arbeitgeber an die angestellten Ärztinnen und Ärzte auszubezahlen.

Ferner werden alle Ärztekammern aufgefordert, eine Vertrauensperson/Ombudsperson zu bestellen, die unter Einhaltung der Verschwiegenheit den Hilfe suchenden

den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten zur Verfügung steht. Ebenso müssen bekannt gewordene, von den Weiterbildungsbefugten zu vertretene Missstände im Hinblick auf die Situation der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten berufsrechtlich bis zum Entzug der Weiterbildungsbefugnis geahndet sowie neue Konzepte zur Bekämpfung der Ausbeutung von Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten entwickelt und umgesetzt werden. Die Ergebnisse dieser Aktivitäten müssen vermehrt in die Öffentlichkeit getragen werden.

Einer der nächsten Deutschen Ärztetage soll sich umfassend mit den Problemen der Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte als zentrales berufspolitisches Thema befassen.

Begründung:

Die Situation der jüngeren Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern ist bedrückend und nicht mehr tolerabel. Willkürlich befristete Arbeitsverträge, Erfüllung der in der Weiterbildungsordnung geforderten Leistungen vorwiegend außerhalb der regulären Arbeitszeit und Reduzierung der Arztstellen wegen Steigerung des Kostendrucks durch Budgetierung führen bei vielen jungen Ärztinnen und Ärzten zu einer unerträglichen Arbeitsbelastung sowie zu zahllosen unbezahlten Überstunden. Aufgrund der Angst der Assistenten und Assistentinnen vor dem Verlust ihres Arbeits-/Weiterbildungsplatzes oder vor Konsequenzen für die berufliche Zukunft ist kaum jemand in der Lage, sich gegen diese Ausbeutung aufzulehnen (Dt. Ärztebl. 2000; A-671-675, Frankfurter Rundschau vom 22.1.2000). Deswegen bedarf es der Intervention der verantwortlichen Stellen, diese unhaltbaren Zustände zu ändern, welche zudem nicht nur das Berufs-, sondern auch das Familienleben stark belasten.

2. Weiterbildungsbeauftragte(r)

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

Die Landesärztekammer trägt dafür Sorge, dass ein(e) Kollege(in) an der Klinik (für den ambulanten Bereich) und aus der Praxis (für den Klinikbereich) mit den konkreten Aufgaben bestellt werden:

1. die Einhaltung der Arbeitszeitgesetzes in der Weiterbildungseinrichtung zu überwachen (Vollzug der tatsächlichen Dienstpläne)
2. die Vermittlung der von der (M)WBO vorgesehenen Inhalte zu kontrollieren evtl. einzufordern (strukturiertes Weiterbildungsplan)
3. der Kammer regelmässig über ihre Feststellungen und Anstrengungen zu berichten.

Gesundheitspolitik

1. Bürgerinformation im Gesundheitswesen durch Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-5) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende Entschliessung:

Der 103. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass auf Grundlage der föderalen Eigenständigkeit der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen die bestehenden Informationssysteme ausgebaut bzw. völlig neue Angebote bereitgestellt wurden. Bei der weiteren Entwicklung der Informationssysteme sollten verstärkt Synergieeffekte genutzt werden.

Der 103. Deutsche Ärztetag ist der Auffassung, dass es zu den Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung gehört, entsprechend ihrer Kompetenzen Bürger über Gesundheit und gesundheitliche Sachverhalte zu informieren.

Neben den etablierten Akteuren – Krankenkassen, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe usw. – entdecken zunehmend weitere Einrichtungen, die nicht originär im Gesundheitswesen tätig sind, und vor allen Dingen gewinnorientierte Unternehmen ein neues Betätigungsfeld.

Das aktive Engagement der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen ist deshalb so wichtig, da der Bereich "Bürgerinformation" zunehmend für kommerzielle Zwecke instrumentalisiert wird. Dies ist mit unterschiedlichen Gefahren für den Patienten verbunden. So kann das Angebot telefonischer Ferndiagnosen und –behandlungen gravierende gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen. Die freie Arztwahl der Patienten würde untergraben werden, wenn ein privater Arzt-Suchdienst nur an die Ärzte verweist, die gegen Entgelt bereit waren, sich in eine Datenbank aufnehmen zu lassen. Hierbei würde die originäre Absicht eines Patienteninformationssystems völlig konterkariert.

Nur die Bereitstellung qualitativ hoch stehender Informationssysteme der ärztlichen Selbstverwaltung kann eine konkurrenzfähige Alternative für Rat suchende Bürger darstellen. Daher werden Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen aufgefordert, ihre diesbezüglichen Aktivitäten zu intensivieren und verstärkt zu koordinieren.

2. Vermeidung von strukturellen Hindernissen zulasten der PKV

Der Antrag von Dr. Ikonomidis (Drucksache VI-23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass der Wettbewerb unter den GKV-Kassen sowie unter GKV-Kassen und PKV im Interesse der Versicherten erhalten bleibt. Politisch gewollten strukturellen Hindernissen zu Lasten der PKV soll vorgebeugt werden.

Begründung:

Die Tatsache, dass die PKV ihren Aktionären alljährlich beachtliche Dividenden ausschüttet, spricht dafür, dass der Weg der Privatisierung der Krankenversicherung mittelfristig die Lösung des Problems im Gesundheitswesen zu sein scheint, auch wenn ideologische Hindernisse z.Z. zu groß sind.

Vor diesem Hintergrund gilt es, die PKV – als den noch gesunden Teil im gesamten Krankenversicherungsbereich – nicht mit allzu großen Hürden zu belegen, damit sie ihre Funktion nach wie vor erfolgreich erfüllen kann.

3. Inkompatibilität in der Gesetzgebung

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

Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass der Gesetzgeber seiner Pflicht zur Kompatibilität der Rechtssysteme nachkommt, juristisch unzulässige Rechtskollisionen unterbindet und verfassungsmäßige Bedenken reflektiert.

Begründung:

Das politisch induzierte Dilemma für die Ärzteschaft, sowohl dem Sozialrecht (§ 12 SGB V) (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend) sowie auch der zivilrechtlichen Verpflichtung, den Kranken gegenüber gerecht zu werden, ist verfassungsrechtlich sehr bedenklich und kann ärztlicherseits nur durch eine Berufsaufgabe gelöst werden.

4. 68-Jahresgrenze

Auf Antrag von Dr. Hagedorn (Drucksache VI-27) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag bekräftigt die Stellungnahme des Bundesärztekammer gegen die Einführung der 68-Jahresgrenze für Vertragsärzte und fordert den Deutschen Bundestag auf, den enteignungsgleichen Eingriff des Zulassungsentzugs für 68-jährige freiberuflich tätige Vertragsärzte in § 95 Abs.7 SGB V wieder aufzuheben. Die Vorschrift ist unnötig, weil hierdurch keinem Fehlverhalten älterer Vertragsärzte entgegengewirkt werden müsste und disqualifiziert deutsche Vertragsärzte in Europa aus Altersgründen. Sie verteuert die Behandlung älterer Patienten, zerstört bei langjährigen Patienten von Gesetzes wegen die für den Heilerfolg so entscheidende Vertrauensbeziehung zum Arzt und verletzt damit das Persönlichkeitsrecht des Patienten.

Der in wenigen Jahren zu erwartende Mangel an qualifizierten Haus- und Allgemeinärzten wird durch die Vorschrift unnötig verschärft.

5. Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel im Rahmen der angekündigten Steuerreform

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-29) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Finanzminister auf, bei der angekündigten erneuten Steuerreform die Gelegenheit zu nutzen, eine Absenkung der MwSt. für Arzneimittel vorzunehmen.

Begründung:

1. Ein erniedrigter MwSt.-Satz für Arzneimittel besteht auch in anderen EU-Staaten.

2. Eine Mwst.-Erhöhung senkt unmittelbar das Arzneimittelbudget der niedergelassenen Ärzte: 1 % Mwst.-Erhöhung bei einem Arzneimittelbudget von 35 Mrd. pro Jahr bewirkt 350 Millionen mehr an Steuern, und damit eine Absenkung des real zur Verfügung stehenden Arzneimittelbudgets 3 % Mwst.-Erhöhung 1,5 Mrd. DM.
3. Es geht nicht an, dass die niedergelassenen Ärzte allein schon durch die Mwst.-Erhöhung das Arzneimittelbudget überschreiten, für das sie dann persönlich haften müssen.

6. Förderung von Projekten im Gesundheitssektor der Entwicklungszusammenarbeit

Auf Antrag von Dr. Jonitz (Drucksache VI-37) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages verfolgen mit großer Sorge den deutlichen Rückgang der Bundesmittel für die gesamte Entwicklungszusammenarbeit und dabei insbesondere im Gesundheitssektor.

Der Deutsche Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer sich bei der Regierung dafür einzusetzen, dem Gesundheitssektor in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit wieder die notwendige Förderung zukommen zu lassen. Als wichtiger Indikator sollte die bisherige und künftige Entwicklung der Bundesmittel für Gesundheit in den Entwicklungsländern abgefragt werden.

Dem Deutschen Ärztetag ist über die Ergebnisse seiner Bemühungen zu berichten.

Begründung:

Krankheit bedroht vielfach als Folge von Armut und gleichzeitig auch als Ursache weiterer Verarmung die Menschen in Entwicklungsländern sowie den Auf- und Ausbau leistungsfähiger Sozial- und Wirtschaftssysteme. Für einen großen Teil der Armutserkrankungen existieren effektive Vorbeuge- und Bekämpfungsmaßnahmen sowie Behandlungen, die aber aus Ressourcenmangel nicht angewendet werden können. Unter maßgeblicher ärztlicher Beteiligung wurde in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland das für die Unterstützung nötige personelle und institutionelle Know how aufgebaut. Der Rückgang der Mittel bedroht nun die wichtigen bereits erreichten Fortschritte.

In einer globalisierten Welt ist ärztliches Engagement im Bereich der internationalen Gesundheit weiterhin unverzichtbar. Voraussetzung für effektives ärztliches Handeln in Entwicklungsländern ist auch die Verfügbarkeit der nötigen Mittel. Die Menschen in vielen Entwicklungsländern brauchen dringend unsere Unterstützung bei der gesundheitlichen Versorgung.

7. Europäische Notrufnummern

Auf Antrag von Prof.Dr. Lob (Drucksache VI-40) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Gremien der Europäischen Union werden aufgefordert dafür zu sorgen, dass eine einheitliche europäische Notrufnummer (112) schnell eingeführt wird.

Begründung:

Die von der EU beschlossene einheitliche Notrufnummer wurde bisher nicht in allen Ländern der EU eingeführt. Eine schnelle Hilfe im Notfall hängt für die Bürger Europas von einer überall, einfach erreichbaren Notrufnummer ab.

8. Psychotherapeutische Versorgung

Auf Antrag von Frau Dr. Bell (Drucksache VI-18) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die medizinisch indizierte psychotherapeutische Behandlung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Versorgung. Sie darf nicht mit der Behandlung von Befindlichkeitsstörungen verwechselt werden. Psychisch Kranke haben den gleichen Anspruch auf angemessene Behandlung wie somatisch Kranke.

Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Versorgung

1. Vermeidung von Fehlversorgung durch geschlechtsdifferente Konzepte

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren (Drucksache VI-22) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für eine ausgewogene und wirtschaftliche medizinische Versorgung ist es wesentlich, dass jede Art von Fehlversorgung vermieden wird.

Die stärkere Berücksichtigung geschlechtsdifferenter Aspekte, z.B. bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann hier effektiv wirksam werden.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, hier entsprechende Forschungsschwerpunkte zu setzen und eine intensive Aufklärung der Bevölkerung finanziell zu fördern.

Psychologische Psychotherapeuten

1. Bezeichnung der Kammern für Psychologische Psychotherapeuten

Auf Antrag von Frau Dr. Bell (Drucksache VI-13) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu gründenden Kammern sollen Kammern für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten heißen.

Die in einigen Ländern vorgesehene oder bereits verabschiedete Bezeichnung Psychotherapeutenkammer führt zu erheblichen Mißverständnissen.

Sie legt die Annahme nahe, der Begriff Psychotherapeut beschränke sich auf Psychologische Psychotherapeuten oder dass Ärzte Mitglieder dieser Kammern sind. Beides ist nicht der Fall.

Qualitätssicherung

1. Stationäre Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Auf Antrag von Dr. Ottmann und Dr. Windhorst (Drucksache VI-20) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln fordert die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen auf, aus Gründen der Effektivität wie Effizienz die zur Unterzeichnung anstehende Vereinbarung zu modifizieren mit folgender Zielsetzung:

Die QS-Datenhaltung und die QS-Auswertungen für die Landesebene erfolgen in den Projektgeschäftsstellen der Länder. Länder, die entsprechende Einrichtungen nicht vorhalten, bedienen sich Kooperationen beispielsweise mit Nachbarländern oder nutzen externe Institutionen.

QS-Bundesauswertungen sollen über die Zusammenführung von Ergebnissen in der Regel aggregierter Daten unter Berücksichtigung einschlägiger Bestimmungen des Datenschutzes aus den einzelnen Ländern erfolgen. Bei kleinen Datenmengen auf Landesebene sowie zur Entwicklung valider Qualitätsindikatoren kann die Zusammenführung von Roh-Daten – wiederum unter Berücksichtigung einschlägiger Bestimmungen des Datenschutzes - sinnvoll und notwendig sein.

Dabei sollte die Beteiligung der PKV und der Rentenversicherungs-Träger angestrebt werden; zudem ist zu diskutieren, in welcher Weise eine Integration von Patientenvertretungen gewährleistet wird.

Begründung:

Es erscheint weder aus ökonomischen noch aus methodischen Gründen vertretbar, regional funktionsfähige und akzeptierte Strukturen zur externen Qualitätssicherung zu zerschlagen, mit dem Versuch, diese anderweitig kostenintensiv neu aufzubauen.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) entwickelt sektorübergreifende Konzeptionen für die stationäre Qualitätssicherung, um der Forderung nachzukommen, dass identische Eingriffe und Verfahren in verschiedenen Versorgungsbereichen auch auf gleiche Qualitätsanforderungen bezogen werden.

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt der BQS kann die Entwicklung von Verfahren des abgestuften und standardisierten Umgangs mit Auffälligkeiten bilden. Über die konsequente Einbindung von QS-Landesprojektschäftsstellen ist sicherzustellen, dass die Maßnahmen praktikabel sind.

Die Qualitätsarbeit vor Ort und die QS-Datenauswertungen erfolgen in der Regel auf Landesebene. Auch bei selbstverständlich anonymisierter Datenauswertung und –rückgabe an die einzelnen Institutionen hat sich die dadurch mögliche regionale Beratung für die Klinik und Krankenhäuser als erfolgreich erwiesen.

Schon zu den Arbeitsergebnissen der vormaligen Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) lautete das Fazit des externen Sachverständigen, Professor Dr. H. K. Selbmann: „.....die Landesebenen im Rahmen der Verfahrensplanung stärker durch die Einbeziehung dort vorhandener Ressourcen und Erfahrungen zu beteiligen“ (Auszug aus der Ergebnisniederschrift der 18. Sitzung des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung, Seite 7, 1999).

Finanzielle Aspekte:

Eine effektive und effiziente Kooperation von BQS und QS-Landes-Projektgeschäftsstellen

- vermeidet doppelte Datenhaltungen auf Landes- und Bundesebene,
- vermeidet datenschutzrechtliche Probleme, da in der Regel nur aggregierte Ergebnisse die Landesebene verlassen,
- stellt das kostengünstigste Verfahren überhaupt dar, wobei die Projekt-Geschäftsstellen über die Länder vorfinanziert sind, so dass auch einer raschen Umsetzung nichts im Wege steht,
- Regelungen für die Refinanzierung der Aufgaben für die Bundesebene sind noch zu treffen.

Zeugen und Sachverständigen-Gesetz

1. Reform des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen für die Ärzteschaft diskriminierend

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-10) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln lehnt den vorliegenden Arbeitsentwurf eines Gesetzes über die Entschädigung von ehrenamtlichen Richtern, Zeugen, Sachverständigen, Dolmetschern und Übersetzern (JEG) ab. Das Ziel des Entwurfs, das Justizkostenrecht zu vereinfachen, wäre zu begrüÙen, wenn der Entwurf nicht zugleich eine qualifizierte Sachverständigentätigkeit für die Rechtsprechung in erheblichem Umfang beeinträchtigen würde. Die AuÙerachtlassung der Qualifikation als Kriterium für die Höhe der Entschädigung nivelliert das Entschädigungsrecht und führt zu einer erheblichen Schlechterstellung von Sachverständigen im Vergleich zum geltenden Recht. Die vorgesehene Entschädigung von Sachverständigen mit festen Stundensätzen berücksichtigt nicht den unterschiedlichen Schwierigkeitsgrad von Gutachten – auch im medizinischen Bereich. Weitere zahlreiche Fehleinschätzungen betreffen die einheitliche Entschädigung für Fahrzeiten und anderen Aufwand.

Der 103. Deutsche Ärztetag stellt ferner fest, dass angesichts der letzten Anpassung des Gesetzes im Juli 1994 und aufgrund der inzwischen eingetretenen Kostensteigerungen die im Entwurf vorgesehenen Absenkungen der Entschädigungen und des Kostenersatzes unzumutbar sind. Schon bei der letzten Novelle im Jahre 1994 wurden viele Entschädigungstatbestände nicht erhöht, andere waren unzulänglich. Der vorliegende Entwurf schreibt diese Unzulänglichkeiten fort. Dieser Entwurf, der das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG) ablösen soll, verkennt die Anforderungen der Rechtsprechung an qualifi-

zierte Sachverständige, insbesondere medizinische Gutachter mit ihren vielfach schwerwiegenden und prozessentscheidenden Folgen. Sollte dieser Entwurf realisiert werden, wird es kaum noch möglich sein, erfahrene und qualifizierte medizinische Sachverständige für Gerichte und Behörden zu gewinnen. Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 fordert die Bundesregierung auf, den vorliegenden Arbeitsentwurf zurückzuziehen.

Begründung:

Zu einigen Punkten des Entwurfes im einzelnen:

1. Abkehr vom Entschädigungsprinzip

Der Entwurf sieht "Entschädigungen" vor. Berufliche Leistungen der Ärzte sind zu "vergüten" und nicht zu "entschädigen"

2. Keine schematische Gruppeneinteilung

Im Gesetzentwurf ist die "Entschädigung" in fester Gruppeneinteilung nach dem Gegenstand des Gutachtens vorgesehen. Maßstab für die Vergütung eines Gutachtens muss aber der dem Gutachten innewohnende Schwierigkeitsgrad sein und nicht dessen formale Gebietszugehörigkeit. Angesichts der für ärztliche Gutachten erforderlichen akademischen und beruflichen Qualifikation auf Facharzt-Standard und dessen, dass bei der letzten Novellierung des Zeugen-Sachverständigen-Entschädigungsgesetzes 1994 nur eine lineare Erhöhung um ca. 30% vorgenommen wurde, muss eine "Regelvergütung" von DM 180,- pro Stunde und ein Höchstsatz von DM 270,- pro Stunde festgelegt werden.

3. Keine Differenzierung in "haupt- und nebenberufliche Gutachter"

Eine Differenzierung der Entschädigung, abhängig davon, ob der Sachverständige ausschließlich selbstständig tätig ist, ist nicht sachgerecht angesichts dessen, dass die Kostensockel in beiden Bereichen etwa gleich sind und Nebenkosten, wie "Sozialversicherungsleistungen" und nicht zuletzt die resultierende Steuerbelastung abhängig vom Gesamteinkommen und nicht von der Einkommensart sind.

4. Entschädigung für die Fahrtzeit gemäß den Gutachter-Stundensätzen

Die im Entwurf vorgesehene einheitliche Entschädigung für Fahrtzeit von DM 60,- pro Stunde widerspricht der Alltagserfahrung, dass verbrauchte Zeit gleich wertvoll ist, unabhängig davon, ob sie für die Gutachtenerstellung oder für Fahrtzeit verbraucht wird. Die Fahrtzeit muss entsprechend den Stundensätzen der Gutachten-Vergütung berechnet werden.

5. Fahrtkosten

Die im Entwurf vorgesehene Beibehaltung der Fahrtkostenpauschale von DM 0,52 je gefahrenen Kilometer entspricht nicht mehr den tatsächlichen KfZ-Kosten. Eine Erhöhung auf einen Durchschnittsbetrag der in Betriebskostentabellen für KfZ ausgewiesenen Sätze wäre angemessen.

6. Anpassung der "Entschädigung" für besondere Leistungen

Der Entwurf sieht im Vergleich zur Anlage zu § 5 des geltenden ZSEG keine Anpassung der Entschädigungssätze für "besondere Leistungen" an die wirtschaftliche Entwicklung vor. Das resultierende Arzthonorar aus diesen Leistungen sinkt faktisch durch die steigenden Kosten. In manchen Fällen betragen die vom Gutachter abzuführenden Sätze nach den Nebenkostentarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft schon das 1,3fache und mehr des einfachen Gebührensatzes der GOÄ. Es ist unzumutbar, dass der Arzt für diese Leistungen das 0,2fache oder mehr des Gebührensatzes zuzahlen soll. Die "Entschädigung" für

die im Entwurf vorgesehenen besonderen Leistungen muss wie das Zeithonorar des Gutachters an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst werden.

7. Schreibgebühren

Auch zu Schreibgebühren sieht der Entwurf im Vergleich zum ZSEG keine Anpassung an die eingetretenen Kostensteigerungen vor. Dies bedeutet ebenfalls eine faktische Schlechterstellung des Sachverständigen. Eine Erhöhung mindestens auf die GOÄ-Sätze der Nrn. 95 und 96 GOÄ wird gefordert.

8. Abschaffung des "Ost-Abschlags"

Der Entwurf sieht keine Senkung des seit 01.07.1996 für das ZSEG geltenden "Ost-Abschlags" von 10% vor. Mehr als zehn Jahre nach der Wiedervereinigung ist dieser Abschlag unzeitgemäß und stellt eine bedenkliche Ungleichbehandlung gegenüber anderen Rechtsbereichen, z. B. der Honorarordnung der Architekten und Ingenieure und Steuerberater (Vergütung jeweils 100%) dar.

Im Übrigen wird auf die mit Datum vom 01.02.2000 von der Bundesärztekammer ergangene Stellungnahme gegenüber dem Vorsitzenden der Kostenrechtsreferentenkonferenz der Landesjustizverwaltungen und des Bundesministeriums der Justiz verwiesen.

2. Verbesserung der Rolle des Arztes im Rahmen des Kostenrechtsänderungsgesetzes

Der Antrag von Dr. Ikonomidis (Drucksache VI-21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass die Beanspruchung der Ärzteschaft im Rahmen des zu erwartenden Kostenrechtsänderungsgesetzes auf eine neue und realistische Basis gestellt wird. Der lebenslange Zeugenstand ist für den Arzt nicht akzeptabel. Er kann nur vollständig durch die Sachverständigenrolle ersetzt und entsprechend mit Augenmaß beansprucht und honoriert werden.

Begründung:

Die derzeitige Situation, bei welcher jeder Antrag bei einem Versorgungsamt eine Lawine von Anfragen auf die Ärzte auslöst, scheint sehr problematisch und kontraproduktiv. Die Art des Umgangs der Versorgungsämter mit der Ärzteschaft ist unbefriedigend und gar nicht geeignet, das Arzt-Patient-Verhältnis zu fördern. Die Zuschriften der Versorgungsbehörden an die Antragsteller mit der Empfehlung, den Arzt aufzusuchen etc., stellen eigentlich nur diskrete Aufforderungen dazu, den Arzt zu wechseln und sind somit arztfeindlich!

Fortbildung

1. Koordinierung der zertifizierten Fortbildung

Der Antrag von Dr. D. Rohde, Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache VI-19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Harmonisierung der Rahmenbedingungen und zur Umsetzung eines fachgruppenspezifischen modularen Fortbildungskonzeptes im Rahmen des Fortbildungsnachweises werden auf der Ebene der Bundesärztekammer Gremien damit beauftragt, in Abstimmung mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden sachbezogene Fortbildungskonzepte zu entwickeln.

Diese Konzepte gelten als abgestimmt und zertifiziert, wenn sie von einer hierfür eingerichteten Konferenz der Fortbildungsbeauftragten der Landesärztekammern zustimmend votiert worden sind.

(Muster-)Berufsordnung

1. Erfolgshonorar

Auf Antrag von Dr. Ottmann (Drucksache VI-36) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Änderung der MBO in Ergänzung zu § 12 MBO-Ä 1997 vorzubereiten, die klarstellt, dass die Vereinbarung eines Erfolgshonorars grundsätzlich mit dem Berufsrecht nicht vereinbar ist.

Begründung:

In § 11 MBO-Ä 1997 Abs. 2 letzter Satz ist bereits festgehalten, dass es als unärztlich gilt, einen Heilerfolg als gewiss zuzusichern. In Ergänzung hierzu ist § 12 MBO-Ä 1997 um einen Absatz 3 zu ergänzen. In der Ergänzung soll klargestellt werden, dass es als unärztlich gilt, eine Vereinbarung zu treffen, durch die Vergütung oder die Höhe der Vergütung von einem Erfolg abhängig gemacht wird.

Dem Arzt das Risiko des Erfolges einer Heilbehandlung aufzubürden, widerspricht dem Wesen des Arztvertrages.

Selbst bei optimaler ärztlicher Behandlung kann ein Heilerfolg wegen der Komplexität des menschlichen Organismus nicht erzwungen werden, der zusätzlich auch von Faktoren abhängt, die in der Persönlichkeit des Patienten liegen wie z. B. die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und zur notwendigen Mitwirkung (Compliance) des Patienten an der Behandlung.

Aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten ergibt sich darüber hinaus, dass der Arzt dem Patienten nur raten kann, eine von ihm als richtig angesehene Therapie an sich vornehmen zu lassen. Es ist das Recht des Patienten (objektiv), unvernünftig zu sein und eine Therapie der zweiten Wahl zu wählen.

Der Begriff der „Krankheit“ wird überdies nicht selten entscheidend durch subjektive Komponenten bestimmt, die ebenfalls in der Person des Patienten liegen, so dass im Einzelfall erhebliche Schwierigkeiten bestehen, zu bestimmen, was als Heilerfolg angesehen werden soll bzw. ob er tatsächlich vorliegt.

Die Vereinbarung eines Erfolgshonorars legt überdies nahe, dass der Arzt gegenüber dem Patienten eine „Gesundheitsgarantie“ übernimmt, was für den Arzt ein unüberschaubares Haftungsrisiko bedeuten würde.

Schließlich würde ein Erfolgshonorar eine Tendenz zur Selektion „guter“ d.h. erfolgversprechender Fälle begünstigen.

2. Ergänzung des § 3 (Muster-)Berufsordnung

Der Antrag von Frau Dr. Auerswald, Dr. Crusius und Dr. Wurche (Drucksache VI-47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, bei der nächsten Novellierung der (Muster-)Berufsordnung zu § 3 der (Muster-)Berufsordnung einen neuen Absatz 3 einzufügen, in dem dem Arzt untersagt wird, Medikamente oder andere ärztliche Maßnahmen verbotswidrig zur Förderung der Leistungsfähigkeit im Sport einzusetzen und das Doping zu unterstützen.

3. Patientenaufklärung intensivieren

Auf Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VI-51) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Jonitz (Drucksache VI-51a) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln betont nochmals ausdrücklich, dass die in der Berufsordnung festgeschriebene Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten so vorgenommen wird, dass die körperliche und psychische Unversehrtheit aller Patienten gewährleistet wird. Die freiwillige Einwilligung der Patienten kann nur nach bestmöglicher Aufklärung (informed consent) erfolgen.

Politik, Kostenträger und Träger medizinischer Einrichtungen werden aufgefordert, die organisatorischen, personellen und materiellen Grundlagen zu schaffen, so dass die Patientenaufklärung in der erwünschten Form überhaupt erfolgen kann.

Patienten, die in Deutschland Schutz suchen, müssen in Beratung, Information und Behandlung die gleichen Chancen haben, wie alle anderen Patienten. Auch Patienten, die nicht der deutschen Sprache mächtig sind, bedürfen besonderer Aufklärung und Hilfe von Dolmetschern, die in medizinischen Übersetzungen bewandert sind und das Vertrauen der betroffenen Patienten genießen.

Grundlage dieser Forderung sind neben der Berufsordnung:

1. die Charta der Patientenrechte (Entwurf der Bundesärztekammer, vorgelegt im Sept. 1999)
2. das Dokument der Patientenrechte in Deutschland (einstimmig verabschiedet von der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 09./10. Juli 1999 in Trier)
3. Empfehlungen des Europarates an seine 41 Mitgliedsstaaten, die Patientenrechte zu stärken.

(Muster-)Weiterbildungsordnung

1. Vorabbestätigung der Anrechnungsfähigkeit für eine Teilzeitweiterbildung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-2) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung soll überprüft werden, ob vor Antritt einer Weiterbildung in Teilzeit eine Vorabbestätigung der Anrechnungsfähigkeit bei den zuständigen Ärztekammern nach § 4 Abs.6 der (Muster-)Weiterbildungsordnung aus inhaltlichen und deregulatorischen Gründen verzichtbar ist.

Begründung:

Vielen Weiterbildungsbefugten sowie Weiterbildungswilligen ist die Vorabbestätigung der Anrechnungsfähigkeit der Teilzeitarbeit auf die Weiterbildung durch die Ärztekammern nicht bekannt und versäumen daher aus Unwissenheit dieses Verfahren. Im Hinblick darauf, dass Weiterbildungsstellen immer knapper werden und dem Facharztstatus eine zunehmend existenzielle Bedeutung zukommt, stellt eine Nichtanerkennung der Weiterbildungszeit durch die Ärztekammern eine große Härte für die Betroffenen dar und sollte aus diesen Gründen abgeschafft werden.

2. Angemessene Vergütung

Auf Antrag von Dr. Thierse, Dr. Montgomery und Herrn Henke (Drucksache VI-30) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, sich für die umgehende Einfügung der Formulierung „Weiterbildung mit angemessener Vergütung“ in die jeweiligen Weiterbildungsordnungen einzusetzen, wie es die vor zwei Jahren beschlossene Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorsieht.

3. Befugnis zur Weiterbildung

Der Antrag von Dr. Ikonomidis (Drucksache VI-49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammer erteilt oder verlängert eine Weiterbildungsbefugnis nur nach Feststellung einer planmäßigen Vermittlung von Weiterbildungsinhalten und der Einhaltung der Arbeitszeitgesetze innerhalb der Einrichtung.

4. Widerruf der Weiterbildungsbefugnis

Auf Antrag von Dr. Crusius, Frau Dr. Auerswald, Dr. Mitrenga und Dr. Mothes (Drucksache VI-52) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Leitende Ärzte mit Befugnis zur Weiterbildung, die bewusst und anhaltend Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz veranlassen und dulden und ihre Mitarbeiter ausnutzen, sind persönlich zur Weiterbildung nicht geeignet. Der Widerruf der Befugnis ist in solchen Fällen zu prüfen und ggf. vorzunehmen.

5. Stationärer Weiterbildungsabschnitt zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Dr. Kaplan, Dr. Gramlich (Drucksache VI-58) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die ärztlichen Leiter von Krankenhausabteilungen und die Spitzenverbände der GKV auf, für die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin im klinischen Abschnitt Rotationsweiterbildungsstellen im Fach Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Pädiatrie zu schaffen.

Begründung:

Im klinischen Weiterbildungsabschnitt zum Facharzt für Allgemeinmedizin droht sich ein Flaschenhals zu entwickeln, da bisher zu wenig geförderte Weiterbildungsstellen in Kliniken bereitgestellt werden.

Nur durch Schaffung von Rotationsstellen die ausschließlich Kolleginnen und Kollegen zum Zweck der Weiterbildung in Allgemeinmedizin zur Verfügung gestellt werden ist es möglich, den Bedarf an qualifizierten Allgemeinärzten zur Versorgung unserer Bevölkerung abzudecken.

6. Ombudsperson für Weiterbildung

Auf Antrag von PD Dr. Ludwig, Dr. Schüller und Dr. Mitrenga (Drucksache VI-60) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag:

Die Landesärztekammer trägt dafür Sorge, eine/n Ombudsfrau oder Ombudsmann zu benennen, die/der die Funktion als Beraterin /er oder Vertrauensperson in Angelegenheiten der Ausübung der Weiterbildung hat.

Die/der Ombudsfrau/-mann soll:

- eine neutrale Person sein, die in WB-Fragen erfahren ist und über Kenntnisse im Bereich der Selbstverwaltung verfügt,
- appellative u. keine hoheitliche Funktion einnehmen,
- dem WB-.Ausschuss u. Vorstand berichten,
- eine eigenständige Postadresse erhalten.

Verschiedenes

1. *Gesundheitliche Folgen von Freizeitlärm*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-6) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Baudach (Drucksache VI-6a neu) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert die Spielzeughersteller, die Elektronikindustrie und das Gastgewerbe auf, durch freiwillige Lärmpegelbegrenzungen in ihrem Einzugsbereich den Freizeitlärm zu reduzieren und durch Aufklärung der Betroffenen und Verantwortlichen einer in der Freizeit erworbenen Gehörschädigung entgegenzuwirken. Solange derartige Schritte nicht nachhaltig greifen, fordert der 103. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, Lärmpegelbegrenzungen in der Freizeit gesetzlich durchzusetzen. Dabei soll die Unfallverhütungsvorschrift „Lärm“ (VBG 121) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gelten.

Begründung:

In Deutschland leiden ca. 16 Millionen Menschen an massiven Hörstörungen. Jeder 4. Jugendliche ist schwerhörig. Wissenschaftler schätzen, dass ein Drittel der Jugendlichen mit spätestens 50 Jahren auf Grund von Freizeitlärm ein Hörgerät benötigen wird. Wesentliche Ursachen der Hörschädigungen sind die Weiterverbreitung von sehr lautem Kinderspielzeug, Feuerwerkskörpern, elektro-akustische Verstärkung von Musik (Walkman, Diskotheken, Musik-Großveranstaltungen). Eine Hörfähigung besteht ab 85 dB (Dezibel) (A). Es sollten daher folgende Pegelbegrenzungen festgelegt werden:

- Für lärmgebende Spielzeuge und andere Geräte mit Ohrhörern bei Kindern unter 14 Jahren: Begrenzung des Dauerschallpegels auf 80 dB (A).
- Für tragbare und andere Geräte mit Ohrhörern: Begrenzung des Dauerschallpegels auf 95 dB (A).
- In Diskotheken: Begrenzung des Dauerschallpegels auf 90 bis 95 dB (A).

Therapieverfahren zur Heilung einer lärminduzierten Innenohrschwerhörigkeit gibt es nicht. Ein chronischer Hörverlust ist irreversibel.

2. *Ernährungsberatung - eine ärztliche Aufgabe*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-7) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag ist besorgt darüber, dass trotz vielfältiger Bemühungen ernährungsabhängige chronische Krankheiten nach wie vor in der Bevölkerung weit verbreitet sind und Präventionsmaßnahmen in nicht ausreichendem Maß unterstützt werden. Die Forderungen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 bezüglich der Stärkung der Ernährungsmedizin sind bis heute erst in Ansätzen erfüllt. Die Ärzteschaft hat wesentliche Vorleistungen erbracht, indem Bundesärztekammer, Landesärztekammern und medizinische Fachgesellschaften gemeinsam die Voraussetzung geschaffen haben, dass sich über 2.000 Ärzte durch eine strukturierte Fortbildung im

Bereich Ernährungsmedizin qualifiziert haben. Ärzte genießen eine hohe Anerkennung als Gesundheitsberater und haben zu über 90 % der Bevölkerung - und somit zu allen sozialen Gruppen - regelmäßigen Kontakt. Ernährungsmedizin ist in hohem Maße wirkungsvoll, was durch bestehende evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung ernährungsabhängiger Krankheiten unterstrichen wird - aber auch durch multidisziplinäre Projekte zur Behandlung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Der Deutsche Ärztetag fordert daher die für die ambulante und stationäre Versorgung verantwortlichen Vertragspartner auf, die Voraussetzungen zu schaffen, dass medizinischer Sachverstand effizient eingesetzt und adäquat vergütet wird.

Begründung:

Ernährungsabhängige Erkrankungen sind in der Bundesrepublik Deutschland weit verbreitet. So weisen beispielsweise 20 % der erwachsenen Bundesbürger eine Adipositas (BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) und 33 % eine Hypercholesterinämie von $\geq 250 \text{ mg/dl}$ auf. Ca 5 % der Bevölkerung sind Diabetiker. Die Kosten für ernährungsabhängige Krankheiten und krankheitsbedingte Ernährungsstörungen liegen in der Bundesrepublik Deutschland bei ca. 83,5 Milliarden DM. Wirkungsvollen ärztlichen Betreuungsstrategien zur Ernährungstherapie in Klinik und Praxis kommt daher in der Prävention und Therapie von Erkrankungen als auch in der Reduktion von Kosten im Gesundheitswesen eine große Bedeutung zu.

3. Novellierung der Röntgenverordnung

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke und Dr. Mitrenga (Drucksache VI-32) fasst der 103. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 103. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesministerien für Arbeit und für Gesundheit auf, die anstehende Novellierung der Röntgenverordnung in Zusammenarbeit vorzunehmen, um so die Strahlenschutz Ausbildung aller medizinischer Berufe aufeinander abzustimmen. Eine zum Patientenschutz erforderliche größtmögliche Dosisreduktion bei der Anwendung von Röntgenstrahlen im medizinischen Bereich ist nur durch eine optimale Ausbildung aller hierbei Beteiligten zu erreichen. Die wesentlichen Kenntnisse hierzu müssen im ärztlichen Bereich schon während des Studiums vermittelt werden.

Dabei ist es notwendig, die Lerninhalte bereits während des Studiums zu vermitteln. Es bietet sich an, den Inhalt des jetzigen Grundkurses im Strahlenschutz im Zusammenhang mit dem Kurs „Radiologie und Strahlenschutz“ im 5./6. Semester zu lehren. Die Themen des jetzigen Spezialkurses für Röntgendiagnostik müssen dann im Rahmen der klinischen Fächer während des Medizinstudiums vermittelt werden.

4. Einführung des elektronischen Arztausweises

Der Antrag von Dr. Zacher (Drucksache VI-53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 103. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, den elektronischen Arztausweis zum 01.01.2001 einzuführen.

Begründung:

Die rasante Entwicklung der elektronischen Medien und die ökonomische Druck auf das Gesundheitswesen treiben zahlreiche Anbieter auf den Markt. Zum Schutze der Ärzteschaft vor unseriösen Angeboten einschließlich „Internetwildwuchs“ und zur Sicherung der ärztlichen Kommunikation über elektronische Medien ist die Einführung des elektronischen Arztausweises äußerst dringlich.

Die Einführung von elektronischen Arztausweisen durch kommerzielle Anbieter an der Kammer vorbei ist erkennbar. Nur durch eine schnelle Einführung des elektronischen Arztausweises durch die BÄK kann die drohende Fehlentwicklung verhindert werden.

5. Medizinische Versorgung von Asylbewerbern nach Asylbewerberleistungsgesetz

Der Antrag von Dr. Wesser (Drucksache VI-55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, Asylbewerber nach Ablauf einer zeitlich sehr eng zu begrenzenden Frist entsprechend den Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) medizinisch behandeln zu lassen.

Begründung:

Das Asylbewerberleistungsgesetz impliziert, dass Leistungspflicht nur für akute Krankheitszustände besteht, obwohl auch nicht akute Krankheitszustände dringend behandlungsbedürftig sein können. Bei diesen Festlegungen wurde von einer endgültigen Entscheidung des Asylverfahrens innerhalb weniger Monate ausgegangen. Tatsächlich verweilen Asylbewerber in der Regel Jahre in diesem Verfahrenszustand. Ethisch kommen Ärzte zunehmend in Entscheidungskonflikte, da auch chronische Erkrankungen in der Behandlung keinen Aufschub dulden. Längeres restriktives Verhalten kollidiert immer mehr mit der Berufsordnung.

6. Betriebsärztliche Betreuung der Arztpraxen

Der Antrag von Dr. Mayer (Drucksache VI-62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer und die Vertreter aus den ärztlichen Körperschaften in den Gremien der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) werden aufgefordert, sich in den Gremien der BGW für die Einführung eines Unternehmermodells im Rahmen der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von Arztpraxen (Unfallverhütungsvorschrift VBG 122/123) einzusetzen.

Begründung:

Die Bundeszahnärztekammer hat ein sog. Präventionsmodell zur Umsetzung der VBG 122/123 in Zahnarztpraxen erarbeitet, das vom Vorstand der BGW gebilligt worden ist. Es wird u.a. im Bereich der Landes Zahnärztekammern Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe praktiziert.

Wesentlicher Inhalt dieses Konzeptes ist eine Schulung der Praxisinhaber, die diese zu „Sicherheitsverantwortlichen“ qualifizieren soll, sowie die Einrichtung einer zentralen „Zahnärztlichen Stelle für Arbeitssicherheit und Betriebsärztliche Betreuung“. Unter Berufung auf diese Maßnahmen sowie die vom Zahnarzt „bereits innerhalb seines wissenschaftlichen Studiums erworbenen Kenntnisse in der Hygiene, der medizinischen Mikrobiologie und in der Gesundheitsfürsorge“ (*so das Präventionskonzept der Bundeszahnärztekammer*) findet in den am Präventionsmodell beteiligten Landeszahnärztekammern praktisch keine Regelbetreuung der Zahnarztpraxen durch Betriebsärzte vor Ort mehr statt.

Das „Präventionsmodell“ der Bundesärztekammer ist damit de facto ein Unternehmermodell, d.h. eine Organisationsform, bei der wesentliche Teile der sicherheitstechnischen und betriebsärztlichen Betreuung vom „Unternehmer“, d.h. dem Praxisinhaber übernommen werden.

Es kann nicht hingenommen werden, dass vor Ort Zahnärzte nicht der betriebsärztlichen Regelbetreuung unterliegen, während sich die wesentlich sachnäheren Ärzte dieser unterwerfen müssen.

Zu Punkt VII der Tagesordnung: **Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 - 30.06.1999)**

1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 - 30.06.1999)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-1) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 bis 30.06.1999) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V., Münster.

Der Finanzbericht der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 bis 30.06.1999) wird gebilligt.

Zu Punkt VIII der Tagesordnung: **Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.1998 - 30.06.1999)**

1. Entlastung des Vorstandes

Auf Antrag von Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-1) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 1998/99 (01.07.98 bis 30.06.99) Entlastung erteilt.

Zu Punkt IX der Tagesordnung:
Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000
- 30.06.2001)

1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX-1) beschließt der 103. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit (178 Ja-Stimmen; 72 Nein-Stimmen):

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 bis 30.06.2001) in Höhe von DM 21.791.500,-- wird genehmigt.

Für die Richtigkeit
Köln, den 12. Mai 2000

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Dr. Hans Georg Krumpaszky